

LAPORAN KINERJA
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024



Jalan Letnan Jenderal S. Parman Kavling 87 Slipi, Jakarta -11420
Telepon (021) 5668284 (hunting), Faksimile (021) 5601816, 5673832

Pos-el : info@rsabhk.co.id

Laman : www.rsabhk.co.id



**DAFTAR DISTRIBUSI
LAPORAN KINERJA TAHUN 2024**

No	Distribusi (jabatan atau lokasi)	Jumlah
1	Dewan Pengawas (Dewas)	1
2	Direksi RSAB Harapan Kita	5
3	Tim Kerja Pelayanan Medik	1
4	Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Anggaran	1
5	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	1
6	Komite Mutu	1
7	Arsip/cadangan	2
Jumlah		12

Nomor : PR.05.04/ D.XXII/ 430 / 2025
Lampiran : satu berkas
Hal : Penyampaian Laporan Kinerja (LAK)
RSAB Harapan Kita Tahun 2024.

31 Januari 2025

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Kementerian Kesehatan RI

Bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja RSAB Harapan Kita Tahun 2024. Adapun laporan tersebut akan kami *upload* melalui Aplikasi *e- Performance* sebelum akhir Januari Tahun 2025 (berkas terlampir).

Atas perhatian dan perkenan Bapak, diucapkan terima kasih.

Direktur Utama,



dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.Kes

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apa pun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.





**LAPORAN KINERJA TAHUN 2024
RSAB HARAPAN KITA**

Jakarta, 31 Januari 2025

Disetujui oleh:

Direktur Utama,

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.Kes
NIP 197710032006042002

Direktur Medik dan Keperawatan,

dr. Endah Citraesmi, Sp. A (K) MARS
NIP 197202182009122002

Plt. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian,

dr. Eva Devita Harmoniati, Sp.A(K)
NIP 197703182014122002

Direktur Perencanaan dan Keuangan,

Nola Juasnita Bermawi, SE
NIP 919670612202310201

Direktur Layanan Operasional

dr. Kamal Amiruddin, MARS
NIP 19711016200501002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas karunia dan kehendakNya Laporan Kinerja tahun 2024 RSAB Harapan Kita telah berhasil diselesaikan dengan baik. Laporan Kinerja tahun 2024 ini merupakan pelaporan dengan periode waktu 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2024, yang disusun dalam rangka untuk memberikan gambaran umum terhadap realisasi dari pelaksanaan kegiatan operasional RSAB Harapan Kita, sekaligus sebagai upaya evaluasi terhadap pelaksanaan Rencana Kerja Operasional Laporan Kinerja tahun 2024.

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Kinerja tahun 2024 RSAB Harapan Kita ini, baik waktu, pemikiran, serta tenaga sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Semoga Allah SWT memberikan ridho, karunia dan rahmat-Nya, sehingga senantiasa RSAB Harapan Kita akan berkembang menuju kearah yang lebih baik, Amin.

Jakarta, 8 Januari 2025

Direktur Utama,

`}{ttd}`

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.Kes

IKHTISAR EKSEKUTIF

Sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) Kementerian Keuangan, RSAB Harapan Kita memiliki tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna untuk ibu dan anak secara berkesinambungan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pelaksanaan pelayanan lain di bidang pelayanan kesehatan. Dimana tujuan yang ingin diraih RSAB Harapan Kita adalah dengan meningkatkan status kesehatan dan senantiasa berorientasi kepada kepentingan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam rangka pencapaian Visi RSAB Harapan Kita yang merupakan penjabaran dari Visi Presiden, pada periode tahun 2020-2024 telah ditetapkan ukuran dan target kinerja utama yang hendak dicapai yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita tahun 2020-2024. Dimana pencapaian indikator pada tahun 2024 ini merupakan pelaksanaan dari Perjanjian Kinerja Tahun 2024 antara RSAB Harapan Kita dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, yang terdiri dari 21 (dua puluh satu) Sasaran Strategis dan 46 Indikator Kinerja Utama (IKU).

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)/ Key Performance Indicators (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja $\geq 100\%$, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini.
2. Jumlah pengunjung Rawat Jalan, baik Poliklinik dan Gawat Darurat pada tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 10% dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 12.870 pengunjung dari 128.601 pengunjung. Dengan peningkatan terbesar pada pasien BPJS sebanyak 20%. Namun pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar 1%. Peningkatan ini terjadi dikarenakan sistem rujukan pasien BPJS, baik di layanan gawat darurat maupun di poliklinik.

3. Jumlah hari perawatan Rawat Inap tahun 2024 mengalami peningkatan 11% bila dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 6.992 hari perawatan dari 64.022 hari perawatan. Dimana peningkatan tertinggi ada pada pasien BPJS sebesar 15%. Dan pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar -16%. Capaian ini merupakan dampak dari peningkatan jumlah kunjungan pasien Rawat Jalan sehingga mempengaruhi peningkatan jumlah pasien yang dirawat inap.
4. Pelayanan penunjang pada tahun 2024 bila dibandingkan dengan tahun lalu adalah sebagai berikut :
 - a. Layanan Laboratorium direncanakan sebesar 278.384 paket pemeriksaan dan terealisasi sebesar 248.641 paket pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 89% dari target tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 4% dari capaian kinerja tahun 2023. Tidak tercapainya layanan laboratorium ini disebabkan karena dampak perubahan kebijakan terkait pemeriksaan skrining Covid-19 kepada pasien sehingga terjadi penurunan volume pemeriksaan di laboratorium, juga adanya kebijakan baru tentang ketentuan pemeriksaan penunjang laboratorium untuk pasien rawat jalan reguler dengan jaminan kesehatan nasional.
 - b. Layanan Radiologi direncanakan sebesar 21.667 pemeriksaan, dan terealisasi sebesar 21.644 pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 99,89% dari target tahun 2024, realisasi ini naik sebesar 18% dari capaian kinerja tahun 2023. Layanan radiologi tahun ini tercapai disebabkan adanya pengembangan layanan *cathlab* sehingga berdampak kepada peningkatan volume pemeriksaan yang cukup signifikan di radiologi.
 - c. Layanan Farmasi direncanakan sebesar 1.415.537 item R/, dan terealisasi sebesar 1.200.544 item R/, dengan capaian kinerja sebesar 85% dari target tahun 2024, realisasi ini juga mengalami penurunan sebesar 1% dari capaian kinerja tahun 2023. Layanan farmasi di tahun 2024 ini tidak tercapai, disebabkan adanya perubahan dari sistem peresepan menjadi sistem paket antara lain paket melati, paket *cathlab*, paket bersalin dll, yang

awalnya di entry sebagai volume layanan (item resep) berubah menjadi amprahan unit / instalasi sehingga berpengaruh terhadap penurunan volume layanan resep di farmasi.

5. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya :

- a. Pemakaian listrik pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% dibandingkan dengan pemakaian listrik pada tahun 2023. Peningkatan pemakaian listrik dapat disebabkan karena semakin berkembangnya layanan yang ditawarkan oleh RSAB Harapan Kita diantaranya Klinik Amarylis, serta untuk menunjang pelayanan rumah sakit selama tahun 2024 terdapat penambahan alat medik baru, penambahan unit AC split, FCU, serta videotron media informasi dan iklan.
- b. Penggunaan LPG pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 5% dari tahun 2023. Tidak dapat kendala berarti pada operasional dapur gizi. Efisiensi pemakaian LPG harus terus dijaga dan ditingkatkan dengan melakukan koordinasi dan sosialisasi secara berkala terkait cara pola memasak para juru masa atau tata boga. Pemantauan instalasi gas LPG juga harus terus dilakukan untuk memastikan tidak terjadi kebocoran gas yang dapat menyebabkan peningkatan konsumsi gas LPG.
- c. Penggunaan solar pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% bila dibandingkan dengan pemakaian tahun 2023 dengan total pemakaian sebesar 179.130 liter. Sesuai rekomendasi dari SPI, pencatatan persediaan stok solar termasuk dengan stok pada tangki mesin genset dan boiler. Selain itu, pemakaian solar digunakan untuk mesin genset dan boiler.
- d. Penggunaan air pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar -34% bila dibandingkan dengan pemakaian pada tahun 2023. Efisiensi penggunaan terus dilakukan dengan melakukan monitoring instalasi air dalam kondisi baik, serta melakukan perbaikan pipa-pipa yang mengalami kebocoran.

6. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran

- a. Alokasi belanja daya dan jasa (listrik, telepon dan air) tahun anggaran 2024 bersumber dari BLU Besar alokasi untuk belanja daya dan jasa Rp.14.400.044.000,- serapan tahun 2024 sebesar Rp. 14.148.543.016,- atau 98,25%. Jika dibandingkan dengan tahun 2023 dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 12.492.078.000,- serapan triwulan IV (empat) tahun 2023 sebesar Rp.12.453.166.212,- atau 99.68%.
- b. Alokasi pagu anggaran tahun 2024 untuk Rupiah Murni sebesar Rp.63.420.272.000,- terdiri dari gaji pegawai dan tunjangan Rp. 60.420.272.000,- Belanja Barang sebesar Rp 3.000.000.000,- Serapan tahun 2024 sebesar Rp 62.557.334.330 ,- atau 98,61%.
- c. Alokasi pagu anggaran Tahun 2024 untuk Triwulan IV sebesar Rp 463.991.606.000,- terdiri dari belanja operasional dan modal. Serapan s.d Triwulan IV Rp 451.964.356.035 ,- atau 97,41%.

7. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Perjanjian Kinerja.

- a. Dari 46 total Indikator Kinerja Utama (IKU) yang tertuang dalam Perjanjian Kinerja dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, IKU yang dapat diukur pada tahun 2024 adalah sebanyak 46 indikator, dimana IKU yang sudah mencapai target adalah sebanyak 38 indikator (82,61%). Sebagian besar keberhasilan indikator ini adalah adanya monitoring dan evaluasi secara terus menerus dari setiap unit kerja terhadap pelayanannya masing-masing sehingga keberhasilan bisa tercapai.
- b. Dari 8 IKU yang tidak mencapai target (17,39%), 4 diantaranya berada dibawah capaian 80% (8,70%). Indikator dibawah 80% yang belum mencapai target yang diharapkan peningkatannya adalah:
 - 1) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya
 - 2) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS
 - 3) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
 - 4) Persentase nilai EBITDA Margin.

DAFTAR ISI

	Hal
Kata Pengantar	i
Ikhtisar Eksekutif	ii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Gambaran Umum RSAB Harapan Kita	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
D. Visi, Misi dan Sasaran Strategis.....	4
E. Permasalahan Utama (<i>Strategic Issued</i>).....	7
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	14
A. Rencana Kinerja Operasional (RKO).....	14
B. Perjanjian Kinerja.....	15
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	19
A. Capaian Kinerja	19
1. Capaian Indikator Kinerja Utama Pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024 dan 2023.....	19
2. Capaian Indikator Kinerja Utama dengan Target Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2024.....	27
3. Capaian Kinerja Pelayanan Tahun 2024 dengan Tahun 2023.....	27
4. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Kualitas Tahun 2024 dengan Standar Nasional.....	33
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian kinerja tahun 2024.....	37
6. Analisis Efisiensi Sumber Daya.....	159
7. Analisis Program/Kegiatan Yang Menunjang Keberhasilan Atau Kegagalan Pencapaian Perjanjian Kinerja.....	166
B. Realisasi Anggaran.....	170
BAB IV PENUTUP	171

A. Kesimpulan.....	171
B. Langkah-langkah di Masa Mendatang.....	175
LAMPIRAN.....	183
1. Lampiran 1. Kontrak Kinerja Tahun 2024.....	183
2. Lampiran 2. Kekuatan Personil Tahun 2024.....	188
3. Lampiran 3. Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	189
4. Lampiran 4. Neraca Tahun 2024.....	190
5. Lampiran 5. Laporan Operasional 2024.....	191
6. Lampiran 6. Laporan Perubahan Ekuitas Tahun 2024.....	192
7. Lampiran 7. Laporan Barang Kuasa Pengguna Gabungan Intrakomptabel Tahun 2024.....	193
8. Lampiran 8. Laporan Barang Kuasa Pengguna Gabungan Ekstrakomptabel Tahun 2024.....	196

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perjanjian Kinerja Tahun 2024.....	15
Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	20
Tabel 3.2 Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan Menurut Jenis Pembiayaan Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	27
Tabel 3.3 Perbandingan Kinerja Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	29
Tabel 3.4 Perbandingan Kinerja Pelayanan Rawat Inap Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	30
Tabel 3.5 Perbandingan Kinerja Pelayanan Penunjang Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	31
Tabel 3.6 Perbandingan Kinerja Pelayanan Operatif/ Non Operatif Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	32
Tabel 3.7 Perbandingan Standar Pelayanan Minimal Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	34
Tabel 3.8.1 Capaian IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan.....	37
Tabel 3.8.2 Capaian IKU-2 : Jumlah Modul SIMRS yang Terintegrasi.....	39
Tabel 3.8.3 Capaian IKU-3 : Prosentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan.....	41
Tabel 3.8.4 Capaian IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi.....	43
Tabel 3.8.5 Capaian IKU-5 : Prosentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3.....	45
Tabel 3.8.6 Capaian IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal.....	47
Tabel 3.8.7 Capaian IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi.....	50
Tabel 3.8.8 Capaian IKU-8 : Prosentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis.....	52
Tabel 3.8.9 Capaian IKU-9 : Prosentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-	

natal).....	54
Tabel 3.8.10 Capaian IKU-10 : Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio.....	57
Tabel 3.8.11 Capaian IKU-11 : Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	59
Tabel 3.8.12 Capaian IKU-12 : Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi	61
Tabel 3.8.13 Capaian IKU-13 : Kepatuhan terhadap alur klinis <i>Clinical Pathway</i> (CP)	63
Tabel 3.8.14 Capaian IKU-14 : Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE).....	66
Tabel 3.8.15 Capaian IKU-15 : Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	68
Tabel 3.8.16 Capaian IKU-16 : Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan.....	71
Tabel 3.8.17 Capaian IKU-17 : Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak	73
Tabel 3.8.18 Capaian IKU-18 : Pembangunan WBK dan WBBM.....	75
Tabel 3.8.19 Capaian IKU-19 : Kecepatan waktu tanggap komplain.....	80
Tabel 3.8.20 Capaian IKU-20 : Tingkat pertumbuhan pendapatan.....	85
Tabel 3.8.21 Capaian IKU-21 : Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO).....	87
Tabel 3.8.22 Capaian IKU-22 : Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.....	89
Tabel 3.8.23 Capaian IKU-23 : Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di rumah sakit khusus.....	92
Tabel 3.8.24 Capaian IKU-24 : Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN.....	94
Tabel 3.8.25 Capaian IKU-25 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna.....	96
Tabel 3.8.26 Capaian IKU-26 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama.....	101
Tabel 3.8.27 Capaian IKU-27 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai	

strata madya.....	104
Tabel 3.8.28 Capaian IKU-28 : Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit.....	108
Tabel 3.8.29 Capaian IKU-29 : Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.....	111
Tabel 3.8.30 Capaian IKU-30 : Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan.....	113
Tabel 3.8.31 Capaian IKU-31 : Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS.....	115
Tabel 3.8.32 Capaian IKU-32 : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS.....	117
Tabel 3.8.33 Capaian IKU-33 : RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional.....	120
Tabel 3.8.34 Capaian IKU-34 : Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien.....	122
Tabel 3.8.35 Capaian IKU-35 : Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan.....	128
Tabel 3.8.36 Capaian IKU-36 : Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis.....	131
Tabel 3.8.37 Capaian IKU-37 : Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik.....	133
Tabel 3.8.38 Capaian IKU-38 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.....	135
Tabel 3.8.39 Capaian IKU-39 : Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar.....	138
Tabel 3.8.40 Capaian IKU-40 : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target.....	140
Tabel 3.8.41 Capaian IKU-41 : Capaian hasil Survey Budaya	

Keselamatan.....	144
Tabel 3.8.42 Capaian IKU-42 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti.....	146
Tabel 3.8.43 Capaian IKU-43 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	152
Tabel 3.8.44 Capaian IKU-44 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	154
Tabel 3.8.45 Capaian IKU-45 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU.....	155
Tabel 3.8.46 Capaian IKU-46 : Persentase EBITDA Margin.....	157
Tabel 3.9 Penggunaan Listrik RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	160
Tabel 3.10 Penggunaan LPG RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	161
Tabel 3.11 Penggunaan Solar RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	162
Tabel 3.12 Penggunaan Air RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	163
Tabel 3.13 Realisasi Anggaran Belanja Tahun 2024	170

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional (Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/638/2019), RSAB Harapan Kita harus meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang diamanahkan Menteri kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Sehingga dalam pelaksanaannya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat, RSAB Harapan Kita bertekad untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang unggul, berinovasi dan berdaya saing tinggi dengan rumah sakit kompetitor yang sejenis secara Nasional, dimana hal ini diiringi juga dengan peningkatan pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan ibu dan anak. Manajemen RSAB Harapan Kita berupaya memberikan dukungan yang transparan dan akuntabel serta pemberdayaan SDM yang profesional dan berintegritas tinggi, berkomitmen, dan berorientasi pada kepuasan pelanggan.

RSAB Harapan Kita sebagai salah satu UPT Kementerian Kesehatan RI dalam melaksanakan fungsi pemerintahan dalam bidang kesehatan, bersama-sama pemerintah, masyarakat, dan pihak swasta, perlu mengimplementasikan *Good Corporate Governance*, sebagai kebijakan sosial-politik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Salah satu bentuk pertanggungjawaban *Good Corporate Governance* adalah disusunnya laporan sebagai pelaksanaan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

Dengan demikian RSAB Harapan Kita secara berkala berkewajiban untuk mengkomunikasikan pencapaian tujuan/sasaran strategis organisasi kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang dituangkan ke dalam Laporan Kinerja Tahun 2024. Hal ini menjadi dasar/

landasan hukum dalam penyusunan Laporan Kinerja Rumah Sakit yang mengacu pada program strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 - 2024 revisi keempat tahun 2023 dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2024.

B. GAMBARAN UMUM RSAB HARAPAN KITA

Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, yang selanjutnya disingkat menjadi RSAB Harapan Kita, diresmikan pada tanggal 22 Desember 1979. Pada awal berdirinya memiliki nama lengkap Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita. Kemudian berkenaan dengan terbitnya Undang-undang Nomor 20 tahun 1997 tentang Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 124/KMK.03/1998 tentang Tata Cara Penggunaan Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP) di Bidang Pelayanan Kesehatan, maka terhitung mulai tanggal 27 Februari 1998 RSAB Harapan Kita berstatus sebagai rumah sakit pengguna Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP). Pada tanggal 12 Desember 2000, melalui Peraturan Pemerintah Nomor 127 tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan (Perjan) Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita Jakarta, RSAB Harapan Kita berubah status dari rumah sakit pengguna PNBP menjadi rumah sakit Perusahaan Jawatan (Perjan)

Seiring perkembangannya, khususnya dalam rangka pengembangan pelayanan sekunder dan tersier kesehatan ibu, maka pada tanggal 23 Februari 2005 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 271/Menkes/SK/II/2005 telah terjadi perubahan nama, yakni dari Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita menjadi Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, dengan tetap disingkat RSAB Harapan Kita. Melalui perubahan nama ini cakupan pelayanan kesehatan kepada ibu/wanita tidak lagi hanya terbatas pada kasus kebidanan dan kandungan saja, namun lebih diperluas lagi menjadi seluruh kasus kesehatan wanita. Selanjutnya berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1243/MENKES/SK/VIII/2005 tentang Penetapan 13 (tiga belas) eks Rumah

Sakit Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan (saat ini menjadi Kementerian Kesehatan) dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka terhitung mulai tanggal 11 Agustus 2005 status RSAB Harapan Kita berubah dari rumah sakit Perjan menjadi rumah sakit yang menerapkan PPK-BLU dan status ini masih berlangsung hingga sekarang.

Pada tanggal 11 Oktober 2019, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/638/2019, RSAB Harapan Kita ditetapkan sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Tugas pokok RSAB Harapan Kita adalah berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita. Di dalam Permenkes tersebut, RSAB Harapan Kita mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit ibu dan anak.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSAB Harapan Kita menyelenggarakan fungsi:

1. Pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
2. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
3. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
4. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.
5. Penataan organisasi dan tata laksana;
6. Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
7. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;

8. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
9. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
10. Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
11. Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
12. Pelaksanaan anggaran;
13. Pelaksanaan urusan akuntansi;
14. Pengelolaan barang milik negara;
15. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit;
16. Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
17. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
18. Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
19. Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
20. Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
21. Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
22. Pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
23. Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;

D. VISI, MISI DAN SASARAN STRATEGIS

Sesuai dengan arahan Presiden pada sidang kabinet paripurna tanggal tanggal 24 Oktober tahun 2019 bahwa tidak ada visi misi menteri, namun semua mengacu pada visi misi Presiden dan Wakil Presiden. Adapun Visi Presiden adalah “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, dengan salah satu Misinya yang terkait dengan Kesehatan adalah “Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia”.

Dalam rangka melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan yaitu menciptakan

manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan dan RSAB Harapan Kita menjabarkannya menjadi “**Terdepan sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional**”. Dalam upaya mencapai Visi tersebut maka RSAB Harapan Kita memiliki misi sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang aman dan berkualitas
2. Menyelenggarakan pendidikan tenaga kesehatan di bidang kesehatan ibu dan anak
3. Menyelenggarakan pelatihan di bidang kesehatan ibu dan anak
4. Menyelenggarakan penelitian di bidang kesehatan ibu dan anak
5. Meningkatkan jejaring dan sistem rujukan di bidang kesehatan ibu dan anak.

Tata Nilai/*Core Values* RSAB Harapan Kita yang semula adalah CANTIK (Cepat, Akurat, Nyaman dan Aman, Transparan dan Akuntabel, Integritas Tinggi dan Kerja sama Tim) bertransformasi menjadi BerAKHLAK.

BerAKHLAK merupakan akronim dari Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif. Adanya *Core Values* Aparatur Sipil Negara (ASN) ini sebagai sari dari nilai-nilai dasar ASN sesuai dengan Undang-Undang No. 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara dalam satu kesamaan persepsi yang lebih mudah dipahami dan diterapkan oleh seluruh ASN.

Dalam rangka mencapai visi sesuai dengan perubahan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2022 (Peraturan Menteri Kesehatan No. 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024), maka Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita 2020-2024 revisi keempat Tahun 2023, menetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Terpenuhinya SDM yang kompeten.
2. Terpenuhinya SIMRS terintegrasi.
3. Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan.
4. Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan.
5. Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak.
6. Terselenggaranya layanan PINERE.
7. Terwujudnya tata kelola klinis sesuai *best practice*.
8. Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional.
9. Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
10. Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai *good governance*.
11. Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal.
12. Terwujudnya peningkatan pendapatan.
13. Terwujudnya efisiensi biaya.
14. Terwujudnya dukungan terhadap transformasi layanan rujukan.

Selanjutnya, sasaran strategis tersebut dijabarkan dalam program kerja strategis, disertai target indikator untuk mengukur capaian kinerja. Perencanaan kinerja dilakukan dengan melibatkan seluruh unsur-unsur terkait di lingkungan RSAB Harapan Kita, serta dengan menempuh tahapan-tahapan sebagaimana yang telah diatur dalam petunjuk pelaksanaan. Hasil dari perencanaan kinerja tersebut adalah berupa dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Perjanjian Kinerja RSAB Harapan Kita tahun 2024.

E. PERMASALAHAN UTAMA (*STRATEGIC ISSUED*)

Permasalahan utama (*strategic issued*) RSAB Harapan Kita pada Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Hasil survey indeks kesehatan budaya organisasi RSAB Harapan Kita tahun 2024 menunjukkan angka yang cukup sehat, yaitu 68,9%. Angka ini mengindikasikan bahwa secara umum budaya organisasi berada pada jalur yang positif namun masih ada isu yang harus diperbaiki. Isu-isu tersebut baru dapat teridentifikasi setelah adanya interaksi lebih mendalam (*Focus Group Discussion*) dengan pihak yang terlibat langsung dalam operasional dan pelaksanaan implementasi nilai budaya yaitu para Kepala Satuan Kerja dan staf. Nilai BerAKHLAK masih perlu peningkatan dalam implementasi nilai organisasi khususnya pada nilai Harmonis, Loyal dan Adaptif yang memerlukan perhatian lebih dibandingkan nilai lainnya.

2. Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA)

Permasalahan pada tahun 2024 terkait sarana, prasarana dan alat, meliputi:

- a) Terjadi kebocoran radiasi di ruang *CT Scan* di Instalasi Radiologi, dimana pengecekan *CT Scan* terkendala *charge* biaya di luar kontrak *service*.
- b) Kurangnya daya kapasitas trafo isolasi di ruang OK 3 dan 6 saat tindakan operasi besar (contoh: operasi jantung).
- c) Belum difasilitasinya aplikasi *EcoStruxure Advisor Schneider* yang berfungsi untuk pemantauan dan monitoring panel induk RSAB Harapan Kita oleh Instalasi SIMRS.
- d) Belum tersedianya alat perkantoran (PC/Laptop) tambahan yang mendukung aplikasi arsitektur untuk proses perencanaan bangunan.

3. Teknologi Informatika

Permasalahan pada tahun 2024 terkait Teknologi Informatika adalah sebagai berikut:

- a) Tidak ada SOP terbaru dan tidak ada Blueprint alur bisnis proses
- b) Adanya birokrasi berjenjang dan tidak ada tindak lanjut

4. Pelayanan Medik dan Penunjang

Permasalahan pada tahun 2024 terkait pelayanan Medik dan Penunjang adalah sebagai berikut:

a. Pelayanan Medik

- 1) Belum optimalnya pelaksanaan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) di Rawat Inap dan Rawat Intensif terkait kasus kompleks dan LOS tinggi
- 2) Peningkatan BOR di Rawat Inap masih diupayakan untuk optimal, meskipun sudah ada peningkatan
- 3) Sarana dan prasarana Ruang Rawat Inap perlu peremajaan/renovasi
- 4) Persiapan pulang H-1 perlu dipertahankan dan dapat lebih di optimalisasi
- 5) *Bed management* masih dalam proses persiapan/penyempurnaan

b. Pelayanan Penunjang

- 1) Sudah ada ketentuan mengenai pemeriksaan penunjang Laboratorium untuk pasien Rawat Jalan Reguler dengan Jaminan Kesehatan Nasional, namun saat ini sedang disusun oleh kelompok kerja (KK) dan KSM terkait paket pemeriksaannya untuk menyesuaikan dengan pagu yang telah ditetapkan. Pemeriksaan di luar paket tersebut memerlukan persetujuan dari Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- 2) Masih ditemukan selisih perbedaan antara stok fisik dan stok di aplikasi SMART. Telusur hasil stok opname secara berkala oleh Instalasi Farmasi bersama dengan IT, AKBMN dan SPI harus secara

rutin dilakukan agar dapat diperbaiki selisih yang ditemukan secara periodik

- 3) Penerapan penggunaan produk dalam negeri masih bertahap, masih ada *user* yang belum mau menggunakan produk dalam negeri terutama untuk alat kesehatan yang menyangkut *patient safety* dan khusus untuk produk berteknologi tinggi yang belum ada produk dalam negerinya
- 4) Dalam penerapan penggunaan produk dalam negeri, banyak komplain dari *user* terkait produk yang cepat rusak dan respon dari penyedia yang lama untuk perbaikannya
- 5) Kendali mutu kendali biaya terkait penggunaan Obat/BMHP untuk pasien BPJS yang berbiaya tinggi masih terus dilakukan oleh Instalasi Farmasi untuk mengurangi terjadinya selisih negatif yang menyebabkan kerugian rumah sakit
- 6) Kendali mutu kendali biaya terkait amprahan dari unit pelayanan yang masih cukup tinggi, perlu dilakukan pemantauan secara berkala untuk menekan biaya amprahan ini
- 7) Belum optimalnya penggunaan *Robotic Dispensing* dalam peningkatan waktu tunggu pelayanan Farmasi, masih dilakukan *bridging* antara *software robotic* dengan SMART RSAB serta proses pengisian mesin *robotic*.
- 8) Belum tercapainya waktu tunggu pelayanan farmasi, masih terus dilakukan upaya secara komprehensif untuk peningkatan waktu tunggu pelayanan farmasi.

5. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

a. Pendidikan:

Kegiatan pendidikan pada kondisi pasca pandemi Covid-19 tetap dilakukan dengan mengikuti tata cara era kenormalan baru (peserta didik menunjukkan bukti vaksin booster). Pertumbuhan peserta didik yang mulai mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya.

Namun pertumbuhan peserta didik tersebut masih belum mencapai target Rasio 1:5 untuk Peserta Didik Kedokteran.

b. Pelatihan:

Pelatihan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan yang direncanakan dan mencapai target, namun pelatihan yang dilakukan perlu disesuaikan dengan *Training Need Assessment* (TNA) dari masing-masing unit kerja. Dimana perlu koordinasi lebih lanjut untuk pelaksanaan TNA ini.

c. Penelitian:

- 1) Minat pegawai RSAB Harapan Kita untuk meneliti masih belum optimal.
- 2) Untuk meningkatkan daya tarik penelitian bagi pegawai RSAB Harapan Kita, perlu diberikan bantuan biaya penelitian dan publikasi.
- 3) Perlu adanya kolaborasi penelitian dengan institusi terkait untuk lebih meningkatkan jumlah penelitian dari luar RSAB Harapan Kita (eksternal).

6. Keuangan

a. Akuntansi dan Barang Milik Negara

Permasalahan dalam aspek akuntansi dan barang milik negara adalah sebagai berikut:

- 1) Laporan Keuangan SAK masih disusun secara manual belum difasilitasi sistem yang mumpuni
- 2) Menu interkoneksi untuk transaksi pemakaian dan perolehan lainnya belum difasilitasi;
- 3) Laporan persediaan V3 (FIFO) masih dalam proses perbaikan;
- 4) Adanya perubahan master barang sesuai Kamus Farmasi dan Alkes (KFA);

- 5) Pelabelan *barcode* belum bisa dilakukan saat barang diterima, karena data barang belum terinput dalam sistem aplikasi SAKTI;
- 6) Untuk barang perolehan tahun lama/sebelumnya, ada barang yang terdaftar pada aplikasi SAKTI namun fisiknya tidak ada dan ada fisik barang yang tidak terdaftar pada aplikasi SAKTI;
- 7) Saldo awal *audited* belum diproses dalam SMART.

b. Anggaran

Penyusunan tarif RS Vertikal baru dapat dilaksanakan pada Triwulan III dengan adanya perubahan informasi seiring dengan penyusunan tarif, sehingga buku tarif belum dapat diselesaikan pada Triwulan IV tahun 2024.

c. Pelaksanaan Keuangan

- 1) Pembayaran kepada supplier/ pemasok obat yang masih belum sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, yang diakibatkan oleh terlambatnya penyampaian tagihan dan penumpukan penyampaian tagihan dari Tim ULP (Unit Layanan Pengadaan Barang/Jasa) sehingga menyebabkan terjadinya pemblokiran pengiriman obat/alkes yang berdampak terhadap pelayanan kepada pasien. Untuk menghindari pemblokiran, maka Tim Kerja Pelaksana Keuangan harus segera melakukan pembayaran lebih cepat dari standar waktu (kurang lebih 7 hari kerja dari berkas diterima), sehingga terkadang dapat meningkatkan risiko terhadap kesalahan pembayaran, seperti kurang cermat dalam memeriksa kelengkapan berkas dan nilai jumlah tagihan.
- 2) Terganggunya *cash flow* dan *cash rasio* karena dana yang awalnya sudah dianggarkan untuk pembayaran tagihan/ hutang tidak digunakan, tetapi hutang semakin menumpuk.
- 3) Terjadinya selisih negatif antara penerimaan dengan pengeluaran dimana terdapat ketidaksesuaian proyeksi pengeluaran dengan

realisasi pembayaran (penerimaan lebih kecil daripada pengeluaran).

- 4) Masih banyak pengadaan obat/ alkes/ reagen yang melebihi batas waktu yang telah ditetapkan sehingga masih banyak berkas tagihan yang ditagihkan sampai akhir masa pembayaran di akhir tahun. Hal ini menyebabkan tidak dapat diprediksikannya kebutuhan dana yang akan digunakan untuk pembayaran (tidak sesuai dengan prediksi pengeluaran uang).
- 5) Penerimaan dari BPJS yang tidak menentu dan tidak sesuai klaim yang ditagihkan, sehingga tidak bisa memprediksikan berapa penerimaan yang akan diterima dan berapa dana yang bisa digunakan untuk membayar pengeluaran operasional rumah sakit.

d. Verifikasi dan Penjaminan Pasien (VPP)

- 1) Terhitung mulai September 2024, seluruh penagihan klaim ke BPJS diminta dalam bentuk *softcopy* yang harus diupload ke JKN *drive* yang semula sudah diberikan dalam bentuk *viewer*. Hal ini mengakibatkan tim IVPP harus mengunduh berkas dari SMART dan men-*scan* berkas yang tidak ada di SMART ke dalam satu file, mengurutkannya dan mengupload kembali di JKN *drive*. Selain itu berkas penunjang dan resume medis masih ada yg belum dilengkapi ketika pasien pulang. Beberapa klaim yang menjadi pending tidak dapat dinegosiasikan dengan pihak BPJS.
- 2) Pengajuan penagihan klaim BPJS belum bisa di-approve 100% saat pengajuan pertama, sehingga klaim pending bertambah banyak di tiap pengajuan klaim, dan berdampak pada penerimaan dari BPJS yang tidak maksimal.

7. Kepuasan Pelanggan

Survei kepuasan masyarakat pada tahun 2024 telah berhasil dilakukan dengan baik di enam (6) unit pelayanan yang terdapat di RSAB Harapan

Kita Jakarta dengan pencapaian responden penilai sejumlah 496 orang dari target sebanyak 485 orang (102%).

Berdasarkan hasil perhitungan rerata Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di setiap unit pelayanan, diperoleh capaian akhir IKM untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2024 sebesar 85,18. Dengan capaian ini, pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita Tahun 2024 termasuk ke dalam kategori mutu pelayanan “B” dan kinerja pelayanan “BAIK”.

Terdapat satu (1) unsur pelayanan dengan kinerja pelayanan sangat baik yaitu penanganan pengaduan, saran dan masukan dengan nilai 91,03. Unsur pelayanan yang mendapatkan nilai terendah adalah unsur waktu penyelesaian yaitu sebesar 81,00. Unit pelayanan yang mendapatkan nilai IKM tertinggi adalah Poliklinik Rehabilitasi Medik dengan nilai IKM sebesar 86,93. Unit pelayanan yang mendapatkan nilai IKM terendah adalah Poliklinik Eksekutif dengan nilai IKM sebesar 84,12.

Nilai IKM berdasarkan Permenpan lebih tinggi dibandingkan nilai IKM berdasarkan pengembangan kuesioner, walaupun tetap berada dalam kategori baik.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

Untuk mewujudkan visi, misi, dan sasaran strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020-2024, RSAB Harapan Kita berkomitmen mengoptimalkan seluruh sumber daya manusia, sarana, prasarana, anggaran, dan lainnya secara fokus dan konsisten. Agar pelaksanaannya efektif dan efisien, program dan kegiatan akan disusun sebagai bentuk konkret dari upaya tersebut.

Perencanaan kinerja dilakukan agar pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan sasaran strategis RSB RSAB Harapan Kita berlangsung secara efektif dan efisien. Perencanaan kinerja melibatkan seluruh unsur-unsur terkait di lingkungan RSAB Harapan Kita.

A. Rencana Kinerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSAB Harapan Kita tahun 2024 merupakan penjabaran operasional dari RSB RSAB Harapan Kita yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSAB Harapan Kita tahun 2024. RKT RSAB Harapan Kita berisi program dan kegiatan dari setiap unit kerja secara lebih terperinci yang akan dilaksanakan pada tahun 2024 (Buku RKT dan RKO RSAB Harapan Kita tahun 2024).

Keselarasan dengan kinerja bidang lain dalam Laporan Tahun 2024 (*Crosscutting*) tertuang dalam Sasaran Strategis pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024 revisi ke-empat, dan kegiatan strategis beserta alokasi anggarannya tertuang dalam Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Keselarasan antar bidang/ fungsi (*Crosscutting*) ini menjabarkan bahwa alur perencanaan program dan anggaran saling berkaitan.

B. Perjanjian Kinerja

Berikut ini adalah Perjanjian Kinerja Tahun 2024 yang sudah diselaraskan dengan Kementerian Kesehatan :

TABEL 2.1
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terpenuhinya SDM yang kompeten	1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100 Persen
2	Terpenuhinya SIMRS terintegrasi	2	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 Modul
3	Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan	3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100 Persen
4	Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan	4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥75 Persen
5	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak	5	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3	85 Persen
		6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82 Persen
		7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80 Persen
		8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis	90 Persen
		9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)	95 Persen
		10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94 Persen
		11	Keberhasilan treatment cycle pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
6	Terselenggaranya layanan PINERE	12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100 Persen
7	Terwujudnya tata kelola klinis sesuai best practice	13	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical pathway</i>)	85 Persen
8	Terselenggaranya pengampuan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional	14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100 Persen
9	Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi Pendidikan
		16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100 Persen
		17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	1.1 Skor
10	Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai Good Governance	18	Pembangunan WBK dan WBBM	86 Nilai
11	Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal	19	Kecepatan waktu tanggap komplain	100 Persen
12	Terwujudnya peningkatan pendapatan	20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10 Persen
13	Terwujudnya efisiensi biaya	21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80 Persen
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 Persen
		23	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 Laporan
15	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10 Persen
		25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
		26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS
16	RPJMN	28	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60 Persen
		29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100 Persen
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10 Persen
18	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	31	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 Layanan
		32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1000 Sampel
19	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80 Persen
		35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100 Persen
		36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80 Persen
		37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
20	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	90 Persen
		39	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90 Persen
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100 Persen
		41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	> 75 Persen
		42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95 Persen
		43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90 Persen
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96 Persen
		45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90 Persen
		46	Persentase nilai EBITDA Margin	15 Persen

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Pengukuran kinerja merupakan proses sistematis dan berkesinambungan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran strategis dan program yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi RSAB Harapan Kita. Pengukuran kinerja juga merupakan salah satu komponen dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Pengukuran kinerja yang dilakukan RSAB Harapan Kita, baik format maupun proses dan tahapannya, sepenuhnya mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Manfaat dari pengukuran kinerja yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan adalah sebagai berikut:

1. Menjadi alat komunikasi pimpinan organisasi, pegawai dan para *stakeholders* eksternal;
2. Sistem pengukuran kinerja yang efektif akan memberikan umpan balik bagi para pengelola dan pembuat keputusan di dalam proses evaluasi dan perumusan tindak lanjut, dalam rangka peningkatan kinerja pada masa yang akan datang;
3. Sistem pengukuran kinerja yang baik dapat menggerakkan organisasi kearah yang positif.

A. Capaian Kinerja

1. Capaian Indikator Kinerja Utama pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024 dan 2023.

Indikator Kinerja Utama pada tahun 2024 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita tahun 2020 – 2024 Revisi Ke- Empat Tahun 2023. Pada tanggal 10 Maret tahun 2021, Dirjen Pelayanan Kesehatan menginstruksikan agar menambah Indikator SISRUITE menjadi salah satu

indikator kinerja utama rumah sakit. Instruksi tersebut dituangkan dalam Surat Edaran Dirjen Yankes nomor HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan. Dengan demikian, berdasarkan Perjanjian Kinerja antara RSAB Harapan Kita dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Terdapat 21 sasaran strategis dan 46 indikator kinerja utama (IKU) yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024, dengan capaian kinerja seperti pada tabel berikut ini:

TABEL 3.1
CAPAIAN INDIKATOR KINERJA UTAMA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100%	99.62%	99.62%	100%	98%	98%	102%
2	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 modul	11 modul	367%	3	8	267%	138%
3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥ 75%	98%	131%	75%	91%	121%	108%
5	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3	85%	93,57%	110%	83%	94.28%	114%	97%
6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82%	88,80%	108%	81%	90.25%	111%	97%
7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80%	94,29%	118%	77%	94%	122%	97%
8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis	90%	100%	111%	87%	100%	115%	97%

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)	95%	100%	105%	92%	100%	109%	97%
10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94%	97,21%	103%	92%	98%	107%	97%
11	Keberhasilan treatment cycle pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95%	94,28%	99%	94%	100%	106%	93%
12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100%	100%	100%	-	-	-	-
13	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical pathway)	85%	99,42%	117%	85%	100%	118%	99%
14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%	90,65%	91%	85%	78.30%	92%	99%
15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi pendidikan	25 Institusi pendidikan	109%	20 Institusi pendidikan	21 Institusi pendidikan	105%	104%
16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100%	256%	256%	95%	250%	263%	97%
17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	skor 1,1	1,12	102%	1,1	1,17	106%	96%
18	Pembangunan WBK dan WBBM	nilai 86	90,68	105%	nilai 85	85,42	100%	40%
19	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	100%	80%	100%	125%	100%
20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%	20.89%	209%	10%	20,38%	204%	102.4%
21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80%	108,03%	135%	79%	103,07%	130%	104%

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	2,46%	102%	-	-	-	-
23	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 laporan	2 laporan	100%	2 laporan	2 laporan	100%	100%
24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	11,47%	115%	-	-	-	-
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS	N/A	100%	1	1	100%	100%
26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS	1 RS	100%	-	-	-	-
27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS	1 RS	25%	-	-	-	-
28	Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	86,11%	144%	-	-	-	-
29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10%	15,12%	151%	-	-	-	-
31	Jumlah Layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 layanan	4 layanan	133%	-	-	-	-
32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1.000 sampel	722 sampel	72%	-	-	-	-
33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan	100%	-	-	-	-

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	84,38%	105%	-	-	-	-
35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	100%	100%	-	-	-	-
36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	98,25%	123%	-	-	-	-
37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	100%	100%	-	-	-	-
38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	100%	111%	95%	100%	105%	105%
39	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	100%	111%	-	-	-	-
40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	67,95%	68%	-	-	-	-
41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%	64,71%	86%	-	-	-	-
42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	100%	105%	92,50%	100%	108%	97%
43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90%	112,53%	112,53%	95%	111,34%	117%	96%
44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	98,61%	103%	97%	96,76%	99,8%	103%
45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	97,41%	108%	95%	99,11%	104%	104%
46	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	7%	47%	15%	5,21%	35%	135%

% Capaian IKU Keseluruhan:	Tahun 2024		Tahun 2023	
	Jumlah IKU	%	Jumlah IKU	%
Capaian IKU \geq 100%	38	82,61%	47	81,03%
Capaian IKU \geq 80% - 99%	4	8,7%	5	8,62%
Capaian IKU < 80%	4	8,7%	6	10,34%
Jumlah IKU	46	100%	58	100%

Berdasarkan tabel diatas, capaian Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicators* (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja \geq 100%, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian tahun ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU pada tahun lalu yang mencapai target sebesar 81%.

Untuk tahun 2024 indikator dengan tingkat capaian \geq 100% sebesar 82,61% (38 indikator) yang terdiri dari :

- 1) Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi
- 2) Persentase ketersediaan alat medik baru sesuai kebutuhan pelayanan
- 3) Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi
- 4) Persentase keberhasilan penanganan kasus *severity level 3*
- 5) Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal
- 6) Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi
- 7) Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis
- 8) Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)
- 9) Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio
- 10) Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi
- 11) Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical pathway*)
- 12) Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama
- 13) Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

- 14) Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak
- 15) Pembangunan WBK dan WBBM
- 16) Kecepatan waktu tanggap komplain
- 17) Tingkat pertumbuhan pendapatan
- 18) Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)
- 19) Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.
- 20) Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus
- 21) Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
- 22) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna
- 23) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama
- 24) Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit
- 25) Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal
- 26) Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan
- 27) Jumlah Layanan berbasis genomik di Hubs RS
- 28) RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional
- 29) Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
- 30) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
- 31) Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis
- 32) Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
- 33) Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
- 34) Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
- 35) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

- 36) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
- 37) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
- 38) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Sedangkan indikator dengan tingkat capaian 80-99% sebanyak 4 indikator (8,70%) terdiri dari:

- 1) Persentase SDM kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan
- 2) Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung
- 3) Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)
- 4) Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

Adapun indikator dengan tingkat capaian dibawah 80% sebanyak 4 indikator (8,70%) terdiri dari:

- 1) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya
- 2) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS
- 3) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
- 4) Persentase nilai EBITDA Margin.

2. Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dengan Target Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2025.

Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2024 merupakan salah bagian dalam mengukur pencapaian kinerja organisasi dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Tahun 2020-2024, sehingga Indikator Kinerja Utama (IKU) pada Tahun 2025 akan dibuat berdasarkan Rencana Strategis Bisnis terbaru periode Tahun 2025-2029 yang mengacu kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025-2029. Pada saat laporan ini dibuat, RPJMN Tahun 2025-2029 masih dalam proses finalisasi oleh pemerintah pusat dan Bappenas, dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan dan RSB rumah sakit juga dalam proses finalisasi. Perbedaan RSB mengakibatkan adanya perbedaan juga dalam Indikator Kinerja Utama (IKU) antara Tahun 2024 dan 2029, sehingga indikator tersebut tidak dapat dibandingkan.

3. Capaian Kinerja Pelayanan Tahun 2024 dengan Tahun 2023.

a) Kinerja Pelayanan Berdasarkan Jenis Pembiayaan

TABEL 3.2
PERBANDINGAN CAPAIAN KINERJA PELAYANAN
MENURUT JENIS PEMBIAYAAN
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

PELAYANAN	TARGET TH. 2024	CAPAIAN TH. 2024			TARGET TH. 2023	CAPAIAN TH. 2023			NAIK/TURUN	%
		CAPAIAN	% CAPAIAN			CAPAIAN	% CAPAIAN			
			TERHADAP TARGET TH. 2024	PROPORSI BPJS NON BPJS			TERHADAP TARGET TH. 2023	PROPORSI BPJS NON BPJS		
RAWAT JALAN										
Pengunjung										
Total	154,344	141,471	92%	182,000	128,601	71%		12,870	10%	
BPJS	83,825	83,608	100%	79,485	69,940	88%	54%	13,668	20%	
Non BPJS	70,519	57,863	82%	102,515	58,661	57%	46%	(798)	-1%	
RAWAT INAP										
Hari Perawatan										
Total	73,719	71,014	96%	62,934	64,022	102%		6,992	11%	
BPJS	63,882	64,127	100%	49,090	55,805	114%	87%	8,322	15%	
Non BPJS	9,837	6,887	70%	13,844	8,217	59%	13%	(1,330)	-16%	

Jumlah pengunjung Rawat Jalan, baik Poliklinik dan Gawat Darurat pada tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 10% dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 12.870 pengunjung dari 128.601 pengunjung. Dengan peningkatan terbesar pada pasien BPJS sebanyak 20%. Namun pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar 1%. Peningkatan ini terjadi dikarenakan sistem rujukan pasien BPJS, baik di layanan gawat darurat maupun di poliklinik.

Untuk jumlah hari perawatan Rawat Inap tahun 2024 mengalami peningkatan 11% bila dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 6.992 hari perawatan dari 64.022 hari perawatan. Dimana peningkatan tertinggi ada pada pasien BPJS sebesar 15%. Dan pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar -16%. Capaian ini merupakan dampak dari peningkatan jumlah kunjungan pasien Rawat Jalan sehingga mempengaruhi peningkatan jumlah pasien yang dirawat inap. Sedangkan untuk proporsi antara pasien BPJS dan Non BPJS, terlihat bahwa jumlah pengunjung Rawat Jalan pasien BPJS lebih tinggi 59% (83.608 pengunjung) dari pasien Non BPJS 41% (57.863 pengunjung). Dan untuk rawat inap, jumlah hari perawatan pasien BPJS lebih tinggi 90% (64.127 hari perawatan) dari pasien Non BPJS 10% (6.887 hari perawatan). Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan pada pengunjung Non BPJS walaupun persentase capaian pengunjung mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Peningkatan pengunjung terbesar ada pada pasien BPJS, baik rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini berbeda dengan proporsi tahun lalu yang menunjukkan pasien Non BPJS pada rawat jalan masih lebih tinggi daripada pasien BPJS pada rawat inap. Dengan demikian rumah sakit perlu meningkatkan strategi untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit dari sektor Non JKN melalui upaya-upaya pengoptimalisasi dan pengembangan sistem informasi serta penambahan layanan baru.

b) Kinerja Pelayanan Rawat Jalan

**TABEL 3.3
KINERJA PELAYANAN RAWAT JALAN
TAHUN 2024 DAN 2023**

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT 2024	REALISASI TH.2024				TARGET RKT 2023	REALISASI TH.2023				KENAIKAN/ PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
	Pengunjung (Pendaftaran)	Pengunjung	154,344	83,605	57,869	141,471	92%	182,000	66,472	58,579	125,051	69%	16,420	13%
	REGULER	Pengunjung	92,885	73,187	14,306	87,493	94%	97,546	58,053	13,123	71,176	73%	16,317	23%
	OBGYN	Pengunjung	7,964	8124	963	9,087	114%	6,754	5,765	859	6,624	98%	2,463	37%
	ANAK	Pengunjung	43,600	39,880	1,608	41,488	95%	46,827	33,397	2,863	36,260	77%	5,228	14%
	BEDAH	Pengunjung	21,660	16796	3458	20,254	94%	22,254	14,332	3744	18,076	81%	2,178	12%
	SPESIALIS LAIN	Pengunjung	5,083	1766	2556	4,322	85%	12,346	1,441	2843	4,284	35%	38	1%
	GIGI	Pengunjung	7,133	2713	3102	5,815	82%	9,365	3,118	2814	5,932	63%	117	-2%
	KLINIK PINERE	Pengunjung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TERPADU	Pengunjung	7,445	3,908	2,619	6,527	88%	-	-	-	-	-	-	-
	EKSEKUTIF	Pengunjung	38,544	3	32,610	32,610	85%	56,647	-	34,056	34,056	60%	1,446	-4%
	OBGYN	Pengunjung	12,048	-	9,083	9,083	75%	21,986	-	10,017	10,017	46%	934	-9%
	ANAK	Pengunjung	22,104	-	16,296	16,296	74%	24,003	-	18,400	18,400	77%	2,104	-11%
	BEDAH	Pengunjung	794	-	723	723	91%	1,343	-	652	652	49%	71	11%
	SPESIALIS LAIN	Pengunjung	1,084	-	1311	1,311	121%	1,550	-	897	897	58%	414	46%
	GIGI	Pengunjung	1,544	3	1,180	1,180	76%	1,079	-	1,281	1,281	119%	101	-8%
	TERPADU EKSEKUTIF (AMARYLIS)	Pengunjung	970	-	4,017	4,017	414%	6,686	-	2,809	2,809	42%	1,208	43%
	TRB	Pengunjung	3,381	-	3,824	3,824	113%	8,472	-	3,468	3,468	41%	356	10%
	Instalasi Gawat Darurat	Pengunjung	19,534	10,415	7,129	17,544	90%	19,335	8,419	7,932	16,351	85%	1,193	7%

Berdasarkan data dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa realisasi kinerja pelayanan Rawat Jalan pada tahun 2024 mencapai 92% dari target yang diharapkan yaitu sebanyak 141.471 pengunjung dari target 154.344 pengunjung. Dimana peningkatan tertinggi pada pengunjung pasien di Klinik Teknologi Reproduksi Berbantu (113%), sedangkan Poliklinik Reguler baru mencapai 94% dari target, Instalasi Gawat Darurat 90% dan Poliklinik Eksekutif sebesar 85%.

Bila realisasi tahun 2024 dibandingkan dengan realisasi tahun 2023, maka peningkatan paling besar adalah di Klinik Reguler sebesar 23%, TRB sebesar 10%, dan Gawat Darurat sebesar 7%. Namun Klinik Eksekutif mengalami penurunan sebesar 4%, walaupun kinerja Klinik Terpadu Eksekutif Amarylis mengalami kenaikan signifikan sebesar 43%.

c) Kinerja Pelayanan Rawat Inap

TABEL 3.4
KINERJA PELAYANAN RAWAT INAP
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TH. 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TH. 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
II	PELAYANAN RAWAT INAP													
	Hari Perawatan (Akomodasi)	Hari Perawatan	73,719	64,127	6,887	71,014	96%	62,934	55,805	8,217	64,022	102%	6,992	11%
	a. Rawat Inap Level I	Hari Perawatan	47,627	41,689	5,668	47,357	99%	42,660	35,006	6,376	41,382	97%	5,975	14%
	b. Rawat Inap Level II	Hari Perawatan	14,234	11,122	768	11,890	84%	10,378	11,212	1,149	12,361	119%	(471)	-4%
	c. Rawat Inap Level III	Hari Perawatan	11,313	10,964	171	11,135	98%	8,860	9,424	397	9,821	111%	1,314	13%
	d. VK (Kamar Bersalin) Level I	Hari Perawatan	545	352	280	632	116%	1,036	163	295	458	44%	174	38%

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa capaian pelayanan Rawat Inap pada tahun 2024 mencapai 90% dari target, yakni sebesar 71.014 dari target 73.719 hari perawatan. Dimana capaian tertinggi ada pada VK (Kamar Bersalin) Level I sebesar 116% dan capaian paling rendah adalah Rawat Inap Level II sebesar 84% dan Level III sebesar 98% dari target tahun 2024. Selain itu, bila capaian Pelayanan Rawat Inap tahun 2024 ini dibandingkan dengan capaian pada tahun lalu mengalami peningkatan sebesar 11% dari 64.022 hari perawatan menjadi 71.014 hari perawatan. Dan VK (Kamar bersalin) level I yang mengalami peningkatan terbesar yakni 38% dibanding tahun lalu. Peningkatan capaian layanan rawat inap ini sebagai dampak dari meningkatnya kunjungan rawat jalan pada tahun 2024.

d) Kinerja Pelayanan Penunjang

TABEL 3.5
KINERJA PELAYANAN PENUNJANG
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TAHUN 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TAHUN 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	CAPAIAN KINERJA		BPJS	NON BPJS	Σ	CAPAIAN KINERJA		
	a. Layanan Laboratorium	Paket Pemeriksaan	278,384	188,469	60,172	248,641	89%	265,623	173,649	64,286	237,935	90%	10,706	4%
	b. Layanan Radiologi	Pemeriksaan	21,667	16,922	4,722	21,644	100%	17,564	14,205	4,069	18,274	104%	3,370	18%
	c. Layanan Farmasi	Item R/	1,415,537	931,224	269,320	1,200,544	85%	1,134,441	872,910	336,910	1,209,820	107%	(9,276)	-1%

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa :

a) Layanan Laboratorium

Pada Tahun 2024 Layanan Laboratorium direncanakan sebesar 278.384 paket pemeriksaan dan terealisasi sebesar 248.641 paket pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 89% dari target

tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 4% dari capaian kinerja tahun 2023.

Berdasarkan capaian diatas, maka layanan laboratorium tahun 2024 ini tidak tercapai, disebabkan karena dampak perubahan kebijakan terkait pemeriksaan skrining covid-19 kepada pasien sehingga terjadi penurunan volume pemeriksaan di laboratorium.

Selain itu, dengan adanya kebijakan baru tentang ketentuan pemeriksaan penunjang laboratorium untuk pasien rawat jalan reguler dengan jaminan kesehatan nasional juga berdampak pada pengurangan jumlah pemeriksaan laboratorium untuk pasien BPJS yang menyebabkan menurunnya volume pemeriksaan di laboratorium.

b) Layanan Radiologi

Layanan Radiologi pada Tahun 2024 direncanakan sebesar 21.667 pemeriksaan, dan terealisasi sebesar 21.644 pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 100% dari target tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 18% dari capaian kinerja tahun 2023.

Layanan radiologi di tahun 2024 ini tercapai, dimana hal ini disebabkan adanya pengembangan layanan cathlab sehingga berdampak kepada peningkatan volume pemeriksaan yang cukup signifikan di radiologi.

c) Layanan Farmasi

Pada Tahun 2024 Layanan Farmasi direncanakan sebesar 1.415.537 item R/, dan terealisasi sebesar 1.200.544 item R/, dengan capaian kinerja sebesar 85% dari target tahun 2024. Realisasi ini juga mengalami penurunan sebesar 1% dari capaian kinerja tahun 2023.

Berdasarkan capaian diatas, layanan farmasi di tahun 2024 ini tidak tercapai, hal ini disebabkan adanya perubahan dari sistem persepsan menjadi sistem paket antara lain paket melati, paket cathlab, paket bersalin dll, yang awalnya di entry sebagai volume layanan (item resep) berubah menjadi amprahan unit / instalasi sehingga berpengaruh terhadap penurunan volume layanan resep di farmasi.

e) Kinerja Tindakan Operatif/Non Operatif

TABEL 3.6
KINERJA TINDAKAN OPERATIF/NON OPERATIF
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TH. 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TH. 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
IV	TINDAKAN OPERATIF/NON OPERATIF													
	a. Instalasi Bedah Sentral	Tindakan	10,784	8,454	1,570	10,024	93%	8,386	7,487	1,430	8,917	106%	1,107	12%
	- Tindakan OK		10784	8,454	1,570	10,024	93%	8386	7,487	1,430	8,917	106%	1,107	12%
	b. Instalasi Gawat Darurat	Tindakan	66,114	52,268	16,588	68,856	104%	23,195	37,812	18,099	55,911	241%	12,945	23%
	- Konsultasi		15,108	8,073	5,935	14,008	93%	4,578	6,391	6,266	12,657	276%	1,351	11%
	- Tindakan		43,818	35,608	9,272	44,880	102%	14,542	26,439	10,569	37,008	254%	7,872	21%
	- Pemanfaatan fasilitas		7,188	8,587	1,381	9,968	139%	4,075	4,982	1,264	6,246	153%	3,722	60%
	c. Instalasi Rawat Jalan	Tindakan	183,111	107,522	76,492	184,014	100%	181,900	93,220	72,791	166,011	91%	18,003	11%
	- Konsultasi		109163	67,378	42,804	110,182	101%	102000	52,508	42,395	94,903	93%	15,279	16%
	- Tindakan		73948	40,144	33,688	73,832	100%	79900	40,712	30,396	71,108	89%	2,724	4%
	d. Instalasi Perinatal Terpadu	Tindakan	246,155	229,824	12,025	241,849	98%	160,520	205,709	18,989	224,698	140%	17,151	8%
	- Visite		32,830	28,669	1,877	30,546	93%	23,374	27,029	3,198	30,227	129%	319	1%
	- Konsultasi		1,749				0%	1,896						0%
	- Tindakan		150,551	147,518	7,741	155,259	103%	92,470	127,346	11,318	138,664	150%	16,595	12%
	- Pemakaian alat		61,025	53,637	2,407	56,044	92%	42,780	51,334	4,473	55,807	130%	237	0%
	e. Instalasi Rawat Inap	Tindakan	205,493	211,728	188,421	400,149	195%	139,551	179,265	154,459	333,724	239%	66,425	20%
	- Visite		55,712	48,695	40,591	89,286	160%	41,366	43,160	34,796	77,956	188%	11,330	15%
	- Konsultasi		22,284	60	2	62	0%	3,516	17	1	18	1%	44	244%
	- Tindakan		103,680	127,417	114,732	242,149	234%	76,987	108,858	95,390	204,248	265%	37,901	19%
	- Penggunaan alat		23,817	35,556	33,096	68,652	288%	17,682	27,230	24,272	51,502	291%	17,150	33%
	f. Instalasi Rawat Intensif	Tindakan	99,804	131,219	2,140	133,359	134%	107,541	118,341	4,869	123,210	115%	10,149	8%
	- Visite		7,680	10,950	175	11,125	145%	5,553	9,811	307	10,118	182%	1,007	10%
	- Konsultasi		1,352	2,137	53	2,190	162%	1,644	1,295	108	1,403	85%	787	56%
	- Tindakan Perawatan		90,772	118,132	1,912	120,044	132%	100,344	107,235	4,454	111,689	111%	8,355	7%
	g. Instalasi Rehabilitasi Medik	Tindakan	48,703	42,595	7,172	49,767	102%	31,515	33,699	7,003	40,702	129%	9,065	22%
	- Registrasi	Pengunjung	32,798	30,225	2,978	33,203	101%	17,559	24,232	3,100	27,332	156%	5,871	21%

Tingkat capaian Layanan Operatif Instalasi Bedah Sentral pada tahun 2024 ini terealisasi sebesar 93% (10.024 tindakan dari target 10.784 tindakan), dan meningkat 12% dari capaian tahun lalu. Untuk Layanan Non Operatif bila dibandingkan dengan target tahun 2024, peningkatan capaian paling tinggi ada Instalasi Rawat Inap sebesar

195% dan Instalasi Intensif sebesar 134%. Sedangkan bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2023, terjadi peningkatan yang signifikan sebesar 23% untuk tindakan Non Operatif di Instalasi Gawat Darurat, 22% pada Instalasi Rehabilitasi Medik dan 20% pada Instalasi Rawat Inap.

4. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Kualitas Tahun 2023 dengan Standar Nasional.

Indikator kinerja kualitas yang digunakan sebagai standar nasional adalah menggunakan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. PMK tersebut digunakan sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan.

SPM merupakan panduan dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Berdasarkan PMK tersebut, terdapat terdapat 21 jenis pelayanan yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit. Hasil konsultasi dengan Bagian Perencanaan dan Informasi Ditjen Pelayanan Kesehatan, Subdit Mutu dan Akreditasi serta Subdit Pelayanan Medik dan Keperawatan Kementerian Kesehatan diperoleh informasi bahwa belum ada PMK yang terbaru dan disarankan tetap menggunakan jenis pelayanan yang mengacu pada PMK tersebut namun pernyataan indikator dapat direvisi disesuaikan dengan kondisi terkini dan standar dapat dipertajam.

TABEL 3.7
PERBANDINGAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	Tercapai
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	100%	Tercapai
3	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat (<i>Emergency Response Time I</i>)	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	3,87 menit	3,71 menit	Tercapai
4	Waktu tanggap operasi cito (<i>Emergency Respons Time II</i>)	≤ 120 menit	45,6 menit	39,5 menit	Tercapai
5	Kematian pasien di IGD	2,5‰	1,71 ‰	1,31 ‰	Tercapai
6	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 30 menit	49 menit	53,21 menit	Tidak Tercapai
7	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	Tercapai
8	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rawat Jalan	100%	100%	100%	Tercapai
9	Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri	≤ 5%	0,43%	0,14%	Tercapai
10	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	Tercapai
11	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rawat Inap	100%	100%	100%	Tercapai
12	Kepatuhan waktu visit dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP)	≥ 80%	93,11%	96,98%	Tercapai
13	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	Tercapai
14	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 2,5%	1,44%	2,46%	Tercapai
15	<i>Post Operative Death Rate</i>	≤ 2%	0,0015%	0,009%	Tercapai
16	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	28,7 jam	26 jam	Tercapai
17	Angka Pembatalan Operasi	≤ 2%	0,07%	0,039%	Tercapai
18	Kejadian kematian di meja operasi (<i>Death On Table</i>)	≤ 1%	0%	0%	Tercapai
19	Tidak adanya kejadian operasi salah orang/salah tindakan/salah sisi	100%	100%	100%	Tercapai
20	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	Tercapai
21	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6%	0%	0%	Tercapai
22	Kemampuan menangani BBSLR < 1500 gr	≥ 80%	93%	89%	Tercapai
23	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	≤ 1%	0%	0%	Tercapai
24	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	Tercapai
25	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena eklampsi dan pre eklampsi	≤ 30%	0%	0%	Tercapai

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
26	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	1%	0%	Tercapai
27	Waktu tunggu pelayanan radiologi	≤ 90 menit	44,8 menit	21,2 menit	Tercapai
28	Prosentase keberhasilan radiografi yang dihasilkan sesuai standar	≥ 98%	99,6%	99,9%	Tercapai
29	Waktu tunggu hasil radiologi konvensional	≤ 3jam	97,9 menit	51,9 menit	Tercapai
30	Waktu tunggu pelayanan Laboratorium	≤20 menit	16.21 menit	7,93 menit	Tercapai
31	Turn Around Time (TAT) pemeriksaan Hematologi rutin dan CRP	≤100 menit	50,80 menit	42,34 menit	Tercapai
32	Prosentase keberhasilan pemeriksaan Laboratorium	≥ 99%	100%	100%	Tercapai
33	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	Tercapai
34	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0,001%	0,004%	Tercapai
35	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	4%	4%	Tercapai
36	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	Tercapai
37	Waktu Tunggu pelayanan obat jadi	≤ 15 menit	10 menit	14 menit 18 detik	Tercapai
38	Waktu Tunggu pelayanan obat racikan	≤ 45 menit	30 menit	45 menit 53 detik	Tidak Tercapai
39	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99.80%	99.88%	Tidak Tercapai
40	Kepatuhan penggunaan formularium nasional (Fornas)	≥80%	95.08%	98.38%	Tercapai
41	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	99.94%	Tidak Tercapai
42	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	5,1%	2,6%	Tercapai
43	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet pasien rawat inap	100%	100%	100%	Tercapai
44	Pelayanan terhadap pasien JKN-PBI yang datang ke RS sesuai standar pelayanan rumah sakit	100%	100%	100%	Tercapai
45	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	11 menit	10 menit	Tercapai
46	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap	≤ 15 menit	14 menit	14 menit	Tercapai
47	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	62%	57%	Tidak Tercapai
48	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	29%	55%	Tidak Tercapai
49	Baku Mutu Limbah Cair : BOD	BOD < 30 mg/L	BOD 2,16 mg/L	BOD 12 mg/L	Tercapai
50	Baku Mutu Limbah Cair : COD	COD < 80 mg/L	COD 14 mg/L	COD 57 mg/L	Tercapai

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
51	Baku Mutu Limbah Cair : TSS	TSS < 30mg/L	TSS 12 mg/L	TSS 12 mg/L	Tercapai
52	Baku Mutu Limbah Cair : PH	PH 6-9	PH 7,9	PH 7	Tercapai
53	Pengelolaan limbah B3 medis sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	Tercapai
54	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	Tercapai
55	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	Tercapai
56	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	Tercapai
57	Rata2 jam pelatihan karyawan 20 jam pertahun	≥80%	132%	100%	Tercapai
58	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	Tercapai
59	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	77%	103,07%	107,82%	Tercapai
60	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 jam 53 menit	81 menit	Tercapai
61	Kepuasan Pasien Pelanggan	≥80%	91.94%	85.18	Tercapai
62	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) memberikan pelayanan ambulans di rumah sakit	≤ 30 menit	15,6 menit	14,3 menit	Tercapai
63	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	60 menit	37 menit	Tercapai
64	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) mengidentifikasi keluhan fungsi alat	≥ 80%	100%	100%	Tercapai
65	Kepatuhan terhadap jadwal pemantauan dan pemeliharaan alat	100%	99%	100%	Tercapai
66	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap ≤ 4 jam	100%	100%	100%	Tercapai
67	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	≥ 90%	93%	100%	Tercapai
68	Ketersediaan APD di unit kerja	≥ 90%	100%	100%	Tercapai
69	Angka <i>Ventilator-associated pneumonia (VAP)</i>	≤ 5,8 ‰	0 ‰	0 ‰	Tercapai
70	Angka <i>Infeksi Saluran Kemih (ISK)</i>	≤ 4,7 ‰	0 ‰	0 ‰	Tercapai
71	Angka <i>Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP)</i>	≤ 5 ‰	0,21 ‰	0,98 ‰	Tercapai
72	Angka <i>Phlebitis</i>	≤ 1 ‰	0,32 ‰	0,87 ‰	Tercapai
73	Angka <i>Infeksi Daerah Operasi (IDO)</i>	≤ 2%	0,34 %	0,34%	Tercapai

Pada tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar capaian Standar Pelayanan Minimal tahun 2024 sudah mencapai target, dimana sebanyak 67 indikator SPM mencapai target (92%), dan 6 indikator tidak mencapai target (8%).

5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian kinerja tahun 2024

Dalam pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) tahun 2023 dilakukan analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian Kinerja Tahun 2024, sebagai berikut :

1) Sasaran Strategis : Terpenuhinya SDM yang kompeten

IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan

Tabel 3.8.1
Capaian IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100%	98%	98%	100%	99,62%	99,62%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis sesuai kebutuhan pelayanan yang dinilai melalui pelaksanaan kredensial dan rekredensial.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis}}{\text{Jumlah seluruh SDM Kesehatan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Rekonsiliasi rutin dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain agar tidak ada data yang berbeda



Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Membuat laporan monitoring SK penugasan klinis tenaga kesehatan per bulan dan mengirimkan ke Komite terkait.

Pencapaian Kinerja

Uraian	Tahun 2024	
	Jumlah	%
Jumlah SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis	796	99,62%
Jumlah seluruh SDM Kesehatan	799	

Realisasi IKU-1 pada tahun 2024 adalah sebesar 99,62%, dimana dari 799 orang jumlah SDM Kesehatan, 796 telah memiliki kewenangan klinis.

Analisa Capaian

IKU-1 ini pada tahun 2024 belum mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 99,62%. Kegagalan ini dikarenakan kurangnya perilaku kolaboratif dan akuntabel dari setiap unit kerja, walaupun sudah ada rencana pengembangan unit berdasarkan kebutuhan dan tusi pegawai, namun hal ini belum dapat meningkatkan capaian menjadi 100%.

Permasalahan

Untuk tenaga kesehatan standar kompetensi sudah sesuai dengan fungsional, namun tenaga non kesehatan masih belum memiliki standar kompetensi.

Rencana Tindak Lanjut

Kolaborasi dengan kepala satuan kerja untuk menyusun kompetensi untuk tenaga non kesehatan.

2) Sasaran Strategis : Terpenuhinya SIMRS terintegrasi

IKU-2 : Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi

Tabel 3.8.2
Capaian IKU-2 : Jumlah Modul SIMRS yang Terintegrasi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
2	Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi	3	8	267%	3	11	367%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

SIMRS yang terintegrasi adalah sistem yang mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendukung kinerja dan memperoleh informasi secara cepat, tepat dan akurat.

Cara Perhitungan

Total modul yang direncanakan terintegrasi dikurangi jumlah modul terintegrasi yang sudah selesai dikerjakan.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melakukan koordinasi dengan *user* terkait kebutuhan sistem informasi dan data
- 2) Memetakan alur proses bisnis dengan kebutuhan *user*
- 3) Membuat alur data dan perencanaan model tampilan sistem informasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi modul

- 5) Melakukan instalasi perangkat pendukung dan jaringan internet
- 6) Melakukan koordinasi dan implementasi

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Modul	Penjelasan
2024	11 Modul	<p>Jumlah modul yang terealisasi pada tahun 2024 sebanyak 11 modul yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modul Pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> – Modul Order Bedah – Modul Antrian Pasien Rawat Jalan Eksekutif – Modul Pemakaian Ventilator 2. Modul Penunjang Laboratorium <ul style="list-style-type: none"> – Form order elektronik dan EWS – List order laboratorium elektronik – Terima dan Kirim Sample Order Elektronik Laboratorium 3. Modul Penunjang Farmasi : Modul integrasi dengan <i>robot dispensing</i> Farmasi 4. Modul Bed Manajemen 5. Modul Administrasi Pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> – Modul Fitur Diskon Jasa Medis Dapat Diatur dari 0%- 100% – Modul Upload Berkas Pasien – Modul Interpretasi tindakan medis (EMR) – Modul Diskon Karyawan 6. Modul Kepegawaian: <ul style="list-style-type: none"> – Modul Absensi Dokter Pada Pelayanan – Modul Perhitungan Kualitas Remunerasi Medis – Modul Remunerasi (penyesuaian aturan remun terbaru) – Modul Data Karyawan dan Anggota Keluarga 7. Modul Keuangan: <ul style="list-style-type: none"> – MKKO Versi Lama dan Versi SAK – Kasir pembayaran deposit 8. Modul Non Medis: <ul style="list-style-type: none"> – Modul Menu Input Tarif dan Ruangan – Modul Laporan Klinik Utama Bintaro – Modul Survei Budaya Keselamatan Pasien 9. Modul Inventori : Aplikasi inventori perangkat IT 10. Modul berbasis Aplikasi <i>Mobile Android</i>: Modul Pendaftaran Online 11. Modul bridging: Modul ICare (<i>bridging</i> JKN BPJS)

Modul yang terealisasi pada tahun 2024 sebanyak 11 modul yang terlampir pada tabel diatas.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target dengan capaian sebesar 367%, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah banyaknya target modul yang harus diselesaikan oleh SIMRS dan juga adanya koordinasi yang baik antara tim IT dan *user*, sehingga modul dapat diselesaikan dengan baik.

Permasalahan

1. Tidak ada SOP terbaru
2. Tidak ada *blueprint* alur bisnis proses
3. Birokrasi berjenjang dan tidak adanya tindak lanjut

Rencana Tindak Lanjut

1. Setiap pembuatan aplikasi dilakukan assemen dan kebutuhan data yang diperlukan
2. Melakukan *follow up* dan nota dinas

Sasaran Strategis : Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan

IKU-3 : Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan

Tabel 3.8.3
Capaian IKU-3 : Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Ketersediaan alat medik baru sesuai kebutuhan pelayanan di tahun berjalan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah realisasi pengadaan alat medik di tahun berjalan}}{\text{Jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Berkoordinasi secara intensif dengan user untuk menentukan spesifikasi alat medik yang dibutuhkan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya dan tidak *indent*
- 3) Berkoordinasi dengan ULP untuk realisasi pengadaannya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Berkoordinasi secara intensif dengan *user* untuk menentukan spesifikasi alat medik yang dibutuhkan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya dan tidak *indent*
- 3) Berkoordinasi dengan ULP untuk realisasi pengadaannya

Pencapaian Kinerja

Uraian	Tahun 2024	
	Jumlah	%
Jumlah Realisasi pengadaan alat medik di tahun berjalan	184	100%
Jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan	184	

Pada tahun 2024 ini IKU-3 ini sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan sebesar 184 item, dan secara keseluruhan telah terealisasi sebesar 184 item.

Analisa Capaian

IKU ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya koordinasi intensif dengan *user* terkait spesifikasi barang yang

diusulkan serta koordinasi secara intensif dengan ULP untuk segera merealisasikan usulan perencanaan alat-alat medik yang masih berproses. Selain itu pengajuan usulan perencanaan alat medik hampir seluruhnya menggunakan produk e-katalog sehingga lebih memudahkan dalam proses pengadaannya.

Permasalahan

- 1) Spesifikasi yang kurang jelas dari *user*
- 2) Barang ekatalog turun tayang / di *freeze*
- 3) Barang indent / kosong
- 4) Barang diskontinu
- 5) Adanya perubahan prioritas barang yang dibutuhkan oleh *user*

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Berkoordinasi dengan *user* untuk memberikan spesifikasi yang jelas pada saat mengajukan usulan perencanaan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya
- 3) Berkoordinasi dengan ULP apabila ada barang yang turun tayang

3) Sasaran Strategis : Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan

IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi

Tabel 3.8.4
Capaian IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	75%	91%	121%	≥ 75%	98%	131%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		



Definisi Operasional

Tingkat keselarasan antara nilai/perilaku yang dimiliki individu terhadap nilai/perilaku kerja organisasi saat ini.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah responden yang memiliki / memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita}}{\text{Jumlah seluruh responden}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meskipun tingkat kesehatan tercapai, implementasi nilai BerAKHLAK harus dimonev secara reguler dan program penghargaan tetap dioptimalkan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Mengidentifikasi dan mendorong pegawai yang memiliki potensi untuk mewujudkan program inovasi di unit kerjanya.

Pencapaian Kinerja

Uraian	TAHUN 2024	
	Jumlah	%
Jumlah responden yang memiliki/memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita	1,308	98%
Jumlah seluruh responden	1,336	

Pada tahun 2024 ini IKU-4 ini sudah terealisasi sebesar 98%. Dimana Jumlah responden yang memiliki/memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita sebesar 1.308 responden, dari 1.336 jumlah seluruh responden yang di ukur.

Analisa Capaian

IKU ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 131%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya program-program *reward* yang dilaksanakan pihak eksternal yang memacu internal RSAB Harapan Kita untuk konsisten membuat

award-award sebagai upaya pengiriman delegasi RSAB Harapan Kita mengikuti *award* tersebut.

Permasalahan

Berdasarkan hasil survey implementasi nilai BerAKHLAK dan *engagement* yang dilakukan pada triwulan IV tingkat kesehatan budaya organisasi RSAB Harapan Kita cukup sehat dengan nilai 68,9%, namun memiliki beberapa isu yang perlu di perbaiki. Untuk mengetahui isu apa yang akan diperbaiki perlu dilakukan FGD dengan para Pimpinan unit dan staf perwakilan dari Fungsional Medik, Perawat, Tenaga Kesehatan Lain dan Non Medik.

Rencana Tindak Lanjut

Indikator kinerja yang berkaitan dengan nilai BerAKHLAK dijadikan sebagai dasar untuk mengimplementasikan nilai-nilai BerAKHLAK.

4) Sasaran Strategis : Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak

a) IKU-5: Persentase keberhasilan penanganan kasus *severity level 3*

Tabel 3.8.5
Capaian IKU-5 : Persentase keberhasilan
penanganan kasus *severity level 3*

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
5	Persentase keberhasilan penanganan kasus <i>severity level 3</i>	83%	94.28%	114%	85%	93.57%	110%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan pengobatan dalam menangani pasien *severity level 3* ke atas yang dirawat di ruang rawat *intensive* (NICU, PICU, dan MICU). Adapun eksklusi dalam indikator ini adalah:



- Kasus dengan *multiple congenital anomaly*
- Meninggal dalam waktu < 24 jam perawatan
- Mati Batang Otak

Cara Perhitungan

$$\frac{\sum \text{kasus NICU, PICU dan MICU yang keluar hidup}}{\sum \text{kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- Mempersiapkan SDM yang kompeten (mengikuti pelatihan baik di dalam negeri maupun di luar negeri)
- Sarana prasarana yang memadai
- Membangun kerjasama tim

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Membuat alur dan SOP-AP pelayanan sehingga dapat menunjang rencana aksi tersebut
- Melakukan monitoring layanan
- Mengadakan diskusi kasus sulit

Pencapaian Kinerja

Periode	Σ Kasus NICU, PICU dan MICU yang keluar hidup	Σ Kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3
Januari	158	172	92%
Februari	144	153	94%
Maret	126	135	93%
April	132	141	94%
Mei	136	150	91%
Juni	130	135	96%
Juli	152	166	92%
Agustus	146	159	92%
September	156	165	95%
Oktober	180	188	96%
November	134	141	95%
Desember	66	69	96%
TAHUN 2024	1.660	1.774	93.57%

Pada tahun 2024 ini IKU-5 ini sudah terealisasi sebesar 93.57%. Dimana dari 1.774 kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat di RSAB Harapan Kita, terdapat 1.660 kasus yang berhasil keluar hidup.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 110%, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan faktor SDM yang kompeten, kerja sama tim yang solid serta sarana dan prasarana yang memadai.

Permasalahan

- Sesuai dengan level rumah sakit, RSAB Harapan Kita banyak menerima kasus kompleks dengan kondisi berat, sehingga mempengaruhi Tingkat keberhasilan penanganan di level 3.
- Kebutuhan Obat/ BMHP/ Alkes/ pemeriksaan penunjang/ tindakan yang berbiaya tinggi yang tidak dicover oleh BPJS, sehingga berpengaruh kepada pelayanan pasien level 3.

Rencana Tindak Lanjut

- Mengadakan diskusi kasus sulit untuk kolaborasi multi disiplin
- Mengajukan obat/BMHP/Alkes/ pemeriksaan penunjang/ tindakan melalui formulir, sehingga mempermudah alur pelayanan pasien level 3.

2) IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal

Tabel 3.8.6
Capaian IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	81%	90.25%	111%	82%	88.80%	108%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan layanan intervensi fetal dengan dasar perhitungan pada kasus yang sama untuk kegiatan *Amnioinfusion*, *Amnioreduction*, *Amniosintesis*, *Cordosintesis*, *Fetoskopi* dan *Transfusi Intra Uterine*, *Fetal shunting*, pada periode yang sama sampai pasien diperbolehkan pulang (keluar rumah sakit).

Eksklusi :

- 1) Kasus yang meninggal di luar periode intervensi fetal.
- 2) Kasus yang meninggal bukan akibat intervensi fetal

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal yang hidup dan tidak mengalami komplikasi dalam periode yang sama}}{\text{Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- Mempersiapkan SDM yang kompeten
- Menyediakan sarana prasarana yang lengkap
- Meningkatkan kerja sama tim.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Membuat alur dan SOP-AP layanan
- Melakukan monitoring dan evaluasi layanan.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal yang hidup dan tidak mengalami komplikasi dalam periode yang sama	Jumlah bayi dengan intervensi fetal dalam periode yang sama	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal
Januari	15	17	88%
Februari	12	12	100%
Maret	13	15	87%
April	20	21	95%



Mei	25	27	93%
Juni	24	31	77%
Juli	33	38	87%
Agustus	17	21	81%
September	19	19	100%
Oktober	20	23	87%
November	22	25	88%
Desember	10	10	100%
TAHUN 2024	230	259	88.80%

Pada tahun 2024 ini IKU-6 sudah terealisasi sebesar 88,80%. Dimana dari 259 bayi yang dilakukan intervensi fetal di RSAB Harapan Kita, ada sebanyak 230 bayi yang hidup dan tidak mengalami komplikasi setelah dilakukan intervensi fetal.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 108%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini ditunjang dengan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang memadai dan kerja sama tim.

Permasalahan

Peningkatan kompetensi SDM untuk bisa menjaga kompetensi dalam menangani pasien yang dilakukan intervensi fetal.

Rencana Tindak Lanjut

Mempersiapkan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang lengkap serta kerja sama tim.

3) IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi

Tabel 3.8.7
Capaian IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	77%	94%	122%	80%	94.29%	118%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan penanganan intervensi kardiologi adalah pasien yang ditangani mengalami stabilisasi hemodinamik, respiratorik serta tidak mengalami komplikasi yang berkaitan dengan intervensi kardiologi (*complication related intervention*).

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dan bayi yang berhasil stabil paska intervensi kardiologi}}{\text{Jumlah neonatus dan bayi dengan intervensi kardiologi}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan koordinasi dengan RSJPD Harapan Kita untuk melakukan tindakan intervensi kardiologi, dengan menyiapkan SDM, sarana prasarana dan tarif intervensi kardiologi.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan skrining PJB sedini mungkin pada pasien
2. Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi perawatan intervensi kardiologi secara internal dengan Tim RSAB Harapan Kita dan secara eksternal dengan Tim RSJPDHK
3. Meningkatkan kompetensi SDM RSAB Harapan Kita (dokter BTKV, Kardiologi anak, Perinatologi, dan perawat NICU).

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah neonatus dan bayi yang berhasil stabil paska intervensi kardiologi	Jumlah neonatus dan bayi dengan intervensi kardiologi	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi
Januari	5	6	83%
Februari	7	7	100%
Maret	4	4	100%
April	6	6	100%
Mei	6	7	86%
Juni	1	2	50%
Juli	7	7	100%
Agustus	4	4	100%
September	7	7	100%
Oktober	5	5	100%
November	8	9	89%
Desember	6	6	100%
TAHUN 2024	66	70	94.29%

Pada tahun 2024 ini IKU-7 sudah terealisasi sebesar 94.29%. Dimana dari 70 neonatus yang dilakukan intervensi kardiologi di RSAB Harapan Kita, sebanyak 66 neonatus berhasil stabil paska intervensi kardiologi.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 118%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan:

1. Kerja sama tim dengan RSJPD Harapan Kita
2. Tindakan dilakukan oleh Tim RSJPD Harapan Kita dan pasca tindakan dirawat oleh Tim RSAB Harapan Kita yang kompeten. Sehingga bayi pasca tindakan tidak mengalami komplikasi
3. Melakukan konferensi bedah jantung secara rutin

Permasalahan

1. Biaya tindakan bedah jantung yang tinggi

2. Tindakan intervensi bedah jantung belum dapat dilakukan secara mandiri (masih kolaborasi dengan RSJPD Harapan Kita).

Rencana Tindak Lanjut

1. Melakukan konferensi bedah pada pasien yang akan direncanakan bedah jantung.
 2. Melengkapi PPK/PPT untuk perluasan diagnosa.
 3. Mengajukan penambahan diagnosa dengan mengirimkan PPK/PPT.
 4. Melakukan monev Kendali Mutu Kendali Biaya (KMKB) untuk tindakan intervensi kardiologi
 5. mengirimkan perawat untuk pelatihan perfusi.
- 4) IKU-8 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan *kordosentesis* dan *amniosentesis*

Tabel 3.8.8
Capaian IKU-8 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan *kordosentesis* dan *amniosentesis*

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan <i>kordosentesis</i> dan <i>amniosentesis</i>	87%	100%	115%	90%	100%	111%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan deteksi kelainan genetik prenatal pada kehamilan berisiko kelainan kongenital.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan amnion dan cordo yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis}}{\text{Jumlah total pemeriksaan amnion dan cordo}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM melalui pelatihan
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Pencapaian Kinerja

Sampel	Tahun 2024	% keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis
Jumlah sampel prenatal yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis	49	100%
Jumlah sampel yang tidak berhasil dikultur	0	
Total pemeriksaan amnion dan cordo	49	

Pada tahun 2024 ini IKU-8 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana sebanyak 49 jumlah sampel pasien prenatal yang dilakukan pemeriksaan *kordosentesis* dan *amniosentesis* di RSAB Harapan Kita keseluruhan sampel berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis.

Analisa Capaian

IKU Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis dapat tercapai, dengan tingkat capaian 111%, karena dalam proses pelaksanaannya persyaratan pra-analitik diterapkan cukup ketat, seperti persyaratan

aseptik, pengiriman sampel sampai kepada monitoring sampel dalam periode kultur dan *expertise*.

Permasalahan

- 1) Terdapat permasalahan dalam TAT hasil pemeriksaan kromosom, dari TAT 3 minggu menjadi 4-5 minggu. Hal ini dikarenakan keterbatasan SDM dengan ABK yang ada.
- 2) Masih terdapat DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang belum tersosialisasi cara pengambilan, penyimpanan, dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis)

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Sudah mengajukan nota dinas ke Tim Kerja OSDM tentang ABK dan kebutuhan SDM yang diperlukan sehingga TAT pemeriksaan genetik dapat sesuai dengan yang ditargetkan.
 - 2) Sosialisasi persyaratan pengambilan, penyimpanan dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis) kepada DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal
- 5) IKU-9: Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)

Tabel 3.8.9

Capaian IKU-9 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (<i>post-natal</i>)	92%	100%	109%	95%	100%	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan deteksi kelainan genetik pada bayi dan anak dengan kelainan bawaan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan darah bayi dan anak dengan kelainan bawaan yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis}}{\text{Jumlah total pemeriksaan darah bayi dan anak dengan kelainan bawaan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM melalui pelatihan

Pencapaian Kinerja

Sampel	TAHUN 2024	% keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)
Jumlah sampel pasien post natal/ bayi dg kelainan bawaan yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis	227	100%
Jumlah sampel yang tidak berhasil dikultur	0	
Total	227	

Pada tahun 2024 ini IKU-9 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana dari 227 sampel pasien *post natal* bayi dengan kelainan bawaan di RSAB Harapan Kita, keseluruhan sampel berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis.

Analisa Capaian

IKU Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal) dapat tercapai dengan tingkat capaian 105% karena dalam proses pelaksanaannya persyaratan pra-analitik khususnya pada sampel dari ruang intensif (NICU/PICU) diterapkan cukup ketat, seperti persyaratan aseptik, pengiriman sampel sampai kepada tahapan expertise dan kalau perlu diback-up dengan pemeriksaan duplo demi keberhasilan analisis.

Permasalahan

1. Peralatan yang sudah usang
2. Kurangnya pelatihan-pelatihan yang mendukung tenaga SDM yang sesuai dengan perkembangan teknologi
3. Masih terdapat DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang belum tersosialisasi cara pengambilan, penyimpanan, dan pengiriman sampel sitogenetik post-natal (pasien bayi/ anak)

Rencana Tindak Lanjut

1. Sudah mengajukan ke Tim Kerja OSDM tentang ABK dan kebutuhan SDM yang diperlukan sehingga TAT pemeriksaan genetik dapat sesuai dengan yang ditargetkan.
2. Sosialisasi persyaratan pengambilan, penyimpanan dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis) kepada DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang akan mengirimkan sampel pemeriksaan tersebut.

6) IKU-10: Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio

Tabel 3.8.10
Capaian IKU-10 : Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	92%	98%	107%	94%	97.21%	103%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pembelahan sel adalah proses terbelahnya zigot menjadi sel-sel anak pada tahap awal embrio. Zigot dihasilkan dari perkawinan sel telur dan sperma di luar tubuh dengan proses *Intracytoplasmic Sperm Injection*. Keberhasilan adalah apabila sel telur yang terbuahi membelah menjadi embrio.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah zigot yang menjadi embrio}}{\text{Jumlah zigot yang dihasilkan dari pembuahan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menjaga dan melakukan pemantauan terhadap kualitas suhu, tekanan udara, dan partikel di Lab Embriologi
2. Memastikan perawatan berkala terhadap alat-alat di lab embriologi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Pemantauan suhu, tekanan udara, dan partikel secara terjadwal
2. Kalibrasi terjadwal



Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah zigot yang menjadi embrio	Jumlah zigot yang dihasilkan dari pembuahan	% Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio
Januari	168	172	97.7%
Februari	86	87	98.9%
Maret	79	83	95.2%
April	52	53	98.1%
Mei	69	74	93.2%
Juni	97	97	100.0%
Juli	84	85	98.8%
Agustus	106	109	97.2%
September	115	118	97.5%
Oktober	55	56	98.2%
November	81	84	96.4%
Desember	90	95	94.7%
TAHUN 2024	1.082	1.113	97.21%

Pada tahun 2024 ini IKU-10 sudah terealisasi sebesar 97.21%. Dimana dari 1.113 zigot yang dihasilkan dari pembuahan, terdapat 1.082 jumlah zigot yang menjadi embrio.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 103%. Keberhasilan pencapaian IKU ini adalah pelaksanaan monev yang dilakukan secara berkala untuk mempertahankan kualitas dalam keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio, mulai dari proses pembuahan, zigot yang terbentuk dan embrio yang dihasilkan.

Permasalahan

Adanya bentuk instalasi filtrasi HEPA yang tidak sesuai dengan standar

Rencana Tindak Lanjut

Koordinasi dengan IPSRS untuk adanya rekonstruksi Instalasi HEPA Filter

- 7) IKU-11: Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung

Tabel 3.8.11
Capaian IKU-11 : Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
11	Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	94%	100%	106%	95%	94.28%	99%
	Capaian	Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Treatment cycle adalah tindakan stimulasi ovarium agar menghasilkan banyak folikel matang dan yang bermutu baik. Keberhasilan adalah apabila *treatment cycle* yang dilakukan dapat berjalan sesuai program dan tidak terjadi *cancelled*.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang berhasil dilakukan treatment cycle}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan treatment cycle}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Perlu adanya diversifikasi komponen obat dalam paket yang lebih fleksibel terhadap kebutuhan terapi pasien
2. Perlu adanya standar protokol IVF yang disusun oleh KSM obsgyn

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Koordinasi dengan pemasaran, keuangan, dan farmasi untuk pembaharuan paket
2. Koordinasi dengan KSM dan DMK untuk dibuat adanya protokol IVF

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah pasien yang berhasil dilakukan <i>treatment cycle</i>	Jumlah pasien yang dilakukan <i>treatment cycle</i>	% Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung
Januari	45	45	100%
Februari	36	39	92%
Maret	24	26	92%
April	15	16	94%
Mei	28	29	97%
Juni	31	34	91%
Juli	28	30	93%
Agustus	30	31	97%
September	20	20	100%
Oktober	31	33	94%
November	31	34	91%
Desember	27	30	90%
TAHUN 2024	346	367	94.28%

Pada tahun 2024 ini IKU-11 sudah terealisasi sebesar 94.28%. Dimana dari 367 jumlah pasien yang dilakukan *treatment cycle*, sebanyak 346 sampel telah berhasil dilakukan *treatment cycle*.

Analisa Capaian

IKU ini belum mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 99%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan diversifikasi komponen obat stimulasi dalam paket belum bisa mengakomodir kebutuhan terapi pasien, sehingga pilihan terapi oleh dokter jadi terbatas.

Permasalahan

Komponen obat dalam paket tidak fleksibel jika dibutuhkan jenis terapi yang berbeda.

Rencana Tindak Lanjut

Pembuatan paket baru, koordinasi dengan Keuangan, Farmasi, dan Pemasaran.

5) Sasaran Strategis : Terselenggaranya layanan PINERE

IKU-12: Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi

Tabel 3.8.12
Capaian IKU-12 : Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana pandemi penyakit infeksi *Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) melalui pengorganisasian dan langkah-langkah yang tepat guna dan berdaya guna, meliputi :

- 1) Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE)
- 2) Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS
- 3) Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS.

Inklusi: Pandemi penyakit infeksi, termasuk pandemi Covid-19, SARS, MERS COV, dll yang dikategorikan sebagai pandemi infeksi oleh pemerintah

Eksklusi: Penyakit infeksi lain yang bukan kategori Pandemi

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$$

No.	Variabel Keberhasilan	Bobot
1	Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di internal RS	25
2	Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	50
3	Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	25

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Mempersiapkan sarana prasarana yang memadai (ruang perawatan isolasi khusus)
- 2) Melakukan penyesuaian kebijakan sesuai dengan kondisi saat ini dan menyelenggarakan *safety hospital* dengan layanan terintegrasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan monitoring dan evaluasi layanan
- 2) Revisi regulasi disesuaikan dengan kondisi saat ini
- 3) Melakukan koordinasi terintegrasi antara manajemen dan medis terhadap evaluasi layanan pasien

Pencapaian Kinerja

No.	Variabel Keberhasilan	Bobot	2024	
			Jumlah	%
1	Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di internal RS	25	100%	100%
2	Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	50	100%	
3	Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	25	100%	

Pada tahun 2024 ini IKU-12 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana semua variabel keberhasilan yang dinilai yakni adanya kebijakan pelayanan penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di internal RS, tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait



penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS dan tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS, keseluruhan berhasil terpenuhi 100%.

Analisa Capaian

IKU-12 ini berhasil mencapai 100% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah karena adanya monitoring dan evaluasi layanan (baik dari manajemen maupun medis), serta saat ini pandemi sudah dapat teratasi.

Permasalahan

Dengan kondisi saat ini tidak ada pandemi, sehingga tidak ada permasalahan dalam penanggulangan pandemi PINERE.

Rencana Tindak Lanjut

Untuk persiapan selanjutnya terkait penanggulangan pandemi, peningkatan koordinasi dengan tim terkait yaitu manajemen dan medis sesuai dengan kondisi pandemi yang dihadapi.

6) Sasaran Strategis : Terwujudnya tata kelola klinis sesuai *best practice*

IKU-13: Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Tabel 3.8.13
Capaian IKU-13 : Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
13	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	85%	100%	118%	85%	99.42%	117%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

- 1) *Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/ terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada

pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

- 2) Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Pelayanan oleh PPA yg sesuai dengan Clinical Pathway}}{\text{Jumlah seluruh Pelayanan oleh PPA pada Clinical Pathway yang diobservasi}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan observasi penerapan *clinical pathway* yang telah ditetapkan untuk dievaluasi, yaitu (Diare Akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR).

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan observasi penerapan *clinical pathway* yang telah ditetapkan untuk dievaluasi, yaitu (Diare Akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR).

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan Clinical Pathway	Jumlah seluruh Pelayanan oleh PPA pada Clinical Pathway yang diobservasi	% Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)
Januari	74	74	100%
Februari	78	78	100%
Maret	61	61	100%
April	73	73	100%
Mei	100	105	95%
Juni	62	62	100%



Juli	87	87	100%
Agustus	95	95	100%
September	130	130	100%
Oktober	90	90	100%
November	89	89	100%
Desember	89	90	99%
TAHUN 2024	1.028	1.034	99.42%

Pada Tahun 2024 ini IKU-13 sudah terealisasi sebesar 99,42%. Dimana dari 1.034 pelayanan oleh PPA pada *Clinical Pathway* yang diobservasi, sebanyak 1.028 jumlah pelayanan sudah sesuai dengan *Clinical Pathway*.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 117%. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan 4 kasus telah berhasil dilakukan observasi dan evaluasi, yaitu diare akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Ginekologi, tetapi tidak ditemukan kasus Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR. Mempertimbangkan tidak ditemukannya kasus hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR dalam periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2024, maka *clinical pathway* hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR tidak akan dipergunakan kembali.

Permasalahan

Jumlah kasus Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR null (tidak ada), sehingga perlu dilakukan legalisasi *clinical pathway* yang akan diterapkan untuk tahun 2025 untuk *Clinical pathway* dengan kriteria kasus *high cost, high volume, high risk* dan atau *high tech* yang memerlukan evaluasi.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Pendataan jumlah kasus terbanyak
- 2) Pendataan jumlah kasus biaya tinggi
- 3) Pendataan jumlah kasus risiko tinggi

- 4) Pendataan jumlah kasus menggunakan alat canggih atau metode terbaru dalam penanganan pasien

7) Sasaran Strategis : Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional

IKU-14: Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Tabel 3.8.14
Capaian IKU-14 : Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	85%	78.30%	92%	100%	90.65%	91%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah 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. Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon kurang dari 1 jam.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam}}{\text{jumlah total kasus yang ditindak lanjut}} \times 100\%$$



Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mengoptimalkan penggunaan mobile SISRUTE pada gawai pribadi petugas
2. Resosialisasi untuk *refresh* aplikasi berkala setiap 30-60 menit,
3. Monitoring berkala aktivitas SISRUTE di *working hour*.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Penambahan akun untuk mobile SISRUTE
2. Pemberian *timer* untuk *refresh* berkala bagi petugas
3. Pencatatan dan pelaporan kinerja petugas SISRUTE sebagai bahan evaluasi.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam	jumlah total kasus yang ditindaklanjuti	% Terlaksananya Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE)
Januari	109	144	75.69%
Februari	102	154	66.23%
Maret	152	174	87.36%
April	149	159	93.71%
Mei	196	203	96.55%
Juni	196	205	95.61%
Juli	175	176	99.43%
Agustus	233	244	95.49%
September	307	329	93.31%
Oktober	245	265	92%
November	225	245	91.84%
Desember	171	195	87.69%
TAHUN 2024	2.260	2.493	90.65%

Pada tahun 2024 IKU-14 sudah terealisasi sebesar 90.65%, dimana dari 2.493 total kasus yang ditindaklanjuti, terdapat sebanyak 2.260 kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam.

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 91%. Kegagalan pencapaian IKU ini disebabkan karena

beberapa rujukan yang direspon lebih dari 60 menit terjadi saat *shift* malam. Hal ini dikarenakan tidak dilakukan *refresh* pada sistem sehingga akun ter *logout* otomatis dan rujukan masuk tidak terdeteksi.

Permasalahan

Auto log out sistem jika tidak dilakukan *refresh* berkala.

Rencana Tindaklanjut

Timer untuk *refresh* per 60 menit di malam hari dan upaya mendaftarkan lebih banyak akun mobile SISRUTE.

8) Sasaran Strategis : Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak

a) IKU-15: Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama

Tabel 3.8.15
Capaian IKU-15 : Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	20 institusi pendidikan	21 institusi pendidikan	105%	23 institusi pendidikan	25 institusi pendidikan	109%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah Institusi Pendidikan yang bekerja sama untuk meningkatkan mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian terutama di dalam bidang pelayanan kesehatan Ibu dan Anak.

Cara Perhitungan

Jumlah MoU pendidikan dengan RSAB Harapan Kita yang masih berlaku, yang terdiri dari Institusi Pendidikan Kedokteran, Keperawatan, Kebidanan dan Profesi Kesehatan lainnya.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Mengoptimalkan peranan Komkordik untuk meningkatkan jumlah Peserta Didik melalui kerja sama dengan Institusi Pendidikan Kesehatan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan kerja sama dengan institusi pendidikan kesehatan.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah MoU pendidikan dengan RSAB Harapan Kita yang masih berlaku	Nama Institusi Pendidikan
Januari	4	Universitas Yatsi Madani, Hospital Based RS Nunukan, Hospital Based RS J. Leimena, FKG UI
Februari	0	-
Maret	1	Hospital Based FKUI
April	1	Poltekkes Kemenkes Sorong
Mei	2	Poltekkes Kemenkes Surakarta, Akademi Terapi Wicara Yayasan Bina Wicara
Juni	4	ATRO Nusantara, Universitas Bina Gorontalo, UPI YAI, Poltekkes Kemenkes Jakarta II
Juli	1	Fakultas Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia Manado
Agustus	3	Fellowship Direktorat Mutu Kementerian Kesehatan, Fakultas Ilmu Keperawatan UI, Institut Sains Teknologi Nasional (ISTN)
September	2	FKM Undip, Kolegium Anak (neonatologi)
Oktober	4	Kolegium Obgin, PKS karabuk Turki, PKS Muhammadiyah Gombong, PKS Kolegium Anak (Kardio)
November	1	FKKMK UGM
Desember	2	FKG Unpad, Poltekkes Makassar
TAHUN 2024	25	

Pada tahun 2024 Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama terealisasi sebanyak 25 institusi pendidikan, sebagaimana terlampir pada tabel di atas.

Analisa Capaian

IKU-15 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 109%. Keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan ada 6 MoU pendidikan yang masih berlaku di tahun 2024 ini, selain itu RSAB Harapan Kita sebagai RS Pendidikan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang terkemuka menyebabkan banyak institusi Pendidikan yang tertarik untuk mengirimkan peserta didiknya untuk belajar ke RSAB Harapan Kita.

Permasalahan

Walaupun tercapai untuk jumlah MoU, namun masih terdapat permasalahan, yaitu proses pembuatannya yang memakan waktu cukup lama karena perlu melalui beberapa Unit Kerja (Diklat, Hukor, TU, Direksi, Ke Institusi Lain di luar RSAB Harapan Kita) sehingga proses untuk menjadikan 1 MoU membutuhkan waktu yang cukup lama. Kemudian Institusi yang sudah habis masa berlakunya belum tentu melanjutkan lagi kerjasamanya.

Rencana Tindaklanjut

1. Melakukan pengawalan dan pemantauan terhadap MoU yang sedang berproses agar sesuai jadwal.
2. Menghubungi kembali institusi yang sudah habis masa berlakunya apakah akan melakukan kerja sama kembali dengan RSAB Harapan Kita.

b) IKU-16: Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

Tabel 3.8.16
Capaian IKU-16 : Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	95%	250%	263%	100%	256%	256%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pelatihan yang dilaksanakan selama di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pelatihan yang dilaksanakan di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah pelatihan direncanakan pada tahun berjalan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan pelatihan sesuai *Training Need Analysis* dari masing masing unit kerja

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Pelatihan dilakukan sesuai dengan yang direncanakan oleh masing-masing unit kerja.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah pelatihan yang dilaksanakan di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan	Jumlah pelatihan direncanakan pada tahun berjalan	% IKU
Januari	5	3	167%
Februari	7	3	233%
Maret	7	3	233%
April	4	3	133%
Mei	10	3	333%



Juni	11	3	367%
Juli	6	3	200%
Agustus	10	3	333%
September	4	3	133%
Oktober	10	3	333%
November	10	3	333%
Desember	8	3	267%
TAHUN 2024	92	36	256%

Pada tahun 2024 IKU-16 ini jumlah pelatihan yang dilaksanakan sesuai standar kurikulum ada sebesar 92 pelatihan, dan jumlah pelatihan yang direncanakan sebesar 36 pelatihan, sehingga pelatihan yang terealisasi sebesar 256%.

Analisa Capaian

Pencapaian IKU ini mencapai 256% dari target yang direncanakan. Dimana penyebabnya keberhasilannya adalah:

1. Usulan kegiatan pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM dari unit kerja lebih banyak dibandingkan dengan target per bulan sebanyak 3 kegiatan pelatihan. Upaya tersebut juga dalam rangka memenuhi kewajiban mengikuti minimal 20 JPL per tahun bagi seluruh karyawan.
2. Kegiatan pelatihan yang diselenggarakan dilakukan secara *blended learning* (daring maupun luring) sehingga lebih efektif dan efisien.

Permasalahan

Beberapa pelatihan yang dilakukan belum sesuai dengan *Training Need Analysis* (TNA) dari masing-masing unit kerja.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelatihan disesuaikan dengan *Training Need Analysis* (TNA) dari masing-masing unit kerja.

- c) IKU-17: Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak

Tabel 3.8.17
Capaian IKU-17 : Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak	1.1	1.17	109%	1.1	1.12	102%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pertumbuhan penelitian yang dilakukan dalam mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah penelitian yang mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita}}{\text{Jumlah penelitian yang mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita tahun sebelumnya}}$$
Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan jumlah penelitian dengan meningkatkan minat penelitian di RSAB Harapan Kita dengan mempermudah alur penelitian dan juga mensosialisasi alur penelitian.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Meningkatkan minat penelitian di RSAB Harapan Kita dengan mempermudah alur penelitian dan juga mensosialisasi alur penelitian.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Penelitian Tahun 2024	Jumlah Penelitian Tahun 2023	IKU
Januari	10	2	5.00
Februari	3	8	0.38
Maret	6	6	1.00
April	7	9	0.78
Mei	9	8	1.13
Juni	5	9	0.56
Juli	12	9	1.33
Agustus	4	4	1.00
September	3	3	1.00
Oktober	10	7	1.43
November	9	6	1.50
Desember	8	6	1.33
TAHUN 2024	86	77	1.12

Pada tahun 2024 ini Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak tahun 2024 sebanyak 86 penelitian, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 77 penelitian, sehingga realisasi sebesar 1.12

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 102%. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan kegiatan sosialisasi penelitian sudah mulai berjalan sehingga terjadi peningkatan minat penelitian meski masih belum cukup tinggi.

Permasalahan

Minat penelitian belum cukup tinggi.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan *workshop* dan pelatihan untuk meningkatkan minat penelitian.

9) Sasaran Strategis : Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai *Good Governance*

IKU-18: Pembangunan WBK dan WBBM

Tabel 3.8.18
Capaian IKU-18 : Pembangunan WBK dan WBBM

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
18	Pembangunan WBK dan WBBM	85	85.42	100%	86	90.68	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) adalah predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja yang memenuhi sebagian besar manajemen perubahan, penataan tatalaksana, penataan sistem manajemen SDM, Penguatan Pengawasan, dan Penguatan Akuntabilitas Kinerja, Peningkatan Pelayanan Publik, Pemerintah yang Bersih dan Bebas KKN yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan RI dan MENPAN-RB.

Cara Perhitungan

1. Formula/Ukuran Keberhasilan WBK
 - (1) Total Nilai Pengungkit dan Hasil minimal 75;
 - (2) Nilai komponen hasil “Terwujudnya Pemerintah yang bersih dan bebas KKN” minimal 18 dengan rincian :
 - 1) Nilai Sub Komponen Survei Persepsi anti korupsi minimal 13,5
 - 2) Sub Komponen presentasi TLHP minimal 3,5
2. Formula/Ukuran Keberhasilan WBBM
 - (1) Total Nilai Pengungkit dan Hasil minimal 85;
 - (2) Nilai komponen hasil “Terwujudnya Pemerintah yang bersih dan bebas KKN” minimal 18 dengan rincian :
 - 1) Sub Komponen Survei Persepsi anti korupsi minimal 13,5

- 2) Sub Komponen Presentasi TLHP minimal 3,5
- (3) Memiliki nilai komponen hasil “Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik kepada Masyarakat” minimal 16.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melibatkan Dirut dan Direksi dalam pemilihan susunan Tim WBK/WBBM sesuai pedoman dan menjadikan Direksi sebagai Pengampu Pokja
- 2) Melakukan pertemuan rutin dan terjadwal Tim ZI WBK/WBBM RSAB Harapan Kita.
- 3) Melakukan Sosialisasi Pembangunan Wilayah ZI menuju WBK dan WBBM di RSAB Harapan Kita secara berkala kepada Pegawai dan pada saat masa orientasi pegawai baru
- 4) Mengoptimalkan peran Tim AoC (*Agent of Change*) dan *Tim Champion* dalam kegiatan Pembangunan ZI menuju WBK dan WBBM di RSAB Harapan Kita dengan membuat Inovasi Baru
- 5) Perbaikan pelayanan dimulai dari *front office* sampai dengan *back office* dengan Pelatihan *Service Excellent* (termasuk laporan rutin tim khusus pelayanan parkir)
- 6) Terdapat standar pelayanan dan maklumat pelayanan baik melalui media cetak maupun media online
- 7) Mengikuti sertifikasi Pemeberantasan Korupsi oleh Anggota SPI dan Direksi
- 8) Melakukan studi banding ke Satker BLU RS PON yang telah memperoleh predikat WBK Nasional
- 9) Membuat dan melaksanakan RTL hasil studi banding ke RSPON Jakarta.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Dirut dan Direksi memberikan dukungan sumber daya dan arahan kepada Tim WBK/ WBBM



- 2) Pelaporan progres dan kendala Pembangunan ZI dari Tim WBK/WBBM (pada rapat rutin Tim)
- 3) *Updating/* pembaharuan sistem pelayanan pendaftaran *online* untuk mempermudah pelanggan dan meminimalisir risiko gangguan pada saat pendaftaran
- 4) Perbaikan dan monev berkala dalam sarana dan prasarana pelayanan parkir
- 5) Memaksimalkan atribut campaign offline (poster/banner/spanduk) yg terpasang di lingkungan RSABHK (Gd. pelayanan dan Gd. Manajemen) ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSABHK dan dievaluasi secara berkala
- 6) Memaksimalkan seluruh kanal media sosial/ online RSABHK ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSABHK dan dievaluasi secara berkala
- 7) Media edukasi dan layanan terintegrasi dalam *QR Code* untuk mempermudah pasien mendapatkan informasi yang cepat dan akurat didukung dengan media *call center* yg aktif memberikan informasi berkala
- 8) Melaksanakan Self Assessment LKE WBK/WBBM setiap triwulan.
- 9) Hasil Survei Kepuasan Pelanggan dan laporan Tindak Lanjut dipublikasikan di website, medsos, dan mading
- 10) Perbaikan dan Pembaharuan dalam pelaksanaan survei persepsi anti korupsi
- 11) Tersertifikasi Oleh KPK (anggota SPI) sebagai Penyuluh anti korupsi di RSAB Harapan Kita
- 12) Terdapat standar pelayanan dan maklumat pelayanan di website dan instagram
- 13) Merealisasikan pelaksanaan studi banding ke Satker BLU RS Vertikal yang telah memperoleh predikat WBK Nasional yaitu RSPON Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta



- 14) Membuat rencana dan melaksanakan tindak lanjut masing-masing pokja setelah studi banding dari RSPON Prof. DR. dr Mahar Mardjono Jakarta.

Pencapaian Kinerja

Periode	Ukuran Keberhasilan WBK
2024	90.68

Pada tahun 2024 ini Pembangunan WBK dan WBBM memperoleh angka 90,68.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai 105% dari target yang diharapkan, sekalipun memiliki nilai yang tinggi namun belum bisa melampau WBK/WBBM tingkat nasional. Adapun analisisnya adalah sebagai berikut:

- Analisa Keberhasilan :
Dukungan seluruh civitas hospitalia dalam berkomitmen pembentukan dan penguatan zona integritas di lingkungan RSAB Harapan Kita.
- Analisa Kegagalan :
Masih terdapat capaian IKU RSAB Harapan Kita yang belum memenuhi target 100% sehingga RSAB Harapan Kita tidak diusulkan untuk satker yang mendapat penilaian dari Menpan RB, dikarenakan capaian IKU merupakan syarat/kriteria agar satker diusulkan menuju WBK/WBBM tidak terpenuhi.

Permasalahan

- 1) Nilai Indeks Persepsi Anti Korupsi tidak bisa dilakukan intervensi karena merupakan nilai yang diberikan langsung oleh pelanggan RSAB Harapan Kita.
- 2) Masih ada keluhan pada pelayanan parkir, terdapat oknum yang menerima uang TIP dari pengunjung RSAB Harapan Kita.



- 3) Berkaitan dengan waktu tunggu pelayanan kesehatan yang diberikan RSAB Harapan Kita, masih belum sepenuhnya memenuhi harapan pelanggan, terkait waktu tunggu pendaftaran, waktu tunggu Dokter, waktu tunggu obat, dan lain-lain.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Penguatan dari Pimpinan dengan menerbitkan SE Dirut tentang kepatuhan jadwal praktek Dokter dan mengatur tindakan, kegiatan ilmiah, visit sehingga tidak mengganggu jam praktek dan hadir tepat waktu di poliklinik. Untuk mengurangi waktu tunggu farmasi, semua resep yang masuk langsung diproses dengan menambah SDM Farmasi dan program peningkatan performa pegawai (pelatihan, *workshop*, dll)
- 2) Melakukan pengembangan sistem pendaftaran online versi terbaru, untuk mempermudah pelanggan dan meminimalisir risiko gangguan pada saat pendaftaran
- 3) Perbaikan dan *monev* berkala dalam sarana dan prasarana : Vasilitas Umum (kamar mandi) pelayanan parkir, memperkuat sinergi antara vendor parkir dengan manajemen RSAB tentang larangan penerimaan tip, menolak tip, informatif dan cekatan dalam mengelola kendala di lapangan
- 4) Memaksimalkan atribut *campaign offline* (*poster/banner/spanduk*) yg terpasang di lingkungan RSAB HK (Gd. pelayanan dan Gd. Manajemen) tentang pembangunan ZI WBK/WBBM di RSAB HK dan dievaluasi secara berkala
- 5) Memaksimalkan seluruh kanal media sosial/online RSAB HK ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSAB HK dan dievaluasi secara berkala
- 6) Media edukasi dan layanan terintegrasi dalam *QR Code* untuk mempermudah pasien mendapatkan informasi yang cepat dan akurat didukung dengan media *call center* yang aktif memberikan informasi berkala

- 7) Melaksanakan *Self Assessment* LKE WBK/WBBM setiap triwulan.
- 8) Hasil Survei Kepuasan Pelanggan dan laporan Tindak Lanjut dipublikasikan di *website*, medsos, dan mading
- 9) Perbaikan dan Pembaharuan dalam pelaksanaan survei persepsi anti korupsi
- 10) Menampilkan standar pelayanan dan maklumat pelayanan di *website* dan instagram

10) Sasaran Strategis: Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal

IKU-19: Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Tabel 3.8.19
Capaian IKU-19 : Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
19	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	80%	100%	125%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

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
2. *Grading* risiko dan standar waktu tanggap komplain:
 - 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
- 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.
 - c. *Grading* Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial pasien/ keluarga/ pengunjung.

Metode Penilaian :

1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau
2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar
3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori
 - a. Komplain kategori merah ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam
 - b. Komplain kategori kuning ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari
 - c. Komplain kategori hijau ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah komplain yg ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading}}{\text{Jumlah komplain yg di survei}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan pengaduan masyarakat menangani pengaduan sesuai dengan SOP-AP
2. Melakukan koordinasi berkala kepada unit kerja yang terkena pengaduan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan keluhan pelanggan menerima keluhan dari pelanggan dan melakukan konfirmasi ke unit terkait untuk mendapatkan hasil korektif/preventif yang akan disampaikan kepada pelanggan sebagai penyelesaian keluhan
2. Dalam proses koordinasi dengan unit kerja terkait, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD) dilibatkan sehingga waktu tanggap keluhan oleh *customer service* atau pranata humas ketika menerima keluhan baik secara lisan/tatap muka, telepon, maupun link ditanggapi dengan baik.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai grading	Jumlah komplain yang disurvei	% Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK)
Januari	8	8	100%
Februari	7	7	100%
Maret	10	10	100%
April	1	1	100%
Mei	2	2	100%
Juni	7	7	100%
Juli	9.00	9	100%
Agustus	8.00	8	100%
September	5.00	5	100%
Oktober	10	10	100%
November	1	1	100%
Desember	4	4	100%
Tahun 2024	72	72	100%



Pada tahun 2024 ini IKU-19 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana dari 72 jumlah seluruh komplain baik itu kategori merah, kuning dan hijau, sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti keseluruhan, sehingga realisasinya mencapai 100%.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan koordinasi yang baik di internal rumah sakit antara unit kerja, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD), maupun petugas *customer service* / pranata humas sehingga pengaduan masyarakat dapat ditangani dengan segera. Adapun penilaian dalam penanganan pengaduan dapat diamati dengan melibatkan efektivitas dan responsivitas setiap unsur-unsur berikut ini:

- Sarana dan Prasarana: Diukur dengan perbaikan dan pemeliharaan yang tepat waktu serta ketersediaan fasilitas yang memadai.
- Perilaku Pelaksana: Dapat dilihat dari sikap profesional, cepat tanggap, dan transparansi dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
- Kompetensi Pelaksana: Diukur berdasarkan kemampuan teknis dalam menyelesaikan pengaduan dan kualitas solusi yang diberikan.

Permasalahan

Berdasarkan jenis keluhan sesuai dengan nilai Indeks Kepuasan Masyarakat, 72 keluhan yang disampaikan pelanggan pada beberapa pengaduan masyarakat dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Unsur Sarana Prasarana (Fasilitas yang mendukung pelaksanaan layanan) yaitu AC mati di ruang perawatan, dan berkurangnya kapasitas tempat parkir di lapangan parkir dikarenakan ada acara tertentu yang diselenggarakan rumah

sakit. Unsur Perilaku Pelaksana dan Sarana Prasarana ini memerlukan waktu untuk dapat diselesaikan.

- 2) Unsur Perilaku Pelaksana (Sikap dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat)
- 3) Unsur Kompetensi Pelaksana (kemampuan dan keahlian petugas dalam memberikan layanan), yaitu penyampaian edukasi, informasi, dan hasil pemeriksaan laboratorium dan lainnya oleh tim dokter dan perawat kepada orangtua pasien cenderung kurang informatif, kurang seimbang, kurang koordinasi, kurang etik, kurang empati, dan kurang komunikatif sehingga beberapa kali terjadi perbedaan pendapat dan mekanisme penanganan pasien antar dokter atau perawat dalam tim, yang akhirnya membuat orang tua menjadi bingung, terpaksa mengikuti, dan tertekan secara mental.

Upaya pemecahan masalah

1. Koordinasi dengan IPSRS secara berkala terkait perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit serta melakukan monitoring dan evaluasi melalui kegiatan Halo Pasien.
2. Sosialisasi dan Monitoring Evaluasi Penerapan Standar Interaksi Pelayanan Publik yang berkesinambungan untuk mempertahankan target tersebut, terutama kepada seluruh unit kerja yang melakukan pelayanan langsung kepada pasien.

11) Sasaran strategis: Terwujudnya peningkatan pendapatan

IKU-20: Tingkat pertumbuhan pendapatan

Tabel 3.8.20
Capaian IKU-20 : Tingkat pertumbuhan pendapatan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%	20.38%	204%	10%	20.89%	209%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pendapatan dari jasa layanan dan non layanan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Pendapatan RS Tahun Berjalan} - \text{Pendapatan Tahun Lalu}}{\text{Pendapatan Tahun Lalu}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Meningkatkan pendapatan layanan dengan membuat paket-paket layanan kepada masyarakat
2. Membuat alternatif investasi jangka pendek dan jangka menengah untuk menghasilkan pendapatan dari non layanan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Meningkatkan pendapatan layanan dengan melakukan promosi layanan dan membuat paket-paket layanan kepada masyarakat
2. Meningkatkan pendapatan non layanan dari KSO (Kerja Sama Operasional) seperti dari Business Center (tenant) ataupun rumah duka dan parkir
2. Melakukan investasi jangka pendek dan menengah terhadap *cash* BLU yang *idle* sehingga mendapat return yang optimal
3. Menekan biaya operasional rumah sakit terutama pada biaya konsumsi rapat, dll

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUNAN 2024	PERTUMBUHAN PENDAPATAN
Pendapatan RS tahun berjalan	Rp. 473.097.301.711	20.89%
Pendapatan RS tahun lalu	Rp. 391,353,368,248	

Pencapaian kinerja IKU-20 terealisasi sebesar 20.89%. Dimana pendapatan rumah sakit tahun 2024 ini adalah sebesar Rp. 473,097,301,711 dan pendapatan RS Tahun lalu adalah sebesar Rp. 391,353,368,248,-

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 20.89%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah peningkatan pendapatan dari layanan, dan juga optimalisasi pendapatan non layanan, seperti pendapatan dari tenant-tenant di *Business Center*, rumah duka, parkir dan juga dengan pendapatan bunga dari penempatan deposito.

Permasalahan

1. Promosi yang gencar kepada masyarakat dan perusahaan ataupun asuransi terkadang belum memberikan hasil yang signifikan dalam peningkatan pendapatan atau jumlah pasien
2. Banyak dibutuhkan inovasi-inovasi dalam pelayanan agar dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit
3. Pencairan deposito yang disebabkan oleh *buffer* kas yang ada tidak cukup untuk membiayai kegiatan operasional rumah sakit, dikarenakan penerimaan pendapatan dari pembayaran BPJS tidak sesuai atau tidak tepat waktu. Pencairan deposito ini dapat menyebabkan berkurangnya penerimaan lain dari non layanan (bunga deposito)

Rencana Tindak Lanjut

1. Diperlukan kajian dan evaluasi pada setiap kegiatan pemasaran, sehingga tepat sasaran
2. Meningkatkan peran serta seluruh civitas hospitalia RSAB Harapan Kita dalam memberikan inovasi-inovasi layanan dalam rangka peningkatan jumlah pasien
3. Berkoordinasi dengan IVPP untuk percepatan dan ketepatan waktu dan jumlah pembayaran klaim BPJS sehingga tidak mengganggu *buffer* kas yang akan digunakan untuk pembiayaan kegiatan operasional rumah sakit

12) Sasaran Strategis : Terwujudnya efisiensi biaya

IKU-21: Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)

Tabel 3.8.21

Capaian IKU-21 : Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	79%	103.07%	130%	80%	108.03%	135%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerja sama 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 (Rupiah Murni).

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa beban umum dan administrasi, dan beban layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya operasional}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Mengoptimalkan pendapatan klinik bayi tabung dan klinik eksekutif di rawat jalan

Pencapaian Kinerja

URAIAN	2024	POBO
Pendapatan PNBPN	461,606,296,506	108.03%
Biaya Operasional	427,295,080,848	

Pencapaian kinerja IKU-21 terealisasi sebesar 108.03% Dimana pendapatan PNBPN tahun 2024 ini adalah sebesar Rp. 461,606,296,506 dan Biaya operasional RS sebesar Rp. 427,295,080,848.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 135%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan pendapatan PNBPN pada tahun ini mencapai target yang diharapkan dan biaya operasional secara keseluruhan dapat ditekan, sehingga Rasio POBO dapat tercapai.

Permasalahan

Volume kunjungan pasien masih belum optimal dan semakin meningkatkan nilai POBO.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan efisiensi biaya serta melakukan pengembangan layanan-layanan.

13) Sasaran Strategis: Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialistik

a) IKU-22: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Tabel 3.8.22
Capaian IKU-22 : Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	-	-	-	< 2.5%	2.46%	102%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun}}{\text{Jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun}} \times 100$$

*Catatan :

Jika capaian NDR RS tahun 2024 \geq 2,5 maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%.

Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan triase yang baik dan benar saat menerima pasien di IGD
2. Meningkatkan kolaborasi dan kerja sama tim dalam perawatan pasien
3. Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan
4. Melakukan penilaian *Early Warning System* (EWS) secara baik dan benar
5. Penanganan yang cepat dan tepat pada pasien yang mengalami perburukan
6. Meningkatkan kewaspadaan tenaga kesehatan dalam mencegah infeksi nosokomial pada pasien.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mengadakan diskusi kasus sulit
2. Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan/seminar/workshop
3. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan EWS dan penanganan pasien yang mengalami perburukan
4. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam penanganan kegawatdaruratan

Pencapaian Kinerja

Periode Tahun 2024	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun	jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun	% NDR di Rumah Sakit Vertikal
Januari	48	1,203	3.99%
Februari	32	1,207	2.65%
Maret	45	1,249	3.60%
April	26	1,081	2.41%

Mei	37	1,369	2.70%
Juni	25	1,266	1.97%
Juli	41	1392	2.95%
Agustus	29	1368	2.12%
September	30	1322	2.27%
Oktober	26	1448	1.80%
November	19	1401	1.36%
Desember	29	1430	2.03%
Tahun 2024	387	15.736	2,46%

Dari 15.736 jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) pada tahun 2024, sebanyak 387 pasien yang meninggal yang dirawat lebih dari 48 jam, sehingga persentase NDR di RSAB Harapan Kita pada tahun 2024 adalah sebesar 2,46%.

Analisa Capaian

IKU ini melebihi target yang diharapkan dengan capaian sebesar 102%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini ditunjang dengan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang memadai dan kerja sama tim serta sudah berjalannya sistem triase di IGD, *Early Warning System* (EWS), dan kewaspadaan terhadap infeksi nosokomial pada pasien dengan baik.

Permasalahan

Sesuai dengan level rumah sakit, RSAB Harapan Kita banyak menerima kasus kompleks, sehingga meningkatkan kejadian kematian pasien.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Identifikasi kondisi pasien dengan tepat melalui sistem triase IGD
- 2) Pengawasan kondisi pasien melalui implementasi EWS yang benar
- 3) Penanganan yang cepat dan tepat jika pasien mengalami perburukan
- 4) Kolaborasi dan kerjasama tim yang baik
- 5) Monev layanan

- b) IKU-23: Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus

Tabel 3.8.23

Capaian IKU-23 : Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
23	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 laporan	2 laporan	100%	2 laporan	2 laporan	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melaksanakan audit medik sesuai dengan kesepakatan dari kementerian kesehatan

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melaksanakan audit medik
2. Melakukan monev pelaksanaan audit medik

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus
Semester I 2024	1 laporan
Semester II 2024	1 laporan
TAHUN 2024	2 laporan

Analisa Capaian

IKU ini melebihi target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan Pelaksanaan audit medis dilakukan pada layanan prioritas Kesehatan Ibu dan Anak sesuai dengan kekhususan RSAB Harapan Kita, yakni audit medik pada Ibu (SC Elektif) dan Anak (Asfiksia Neonatus).

Permasalahan

Masih adanya kriteria audit medik yang memiliki capaian kurang dari 80% (kriteria dilakukan VTP sebelum usia 1 menit; dilakukan pemasangan intubasi/alat bantu napas ventilator; tidak ada kejadian hie dari pemeriksaan skoring Thomson; dilakukan inisiasi menyusu dini)

Rencana Tindak Lanjut

1. Melaksanakan rencana tindak lanjut hasil audit medik Untuk 2 layanan terpilih (SC elektif dan Asfiksia Neonatus).
2. Melakukan sosialisasi terhadap kriteria audit medis

14) Sasaran strategis: Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri

a) IKU-24 Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Tabel 3.8.24
Capaian IKU-24 : Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	-	-	-	10%	11.47%	115%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS Vertikal

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan} - \text{Jumlah Kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}}{\text{Jumlah Kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Tingkatkan kualitas konten, optimalkan promosi berbayar berbasis data

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Redesign eflyer dan infografis, implementasi rencana konten bulanan terstruktur, fokus pada konten yg relevan dan menarik



Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan	Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu	% peningkatan kunjungan pasien Non JKN
Januari	6,051	6,002	1%
Februari	5,872	5,400	9%
Maret	5,546	5,779	-4%
April	4,823	4,051	19%
Mei	5,828	5,289	10%
Juni	5,463	4,786	14%
Juli	5,939	4,622	28%
Agustus	5,951	4,429	34%
September	5,652	5,511	3%
Oktober	5,788	5,323	9%
November	5,706	5,180	10%
Desember	5,821	5,027	16%
TAHUN 2024	68,440	61,399	11.47%

Pencapaian kinerja IKU-24 yaitu Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN terealisasi sebesar 11.47% pada Tahun 2024, dimana jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu adalah sebesar 61,399 sedangkan Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun berjalan adalah sebesar 68.440 pasien.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 115% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini disebabkan *engagement* yang meningkat dan audiens yang lebih luas.

Permasalahan

persaingan Rumah Sakit Anak Bunda yang ketat.

Rencana Tindak Lanjut

Memprioritaskan *platform* dengan performa tinggi.

b) IKU-25 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

Tabel 3.8.25
Capaian IKU-25 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1	1	100%	1 RS	N/A	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampunan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu serta pelatihan penunjang program pengampunan KIA meliputi komponen maternal, neonatal dan manajemen perubahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.
2. Melibatkan dan berkoordinasi dengan unit kerja terkait (Tim Kerja Diklat, Unit Layanan Pengadaan/ ULP, Tim Kerja

Perencanaan dan Evaluasi Anggaran/ PEA dan Tim Kerja Pelaksana Keuangan) dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampuan KIA.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi
Tahunan	1	N/A

Indikator jumlah rumah sakit yang dibina dan mencapai strata paripurna tidak dapat dilakukan pengukuran (N/A) dikarenakan kebijakan dari supra sistem, yaitu:

1. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1340/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak bahwa lokus binaan pengampuan layanan KIA untuk RSAB Harapan Kita meliputi 2 (dua) RS Utama (RSUD Raja Ahmad Tabib, RSUD Koja) dan 1 (satu) RS Madya (RSUD Nunukan).
2. Adanya perubahan konsep pengampuan KIA yang semula peningkatan strata Rumah Sakit menjadi pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi Rumah Sakit dengan menggunakan instrumen monev pengampuan layanan KIA. Untuk meningkatkan kompetensi tersebut, dibutuhkan suatu stratifikasi berdasarkan jenis pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan. Hal tersebut tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung Dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, Dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Adapun pelaksanaan pengampunan KIA yang dilakukan RSAB Harapan Kita dalam mendukung pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan kegiatan visitasi dan pendampingan RS yang diampu oleh RSAB Harapan Kita pada tahun 2024 sebagai berikut:
 - Telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P2) ke RS Utama yakni ke RSUD Raja Ahmad Tabib pada tanggal 12-14 November 2024.
 - Telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P3) ke RS Madya yakni ke RSUD Nunukan pada tanggal 8 - 11 Desember 2024.
 - Kegiatan visitasi dan pendampingan ke RSUD Koja tidak dapat terlaksana dikarenakan belum terjadwalkan oleh Tim Pengampu dan kesiapan dari RSUD Koja serta mendekati batas akhir pencairan proses administrasi kepada Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.
2. Berdasarkan data instrumen monev layanan KIA pada RS Utama sesuai lokus binaan RSAB Harapan Kita, kendala yang dihadapi dikarenakan belum terpenuhinya SDM dan kelengkapan alat kesehatan pada RSUD Koja, yaitu:
 - a. SDM yang belum terpenuhi antara lain Sp.A Fellow Kardio Anak, Sp. Bedah Anak, Sp.M mampu skrining ROP.
 - b. Alat kesehatan yang belum lengkap meliputi:
 - Alat Rumah Sakit antara lain Set Pemeriksaan *Syndromic Testing Analyzer*, Unit transfusi darah / Bank darah, Ambulans (konsep ICU berjalan untuk ibu dan bayi), USG *Fetomaternal Women's Health Ultrasound*, *Capnography portable respiratory monitor* (OK).

- NICU antara lain Ventilator Transpor Neonatus (bisa untuk MRI), CPAP transport, Inkubator (double wall), USG ECHO *Portable Neonatus Highend*, *Amplitude EEG*, Monitor Neonatus Invasif, Alat pemeriksaan *Otoacoustic Emission (OAE)* (pendengaran).
 - HCU/ SCN antara lain Ventilator Non Invasif Anak/ Dewasa (*bubble CPAP*), Monitor kardiorespirasi anak, Monitor Tekanan Darah Invasif bayi dan anak.
 - ICU Dewasa antara lain Monitor kardiorespirasi dewasa, *Cardiotocography (CTG)*.
3. Kegiatan penunjang pengampuan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 19 RS Paripurna antara lain:
- a. *Workshop Clinical Training Skills (CTS)* pada tanggal 27 - 29 Agustus 2024 (daring) dan 31 Agustus - 1 September 2024 (luring) di Hotel Aston Kartika Grogol Jakarta;
 - b. Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasenta Akreta Kompleks (Utama Paripurna) pada tanggal 23 - 24 September 2024 (Symposium dan Workshop), 21 Oktober 2024 (Diskusi Daring);
 - c. *Workshop Advanced Training Skills (ATS)* pada tanggal 22 - 24 Oktober 2024 (daring) dan 26 -27 Oktober 2024 (luring) di Hotel Ciputra Jakarta
 - d. Workshop Diagnosis Tatalaksana Komplikasi Janin Tahap II/ Workshop Deteksi Dini dan Tatalaksana Kelainan Bawaan pada Janin (BIDIC) pada tanggal 16 - 17 November 2024
 - e. Workshop Terapi Hipotermia *Neonatal Brain Monitoring* (Paripurna Utama) pada tanggal 25 - 26 November 2024 (daring).

Permasalahan

1. Penggunaan anggaran dana SIHREN untuk pengampunan KIA mengakibatkan pelaksanaan kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu menggunakan dana rumah sakit Pengampu lebih dahulu, untuk kemudian di *reimburse* setelah pelaporan dan proses administrasi selesai kepada PPK melalui Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.
2. Target rumah sakit yang direncanakan mencapai strata paripurna yaitu RSUD Koja, namun dikarenakan belum terjadwalkan kegiatan visitasi RSAB Harapan Kita ke RSUD Koja dan mendekati batas akhir pencairan proses administrasi ke Dit. PKR sehingga kegiatan visitasi ke RSUD Koja tidak dapat terlaksana.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana SIHREN
2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.
3. Koordinasi secara intens dan menginformasikan kepada tim pengampunan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampunan KIA

b) IKU-26 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Tabel 3.8.26
Capaian IKU-26 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	-	-	-	1 RS	1 RS	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampunan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke RS yang diampu serta pelatihan penunjang program pengampunan KIA meliputi komponen maternal, neonatal dan manajemen perubahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.
2. Melibatkan dan berkoordinasi dengan Timker Diklit, ULP, Timker PEA dan Timker Pelaksana Keuangan dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampunan KIA.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi	Keterangan
Tahunan	1	1	RSUD Raja Ahmad Tabib

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 100% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini disebabkan telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P2) ke RSUD Raja Ahmad Tabib pada tanggal 12-14 November 2024 sebagai bagian dari rumah sakit strata utama. Selain itu, RSAB Harapan Kita telah melakukan kegiatan penunjang pengampuan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 37 RS Utama, antara lain:

- Workshop Deteksi Dini Tatalaksana Komplikasi Maternal dan Janin pada tanggal 8 - 9 Juni 2024 di Hotel Ciputra Jakarta;
- Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasenta Akreta Kompleks (Utama Paripurna) pada tanggal 23 - 24 September 2024 (Symposium dan Workshop), 21 Oktober 2024 (Diskusi Daring);
- Workshop Terapi Hipotermia Neonatal Brain Monitoring (Paripurna Utama) pada tanggal 25 - 26 November 2024 secara daring.

Permasalahan

- 1) Lamanya respon dan koordinasi di bagian keuangan untuk pencairan peminjaman dana pelaksanaan visitasi sehingga pemesanan tiket dan akomodasi mendekati hari keberangkatan dan berdampak pada harga pemesanannya yang melebihi dari Standar Biaya Masukan (SBM) tahun 2024.



- 2) Adanya penyesuaian waktu pelaksanaan yang sudah dijadwalkan dikarenakan harus disesuaikan dengan kesiapan rumah sakit yang diampu dan kesiapan dari Tim pengampu RSAB Harapan Kita yang akan berangkat.
- 3) Adanya ketidak konsisten antara tanggal pelaksanaan kegiatan dengan Kerangka Acuan Kerja (KAK) yang sudah direncanakan sehingga penentuan tanggal pelaksanaan kegiatan menyesuaikan dengan waktu para pemateri.
- 4) Pembayaran honor narasumber pelatihan/workshop yang membutuhkan waktu lama dikarenakan dari Timker Pelaksana Keuangan meminta lampiran SK Penetapan Narasumber setelah kegiatan selesai yang mana prosesnya dilakukan oleh Timker Diklat dan membutuhkan waktu lagi hingga terbit SK nya sehingga pembayaran honor narasumber diterima hingga 2 bulan.
- 5) Adanya pergantian staf RSCM yang mengurus kegiatan pelatihan pengampunan KIA dan tidak adanya transfer knowledge dari staf sebelumnya ke staf yang baru sehingga informasi mengenai administrasi dan laporan kegiatan tidak optimal
- 6) terdapat satu kegiatan *Workshop* USG Jantung Hemodinamik untuk Bayi Sangat Prematur (Daring) yang tidak dapat terlaksana dan melibatkan rumah sakit Paripurna dan rumah sakit Utama dikarenakan proses penyelesaian kurikulum dan masih ada peserta USG Jantung Sederhana yang belum lulus

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana SIHREN

2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.
3. Koordinasi secara intensif dan menginformasikan kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampuan KIA

c) IKU-27 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Tabel 3.8.27
Capaian IKU-27 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	-	-	-	4 RS	1 RS	25%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal. Daftar rumah sakit yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan.

Cara Perhitungan

Jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh Rumah Sakit Vertikal

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampuan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu pada rumah sakit Madya.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi	Keterangan
Tahunan	4	1	RSUD Nunukan

Analisa Capaian

IKU ini belum berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 25%. Dimana kegagalan pencapaian IKU ini disebabkan baru terealisasi 1 Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P3) ke RS Madya yakni ke RSUD Nunukan pada tanggal 8 - 11 Desember 2024.

Adapun sesuai aturan perubahan perubahan konsep pengampunan KIA yang semula peningkatan strata rumah sakit menjadi pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi rumah sakit dengan menggunakan instrumen monev pengampunan layanan KIA. Untuk meningkatkan kompetensi tersebut, dibutuhkan suatu stratifikasi berdasarkan jenis pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan. Hal tersebut tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kanker, Jantung Dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, Dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Berdasarkan data instrumen monev layanan KIA pada RS Madya sesuai lokus binaan RSAB Harapan Kita, kendala yang dihadapi

dikarenakan belum terpenuhinya SDM dan kelengkapan alat Kesehatan pada RSUD Nunukan, yaitu sebagai berikut:

1. SDM yang belum terpenuhi antara lain Perawat HCU/ SCN.
2. Alat kesehatan yang belum lengkap meliputi:
 - a. Alat Rumah Sakit antara lain Set Pemeriksaan *Syndromic Testing Analyzer*.
 - b. NICU antara lain CPAP *transport*, *Pulse Co-oximeter for neonatus & infant* (dengan Teknologi SET (SpO₂, PR, PI, *Signal IQ & Sensitivity*)), Alat Pemeriksaan Bilirubin *in vitro/POCT (mobile)*.
 - c. HCU/ SCN antara lain Ventilator Non Invasif Anak/Dewasa (*bubble CPAP*), Bed elektrik dengan timbangan, Alas penghangat dan pendingin elektrik, Ventilator Konvensional Bayi/Anak, Monitor kardiorespirasi anak, *High Flow Nasal Cannula (HFNC)*.
 - d. ICU Dewasa antara lain Analisis gas darah *bedside (mobile)*, *Cardiotocography (CTG)*, *Electroencephalography (EEG)*, *Blood warmer*.

Sedangkan kegiatan penunjang pengampunan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 281 rumah sakit Madya yaitu Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasentra Akreta Fokal (Madya Utama) pada tanggal 17 - 18 September 2024 (Symposium dan Workshop), 30 September 2024 dan 7, 14 Oktober 2024 (Diskusi Daring).

Permasalahan

1. Adanya perubahan mekanisme penggunaan anggaran SIHREN, sesuai arahan dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kemenkes tanggal 20 Agustus 2024 bahwa pelaksanaan kegiatan visitasi ke rumah sakit yang diampu



akan dilaksanakan pada bulan Oktober - Desember dan harus di sesuaikan dengan Petunjuk Khusus Revisi pasca Keputusan Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024.

2. Lamanya respon dan koordinasi di bagian keuangan untuk pencairan peminjaman dana pelaksanaan visitasi sehingga pemesanan tiket dan akomodasi mendekati hari keberangkatan dan berdampak pada harga pemesanannya yang melebihi dari Standar Biaya Masukan (SBM) tahun 2024.
3. Adanya penyesuaian waktu pelaksanaan yang sudah dijadwalkan dikarenakan harus disesuaikan dengan kesiapan rumah sakit yang diampu dan kesiapan dari Tim pengampu RSAB Harapan Kita yang akan berangkat.
4. Adanya pergantian staf RSCM yang mengurus kegiatan pelatihan pengampuan KIA dan tidak adanya transfer knowledge dari staf sebelumnya ke staf yang baru sehingga informasi mengenai administrasi dan laporan kegiatan tidak optimal.
5. RSCM membuat KAK baru yang berbeda dengan KAK yang sudah disetujui oleh Kemenkes serta adanya ketidaksesuaian JPL pada kuitansi honor narasumber dengan jumlah JPL Jadwal pelaksanaan kegiatan. Hal ini berdampak tidak bisa diklaim ke bagian keuangan.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana SIHREN
2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber

bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.

3. Koordinasi secara intensif dan menginformasikan kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampuan KIA.

15) Sasaran strategis: RPJMN

- a) IKU-28: Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

Tabel 3.8.28
Capaian IKU-28 : Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
28	Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	-	-	-	60%	86.11%	144%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu *fetal distress* menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ *forsep*, *rupture uteri imminent* (RUI) dan *Rupture uteri*, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (*immediate threat to life*), yaitu *solusio placenta* dan VBAC/PBS (dihapus).

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Resosialisasi penatalaksanaan SOP AP seksio emergensi kategori 1 ke unit unit terkait (IGD, Kamar Bersalin dan Rawat Inap).

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Evaluasi dan monitoring bekal dan Resosialisasi indikator layanan waktu tanggap seksio emergency kategori 1.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	Total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1	% kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit
Januari	10	11	90.91%
Februari	8	10	80.00%
Maret	12	14	85.71%
April	11	13	84.62%
Mei	12	15	80.00%
Juni	10	12	83.33%
Juli	12	14	85.71%
Agustus	9	10	90.00%
September	10	11	90.91%
Oktober	12	13	92.31%
November	9	10	90.00%
Desember	9	11	81.82%
TAHUN 2024	124	144	86.11%



Pencapaian kinerja IKU-28 % kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit pada tahun 2024 adalah sebesar 86.11%, dimana dari 144 kasus SC Emergensi kategori 1 yang ditangani, terdapat 124 kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit.

Analisa Capaian

Secara umum IKU persentase kasus SC emergensi Kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit telah mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 144%, keberhasilan ini dikarenakan adanya kerjasama dan koordinasi yang baik antara DPJP, unit unit terkait (Poliklinik Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, VK/ Kamar Bersalin dan ruang rawat Inap) dalam penatalaksanaan seksio *emergency* kategori 1.

Permasalahan

Terhambatnya pelaksanaan operasi seksio *emergency* kategori 1 dikarenakan ruang operasi yang penuh dengan jadwal operasi elektif. Selain itu, Instalasi Bedah Sentral (IBS) belum punya kamar operasi khusus untuk cito, sehingga menunggu antrian kamar operasi dan menambah waktu tunggu seksio *emergency* kategori 1.

Rencana Tindak Lanjut

Mengupayakan 1 kamar operasi tersisa untuk mengakomodir bila ada operasi seksio *emergency* kategori 1.

- b) IKU-29: Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

Tabel 3.8.29

Capaian IKU-29 : Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi Modul
- 5) Melakukan koordinasi dan implementasi



Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi Modul
- 5) Melakukan koordinasi dan implementasi

Pencapaian Kinerja

Periode	Penilaian	Penjelasan
TAHUN 2024	Layanan RME yang sudah terintegrasi di RSAB Harapan Kita: 1. Pendaftaran, 2. IGD 3. Rawat Inap 4. Rawat Jalan 5. OK 6. Layanan Penunjang (Radiologi, Laboratorium, Gizi, Rehabilitasi Medik) 7. Farmasi	100% implementasi RME sudah terintegrasi pada seluruh layanan secara lengkap

Analisa Capaian

IKU ini sudah terealisasi 100% dari target, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah pemenuhan terhadap permintaan dan kebutuhan *user* sesuai proses bisnis yang ada dan penyesuaian variabel dengan meta data dengan memenuhi permintaan dan kebutuhan *user* sesuai proses bisnis yang ada dan penyesuaian variabel dengan meta data.

Permasalahan

Struktur data yang tidak konsisten dan standarisasi pemrograman yang kurang baik.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan koordinasi untuk penyempurnaan aplikasi untuk memenuhi kebutuhan *user*.

16) Sasaran strategis: Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit Pendidikan

IKU-30: Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan

Tabel 3.8.30
Capaian IKU-30 : Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	-	-	-	10%	15.12%	151%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan angka publikasi ilmiah.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Membantu pembiayaan publikasi jurnal khususnya pada jurnal internasional.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas	Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas	% Penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan
Januari	0	10	0%
Februari	0	3	0%
Maret	1	6	17%
April		7	0%
Mei	1	9	11%
Juni	1	5	20%
Juli		12	0%
Agustus	2	4	50%
September		3	0%
Oktober	3	10	30%
November	3	9	33%
Desember	2	8	25%
TAHUN 2024	13	86	15.12%

Pencapaian kinerja IKU-30 terealisasi sebesar 15.12%, Dimana dari 86 jumlah seluruh penelitian klinik yg mendukung 9 layanan prioritas, 13 diantaranya telah terpublikasi.

Analisa Capaian

IKU-30 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 151%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya bantuan pembiayaan untuk publikasi jurnal.

Permasalahan

Anggaran perbantuan pembiayaan publikasi jurnal masih terbatas.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan anggaran publikasi jurnal.

17) Sasaran strategis: Tersedianya sistem dan data pelayanan Kesehatan terintegrasi

a) IKU-31: Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS

Tabel 3.8.31
Capaian IKU-31 : Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
31	Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS	-	-	-	3 Layanan	4 Layanan	133%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah layanan *genomic* yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS.

Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif layanan *genomic* yang tersedia di seluruh hubs.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Target sudah tercapai karena proses perencanaan layanan sudah dilakukan pada tahun sebelumnya, sehingga tahun 2024 dapat dilakukan proses pelaksanaannya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Pembuatan rencana pengembangan layanan dilakukan pada tahun sebelumnya, dengan membuat TOR, RAB, KAK, unit cost alat medik, bahan, reagen dan aksi pelaksanaannya dilakukan pada tahun ini.

Pencapaian Kinerja

JUMLAH LAYANAN	KETERANGAN
4 layanan	Jumlah kumulatif layanan <i>genomic</i> yang tersedia: 1. Layanan pemeriksaan Non-Invasive Prenatal Test (NIPT) 2. Layanan pemeriksaan DNA Thalassemia alpha dan beta 3. Layanan Pemeriksaan Chromosomal Micro Array (CMA) 4. Pre-Implantation Genetic Test for Aneuploidy (PGT-A)

Pencapaian kinerja IKU-31 Jumlah Layanan berbasis *genomic* di Hubs RS terealisasi sebanyak 4 layanan, dari target 3 layanan, sebagaimana tercantum pada tabel di atas.

Analisa Capaian

IKU-31 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 133%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan dukungan dari rumah sakit dan manajemen dalam pembentukan layanan-layanan berbasis *genomic*, sehingga mendukung program kementerian kesehatan dengan tergabungnya RSAB Harapan Kita menjadi bagian dari Hub BGSi Indonesia.

Permasalahan

Kendala pada proses pengadaan barang dan jasa, dikarenakan barang yang dibutuhkan memerlukan standar khusus, sehingga proses pengadaannya memakan waktu lebih lama.

Rencana Tindak Lanjut

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah saat itu adalah melakukan *follow up* kepada vendor barang dan jasa, Tim Kerja Penunjang Medik serta Unit Layanan Pengadaan barang dan jasa di RSAB Harapan Kita, serta membuat *time table* sehingga dapat dilakukan pemantauan yang lebih optimal.

- b) IKU-32: Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

Tabel 3.8.32
Capaian IKU-32 : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	-	-	-	1.000 sampel	722 sampel	72%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.

Cara Perhitungan

Jumlah sampel yang direkrut oleh *Hubs* yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. PJ Penelitian/ *Principle Investigator* (PI) akan membuat jadwal rekrutmen di media sosial yang rutin dan berkala untuk membantu reminder ke masyarakat luas bahwa program rekrutmen sampel ini masih berlangsung dan dapat diikuti oleh partisipan yang sesuai dengan kriteria
2. Perlu dilakukan koordinasi secara konsisten dengan unit lain seperti bagian Humas dan Pemasaran juga dengan bagian unit kebidanan, untuk dapat memaksimalkan proses rekrutmen sampel *Whole Genome Sequencing* (WGS)

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan tim humas dan pemasaran untuk dapat lebih aktif dalam mempromosikan layanan

- penelitian berbasis genomic, sekaligus mempromosikan layanan baru genomic ini melalui media sosial RSAB Harapan Kita seperti Instagram, Web serta *Banner*
2. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen
 3. Melakukan sosialisasi secara internal didalam ruang lingkup RSAB mengenai adanya proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan genomic berbasis penelitian dan juga layanan
 4. Melakukan monev ataupun rapat internal secara berkala agar instalasi penelitian pusat inisiatif sekuensing genom dan biomedis, yang terhitung merupakan instalasi baru, agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya
Januari	46
Februari	38
Maret	49
April	29
Mei	65
Juni	59
Juli	71
Agustus	50
September	178
Oktober	59
November	55
Desember	23
TAHUN 2024	722

Pada Tahun 2024 ini, jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya adalah sebesar 722 sampel, dimana sampel

yang paling banyak diperiksa adalah pada bulan September sebanyak 178 sampel.

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 72%. Adapun kegagalan IKU ini dikarenakan kurang optimalnya proses rekrutmen sampel karena kurangnya sosialisasi secara berkala ke masyarakat luas.

Permasalahan

Kurang optimalnya proses rekrutmen sampel dikarenakan kurangnya sosialisasi secara berkala ke masyarakat luas.

Rencana Tindak Lanjut

1. Melakukan koordinasi dengan tim humas dan pemasaran untuk dapat lebih aktif dalam mempromosikan layanan penelitian berbasis genomic, sekaligus mempromosikan layanan baru genomic ini melalui media sosial RSAB Harapan Kita seperti Instagram, website rumah sakit serta *banner*
2. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen
3. Melakukan sosialisasi secara internal didalam ruang lingkup RSAB Harapan Kita mengenai adanya proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan genomic berbasis penelitian dan juga layanan
4. Melakukan monev ataupun rapat internal secara berkala agar instalasi penelitian pusat inisiatif sekuensing genom dan biomedis, yang terhitung merupakan instalasi baru, agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.

18) Sasaran strategis: Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

- a) IKU-33: RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Tabel 3.8.33
Capaian IKU-33 : RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Optimalisasi koordinasi dan pelaksanaan penandatanganan MoU dengan Kanagawa *Children Medical Center*
2. Mengoptimalkan koordinasi dan pelaksanaan dalam menentukan substansi kerjasama terkait feasibility study, perjanjian kerjasama layanan KIA
3. Pelaporan dan dokumentasi penyelenggaraan untuk laporan evaluasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat mengenai finalisasi *agreement* dan mekanisme jadwal pelaksanaan penandatanganan MoU dengan panitia iWATCH
2. Melakukan kerjasama dengan rumah sakit lain atau institusi kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya

Pencapaian Kinerja

Periode	Realisasi	Keterangan
Tahun 2024	1 Layanan	MoU dengan Kanagawa <i>Children Medical Center</i> Japan

Pada Tahun 2024 ini, RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional adalah 1 layanan.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah adanya MoU dengan Kanagawa *Children Medical Center* Japan saat pelaksanaan iWATCH di Jakarta. Selain itu, adanya koordinasi yang intensif dan komitmen kerja sama luar negeri yang efektif dan upaya sosialisasi dan juga diseminasi kesepakatan yang telah di tandatangani turut menjadi faktor kontributor dalam keberhasilan pencapaian MoU ini.

Permasalahan

1. Belum adanya arahan pimpinan lebih lanjut terkait pendanaan kegiatan Penandatanganan MoU serta Peningkatan Ilmu dan Tindakan (*transfer knowledge* dan *skill*) sebesar Rp.126.515.000.

2. Untuk pelaksanaan kegiatan dengan jejaring internasional belum tercatat dalam satu pelaporan sehingga agak kesulitan saat dibutuhkan data terkait kegiatan dengan jejaring internasional yang sudah berjalan

Rencana Tindak Lanjut

1. Sudah dilakukan pembahasan dengan pimpinan pada tanggal 5 Desember 2024 bahwa pendanaan kegiatan Penandatanganan MOU serta Peningkatan Ilmu dan Tindakan (transfer knowledge dan skill) sebesar Rp126.515.000 menggunakan dana dari Timker Diklat.
2. Melakukan koordinasi dengan tim yang pernah di kirim pelatihan/pendidikan dengan jejaring internasional: pengumpulan *soft file* sertifikat, laporan kegiatan, melakukan koordinasi dengan Diklat dan OSDM

b) IKU-34: Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

Tabel 3.8.34
Capaian IKU-34 : Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	-	-	-	80%	84.38%	105%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

1) Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu:

- a. Parkir
- b. Ruang Tunggu
- c. Taman
- d. Toilet Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung.

$$\text{Rumus} = \frac{(\text{Jumlah Skor})}{400} \times 100\%$$

2) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari *Check in* di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit) Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Melaksanakan perbaikan kamar mandi gedung parkir dan pembersihan tangga darurat dan tersedianya ruang tunggu sesuai standar
- 2) Taman : Pemeliharaan taman *vertical garden*
- 3) Toilet : Pengecekan toilet setiap jam
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Memperbaiki ketepatan waktu kehadiran dokter di poliklinik, mengatur jadwal praktik dokter sesuai dengan kapasitas poliklinik
 - Koordinasi dengan perawat di rawat jalan untuk melakukan "Klik" pada setiap pasien ke *Nurse station*, dan penghitungan dari bertemu dengan perawat sampai

di periksa dokter dan diharapkan ada DPJP yang mengisi slot di pagi hari

- Koordinasi dengan Dokter dan perawat untuk kepatuhan dalam mengklik pada saat kehadiran pasien di Aplikasi SMART agar data dapat di tarik data valid.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Pembersihan tangga darurat dan perbaikan kamar mandi dengan penggantian lampu
- 2) Taman : Penyiraman rutin dan pemupukan, penggantian tanaman yang mati
- 3) Toilet : Pembuatan ceklist kebersihan toilet
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Mengingatkan dokter terkait jadwal praktik dan pasien terdaftar minimal 30 menit sebelumnya, pengaturan jadwal per ruangan sesuai kuota yang diajukan dokter
 - Melakukan monitor setiap bulan melalui SMART dan di laporkan ke bagian Mutu serta *follow up* ke Tim Kerja Pelayanan Medik terkait dengan jam kepatuhan dokter yang praktek di Poliklinik
 - Melakukan monitoring dan Evaluasi serta analisa untuk pemecahan masalah

Pencapaian Kinerja

Indikator Penilaian	Kriteria	Sub Kriteria	Kriteria Penilaian		Realisasi Tahun 2024	Nilai per Kriteria	Nilai Akhir Tahun 2024
			Sesuai	20 poin			
1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	a. Parkir	Zonasi Parkir untuk Pasien, 70% dari Ruang Parkir	Sesuai	20 poin	20	100	100%
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Zona untuk Rawat Jalan: 06.30-19.00	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Pembayaran Cashless	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Pemanfaatan Valet Parking	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
			Sesuai	20 poin	20		



Indikator Penilaian	Kriteria	Sub Kriteria	Kriteria Penilaian		Realisasi Tahun 2024	Nilai per Kriteria	Nilai Akhir Tahun 2024
	b. Taman	Tempat Pick-up dan drop-off yang nyaman	Tidak Sesuai	10 poin	100	100	
		Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun luar Gedung dalam bentuk vertikal	≥ 30%	100 Poin			
			20 > RTH < 30%	75 Poin			
			10 > RTH < 20%	50 Poin			
	c. Toilet	Pengecekan Rutin (setiap jam) Standar Mall	Sesuai	50 poin	50	100	
			Tidak Sesuai	25 poin			
		Tersedia Toilet untuk yang Berkebutuhan Khusus	Ada	50 poin	50		
			Tidak Sesuai	25 poin			
	d. Ruang Tunggu	Ukuran Minimal 1 - 1,5 m ² / orang	Sesuai	20 poin	20	100	
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Disediakan TV dan Sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik	Sesuai	60 poin	60		
			Tidak Sesuai	30 poin			
Tersedia informasi antrian pasien		Tersedia	20 poin	20			
		Belum Tersedia	10 poin				

2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	No.	Kriteria	TW I	TW II	TW III	TW IV	Total	
	1	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit	4.605	4.094	13.328	13.660	35.687	68.75%
	2	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	9.239	7.258	18.432	16.978	51.907	
Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien								84.38%

IKU-34 ini terdiri dari 2 indikator yang dinilai, yakni Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi standar dan Persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit. Adapun realisasi dari indikator masing-masing adalah 100% dan 68.75%. Sehingga realisasi IKU Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien adalah sebesar 84.38%.

Analisa Capaian

Secara keseluruhan IKU ini mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 105%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan fasilitas pendukung sudah

memenuhi standar, dimana kualitas parkir siap pakai, bersih dan terawat; ruang tunggu tersedia dengan kapasitas yang cukup luas untuk Klinik Edelweiss, Amarylis dan klinik rawat jalan lainnya; kondisi tanaman tumbuh subur di taman dan rajin dilakukan perawatan secara berkala; dan kondisi toilet bersih, kering dan tidak berbau.

Sedangkan untuk waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, capaian WPRJ Poliklinik Eksekutif di Triwulan III mencapai target yaitu 81%. Hal ini dikarenakan adanya layanan 'one stop service' yang berdampak pada efisiensi alur dan waktu pelayanan pasien, namun karena kepatuhan kehadiran dokter masih belum baik, risiko untuk tidak tercapai cukup besar. Indikator ini akan berhasil apabila semua perawat patuh melakukan 'Klik' pada setiap pasien datang dan akan gagal bila perawat lupa melakukan "Klik" pada pasien yang datang, ataupun ketika dokter ada yang mengisi slot di pagi hari mungkin akan tercapai target yang diharapkan, sehingga kepatuhan dokter dan perawat dalam mengklik pada setiap pasien dan selalu di ingatkan selalu terus menerus.

Permasalahan

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : *Supply* air agak terhambat karena dimatikan, karena jika dinyalakan banyak disalahgunakan, dan untuk ruang tunggu Alamanda sedang dilaksanakan perluasan renovasi.
- 2) Taman : *Supply* air sering terkendala, air tidak mengalir dari sumber
- 3) Toilet : Pasien yang mengantri hendak ke toilet, membuat pengecekan untuk pembersihan menjadi terhambat
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :



- Kepatuhan kehadiran dokter di poliklinik masih rendah, kompetensi pengukuran antropometrik perawat masih perlu diperbaiki
- Bila perawat sedang sebagai asisten dokter, dan yang menerima petugas lain tidak melakukan "Klik" sehingga data tidak valid dan dokter tidak sesuai jam praktek (slot).
- Belum patuhnya dokter dan perawat untuk mengklik sebagai suatu kebutuhan akan keberhasilan capaian waktu tunggu.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Melakukan pengawasan area parkir yang disalahgunakan untuk mencuci mobil
- 2) Taman : Pemasangan pompa *booster* untuk membantu proses penyiraman
- 3) Toilet : Meminta izin kepada pasien yang mengantri untuk bersabar menunggu saat sedang dibersihkan
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Memberikan *feedback* kepatuhan kehadiran dokter kepada KSM secara rutin per triwulan, membangun kebiasaan mengingatkan dokter terkait jadwal praktik dan pasien yang terdaftar minimal 30 menit sebelumnya, berkoordinasi dengan KSM Anak untuk memberikan *on the job training* pengukuran antropometrik pada anak kepada perawat poliklinik eksekutif
 - Sosialisasi kepada petugas lain untuk melakukan "Klik" di akun perawat agar data dapat di tarik sesuai DO dan melakukan pendekatan ke DPJP dan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk bisa mendorong DPJP mengisi slot dipagi hari

- Sosialisasi yang terus menerus dan di evaluasi setiap hari mana yang tidak mengklik dan di informasikan

c) IKU-35: Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Tabel 3.8.35
Capaian IKU-35 : Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
35	Waktu pelayanan Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Petugas penanganan pengaduan masyarakat menangani pengaduan sesuai dengan SOP-AP serta koordinasi berkala kepada unit kerja yang terkena pengaduan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan keluhan pelanggan menerima keluhan dari pelanggan serta melakukan konfirmasi ke unit terkait untuk

mendapatkan hasil korektif/ preventif yang akan disampaikan kepada pelanggan sebagai penyelesaian keluhan

2. Melakukan proses koordinasi dengan unit kerja terkait, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD) agar waktu tanggap keluhan oleh *customer service* atau pranata humas ketika menerima keluhan secara lisan/tatap muka, telepon, maupun *link* ditanggapi dengan baik.

Pencapaian Kinerja

Periode	Respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit	Jumlah seluruh komplain Non-Medis	% Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
Januari	8	8	100%
Februari	7	7	100%
Maret	10	10	100%
April	1	1	100%
Mei	2	2	100%
Juni	7	7	100%
Juli	9	9	100%
Agustus	8	8	100%
September	5	5	100%
Oktober	10	10	100%
November	1	1	100%
Desember	4	4	100%
Tahun 2024	72	72	100%

Pencapaian kinerja IKU-35, yakni Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan) mencapai 100%. Dimana dari 72 Jumlah seluruh komplain Non-Medis kesemuanya berhasil ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai masing-masing standar waktu.

Analisa Capaian

IKU-35 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan efektivitas dan responsivitas setiap unsur :

- Sarana dan Prasarana: Diukur dengan perbaikan dan pemeliharaan yang tepat waktu serta ketersediaan fasilitas yang memadai.
- Perilaku Pelaksana: Dapat dilihat dari sikap profesional, cepat tanggap, dan transparansi dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
- Kompetensi Pelaksana: Diukur berdasarkan kemampuan teknis dalam menyelesaikan pengaduan dan kualitas solusi yang diberikan

Permasalahan

1. Unsur Sarana Prasarana (Fasilitas yang mendukung pelaksanaan layanan) yaitu AC mati di ruang perawatan dan tidak tersedia tempat parkir di dikarenakan RSAB Harapan Kita sedang melakukan kegiatan
2. Unsur Perilaku Pelaksana (Sikap dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat)
3. Unsur Kompetensi Pelaksana (kemampuan dan keahlian petugas dalam memberikan layanan), yaitu penyampaian edukasi, informasi, dan hasil pemeriksaan laboratorium dan lainnya oleh tim dokter dan perawat kepada orangtua pasien cenderung kurang informatif, kurang seimbang, kurang koordinasi, kurang etik, kurang empati, dan kurang komunikatif sehingga beberapa kali terjadi perbedaan pendapat dan mekanisme penanganan pasien antar dokter atau perawat dalam tim, yang akhirnya membuat orang tua menjadi bingung, terpaksa mengikuti, dan tertekan secara mental.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan IPSRS secara berkala terkait perbaikan sarana dan prasarana RS serta melakukan monitoring dan evaluasi melalui kegiatan Halo Pasien
2. Sosialisasi dan Monitoring Evaluasi Penerapan Standar Interaksi Pelayanan Publik yang berkesinambungan untuk mempertahankan target dengan unit kerja terkait

d) IKU-36: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Tabel 3.8.36
Capaian IKU-36 : Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	-	-	-	80%	98.25%	123%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan rumah sakit pada 10 layanan prioritas.

Cara Perhitungan

Indikator Klinis terpilih pada RS Khusus: sesuai kekhususannya
 Kekhususan RSAB Harapan Kita adalah pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dengan Indikator Klinis KIA adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr
2. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr
3. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS
4. Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan

Rumus:

- Terlebih dulu *cut-off* capaian indicator dikonversi ke 100%
- (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indikator klinis yang diukur)

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mempersiapkan SDM yang kompeten (mengikuti pelatihan baik di dalam negeri maupun di luar negeri),
2. Sarana prasarana yang memadai
3. Membangun kerjasama tim.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Membuat alur dan SOP-AP pelayanan sehingga dapat menunjang rencana aksi tersebut
2. Melakukan monitoring layanan.
3. Mengadakan diskusi kasus sulit

Pencapaian Kinerja

No.	Indikator Standar Klinis KIA	Total kumulatif capaian setelah konversi	jumlah indikator klinis yang diukur	% Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis
1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	96%	1	96%
2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	97%	1	97%
3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	100%	1	100%
4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	100%	1	100%
TAHUN 2024		393%	4	98.25%

Pencapaian kinerja IKU-36 sebesar 98.25% Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis mencapai 393%, dengan jumlah indikator klinis yang diukur sebanyak 4 indikator.

Analisa Capaian

IKU-36 ini sudah mencapai 123% dari target yang diharapkan, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya SDM yang kompeten, kerjasama tim serta sarana dan prasarana yang memadai.

Permasalahan

Peningkatan kompetensi SDM untuk bisa lebih kompeten.

Rencana Tindak Lanjut

Mempersiapkan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang lengkap serta kerja sama tim.

- e) IKU-37: Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik

Tabel 3.8.37

Capaian IKU-37 : Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
37	Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

1. Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100
2. Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50

3. Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100
 4. Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50
 5. Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja
- Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100
- Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99
- Nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio POBO dibagi dua.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan rasio kas dan rsio POBO sesuai dengan rentang nilai standar

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Meningkatkan tata kelola RS lebih baik lagi, dengan cara meningkatkan rasio kas dan rsio POBO sesuai dengan rentang nilai standar

Pencapaian Kinerja

URAIAN	Kriteria	Tahun 2024	Hasil Rasio	SKOR 2024	% Capaian Tata Kelola RSV BLU
Rasio Kas	Didalam rentang Standar 180-360%	Rp. 47.417.380.623	272,80%	100	100%
	Diluar rentang Standar 180-360%	Rp. 17.381.784.408			
Rasio POBO	Diatas nilai standar (>45% atau >65%)	Rp. 461.606.296.506	108%	100	
	Dibawah nilai standar (>45% atau >65%)	Rp. 427.295.080.848			

IKU-37 terealisasi sebesar 100% dimana realisasi rasio kas adalah sebesar 272,80% masih dalam rentang standar 180-360%. Dan juga realisasi rasio POBO sebesar 108% yang berada diatas

nilai standar (>45% atau >65%) sehingga masing-masing mendapat skor 100.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai 100% dari target yang diharapkan, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan rumah sakit sangat menjaga kinerja keuangan sesuai dengan standarnya sehingga semakin meningkatkan tata kelola rumah sakit yang lebih baik.

Permasalahan

Masih terdapat beberapa indikator yang belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

Monitoring indikator yang belum optimal dan mengusahakan agar indikator tersebut dapat dioptimalkan.

19) Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan

- a) IKU-38: Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Tabel 3.8.38
Capaian IKU-38 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	100%	105%	90%	100%	111%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor

40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target (belum)

1. Memastikan kegiatan pemeliharaan sarana dan prasarana terlaksana dengan baik
2. Memastikan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) berfungsi baik dalam menunjang operasional Rumah Sakit

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan pemantauan kondisi sarana, prasarana, peralatan medik dan non medik
2. Melakukan perbaikan dan pemeliharaan sarana, peralatan medik dan non medik

Pencapaian Kinerja

Uraian	TAHUN 2024		
	Jumlah	Standar Acuan	% Pemenuhan
Pemenuhan Sarana (S)	100	100	100%
Pemenuhan Prasarana (P)	100	100	100%
Pemenuhan Alat Kesehatan (A)	184	184	100%
Pemenuhan SPA	384	384	100%

IKU-38, yakni Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar sudah terealisasi sebesar 100%, dimana pemenuhan Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan sudah mencapai 100% dari standar acuan.

Analisa Capaian

IKU-38 ini sudah mencapai target yang direncanakan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini

dikarenakan pemantauan terhadap pemenuhan SPA berfungsi dengan baik.

Permasalahan

1. Pelaksanaan pemeliharaan gedung, terutama pemeliharaan koridor rawat inap mengalami kendala terkait spesifikasi pekerjaan yang dilaksanakan dan waktu pelaksanaan yang melebihi kontak. Vendor pelaksana kurang kompeten terkait pekerjaan dan tidak adanya tenaga ahli.
2. Terjadi kebocoran radiasi di ruang *CT Scan* di Instalasi Radiologi, dimana pengecekan *CT Scan* terkendala *charge* biaya di luar kontrak *service*
3. Kurangnya daya kapasitas trafo isolasi di ruang OK 3 dan 6 saat tindakan operasi besar (contoh: operasi jantung)
4. Kabel tegangan rendah dari trafo 1 ke LVMDP, suhu mencapai hampir 70°C
5. Pembagian beban listrik RSAB Harapan Kita antara trafo 1 dan 2 tidak seimbang
6. Belum difasilitasinya aplikasi *EcoStruxure Advisor Schneider* yang berfungsi untuk pemantauan dan monitoring panel induk RSAB Harapan Kita oleh Instalasi SIMRS
7. Belum tersedianya alat perkantoran (PC/Laptop) tambahan yang mendukung aplikasi arsitektur untuk proses perencanaan bangunan

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan Unit Layanan Pengadaan (ULP) dan memperkuat persyaratan yang tertuang pada TOR pekerjaan
2. Upgrade daya trafo isolasi OK 3 dan 6 4.
3. Penambahan penarikan kabel dari trafo 1 ke panel LVMND
4. Penambahan 1 panel blokset pada LVMDP TR 2

5. Melakukan koordinasi dengan Instalasi SIMRS untuk langganan aplikasi dan ketersediaan alat perkantoran (PC/ laptop)
- b) IKU-39: Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Tabel 3.8.39
Capaian IKU-39 : Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
39	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	-	-	-	90%	100%	111%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan monitoring terkait pelaksanaan kalibrasi agar sesuai dengan jadwal dan tidak melebihi tanggal *expired* kalibrasi tahun sebelumnya.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan rekap harian daftar alat yang telah dilakukan kalibrasi



Pencapaian Kinerja

Periode (Akumulasi)	Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi	Jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit	% Prasarana dan alat kesehatan
TW I 2024	826	1,738	48%
TW II 2024	1,573	1,738	91%
TW III 2024	1,738	1,738	100%
TW IV 2024	1,738	1,738	100%
TAHUN 2024	1,738	1,738	100%

Dari 1.738 jumlah alat yang wajib dikalibrasi, secara keseluruhan alat kesehatan telah dilakukan kalibrasi sampai dengan tahun 2024, dengan realisasi Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar sebesar 100%.

Analisa Capaian

IKU-38 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 111%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah terlaksananya kalibrasi alat medik yang telah dijadwalkan sehingga menjadi layak pakai.

Permasalahan

Pada tahun 2023 banyak alat yang sedang mengalami kerusakan dan tidak bisa dikalibrasi di tahun yang sama, sehingga jumlah alat yang dikalibrasi di tahun 2024 menjadi bertambah.

Rencana Tindak Lanjut

Dilakukan penambahan daftar alat medik yang belum terkalibrasi, pada pelaksanaan kalibrasi tahun 2024.

20) Sasaran Strategis: Meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan rujukan

a) IKU-40: % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Tabel 3.8.40
Capaian IKU-40 : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	-	-	-	100%	67.95%	68%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan- des) dengan capaian :

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

Jumlah pelaporan 13 INM setiap bulannya (Januari – Desember)

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Capaian INM yang sudah mencapai target rata-rata adalah 9 indikator dan yang tidak tercapai ada 4 indikator :

1. Kepatuhan kebersihan tangan (71,66%)
2. Kepatuhan penggunaan APD (98,11%)
3. Kepatuhan identifikasi pasien (98,24%)
4. Waktu tunggu rawat jalan (43,66%)

Rencana Aksi :

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : melakukan re-edukasi pelatihan PPI tentang kebersihan tangan untuk 5 moment melalui pelatihan korporat
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : melakukan re edukasi tentang penggunaan APD terutama sarung tangan sesuai standar PPI
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien melalui resosialisasi kepada PPA
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan koordinasi dengan perawat dan dokter terkait kepatuhan dalam mengklik panggil pasien sesuai waktu kedatangan pasien di pelayanan, baik pada saat tiba di perawat ataupun pada saat dokter mulai melakukan pemberian layanan terhadap pasien.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : mengingatkan dan melakukan edukasi individual saat pelatihan PPI korporat tentang 5 *moment* terutama untuk petugas yang kontak pasien/pelayanan pasien.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : pelatihan korporat dengan materi Alat Pelindung Diri kepada seluruh petugas
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi SOP AP Kepatuhan Identifikasi Pasien dan supervisi berjenjang
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan monitoring dan evaluasi dari hasil capaian dan melaporkan ke Komite Mutu

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target dibagi Total INM
Januari	8	61.54%
Februari	8	61.54%
Maret	8	61.54%
April	8	61.54%
Mei	8	61.54%
Juni	9	69.23%
Juli	9	69.23%
Agustus	10	76.92%
September	10	76.92%
Oktober	9	69.23%
November	10	76.92%
Desember	9	69.23%
TAHUN 2024	9	67.95%

IKU-40 ini terealisasi sebesar 67,95%. Dimana Indikator Nasional Mutu (INM) yang berhasil mencapai target pada Tahun 2024 bervariasi jumlahnya, antara 8-10 Indikator dari 13 Indikator yang diukur dengan rata-rata indikator yang berhasil mencapai target pada tahun 2024 ada sebanyak 9 indikator.

Analisa Capaian

IKU ini belum mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 68%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan ada beberapa Indikator Nasional Mutu (INM) yang



masih belum mencapai target, seperti Kepatuhan Kebersihan Tangan, Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), Kepatuhan Identifikasi Pasien dan Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit.

Permasalahan

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : masih cukup banyak petugas yang kontak pasien yang belum memahami 5 *moment* kebersihan tangan sehingga kesadaran untuk melakukan kebersihan tangan sesuai 5 *moment* masih belum mencapai target baik.
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : masih ada petugas di layanan pasien yang belum mengikuti pelatihan korporat
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Masih ditemukan pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien belum memahami risiko yang dapat ditimbulkan terhadap pasien, sehingga kesadaran untuk melakukan kepatuhan identifikasi pasien perlu ditingkatkan
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Bila perawat dan dokter mengklik panggil pasien tidak sesuai alur layanan yang ada (mulai dari proses Registrasi, panggil Perawat dan panggil Dokter) dan tidak mematuhi alur layanan tersebut yang menyebabkan hasil capaian waktu tunggu yang tidak sesuai, seperti hasil data minus ataupun kosong sehingga data tersebut banyak di eksklusi dan hasil capaian untuk waktu tunggu belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : Terus melakukan edukasi, sosialisasi dan bimbingan ulang untuk 5 *moment* kebersihan tangan. melakukan monitoring dan evaluasi dengan *tools*

- WHO *guideline* serta melaporkan hasilnya dengan nama petugas ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti. usulan ke Direksi untuk kepatuhan petugas yang kurang baik selama 3 bulan berturut turut akan diberikan sangsi
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : terus menerus melakukan edukasi dan mengingatkan petugas tentang penggunaan APD terutama sarung tangan agar sesuai standar dan tidak membahayakan pasien dan lingkungan.
 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi dan bimbingan ulang terkait identifikasi pasien, monitoring dan evaluasi dengan *tools* yang telah disepakati dan melaporkan secara rutin untuk capaian kepatuhannya ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti.
 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan sosialisasi dan mengingatkan perawat dan dokter agar patuh dalam melakukan klik panggil pasien dan penambahan *pop-up* pesan di menu klik panggil pasien berupa *notice* “tidak dapat melakukan klik pasien dikarenakan proses sebelumnya belum dilakukan”, agar tahapan perhitungan waktu tunggu sesuai dengan alur layanan yang ada.

b) IKU-41: Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

Tabel 3.8.41
Capaian IKU-41 : Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	-	-	-	75%	64.71%	86%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Budaya keselamatan adalah pada *hand note*

Cara Perhitungan

Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target:

1. Meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien untuk meminimalkan insiden keselamatan pasien
2. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien, baik Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Pencapaian Kinerja

Periode	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan
TAHUN 2024	64.71

Analisa Capaian

1. Banyak SDM yang kurang memahami pentingnya survei Budaya keselamatan pasien
2. Banyaknya responden yang memilih jawaban "Netral" dimana jawaban ini tidak termasuk respon positif dan menjadi faktor penyebut / pembagi

Permasalahan

Skor Budaya Positif yang belum mencapai target :

- Pengaturan Staf dan tempo kerja
- Respon terhadap *Error*
- Dukungan Supervisor, Manajer atau Ketua Medis untuk Keselamatan Pasien
- Komunikasi tentang *Error*

- Keterbukaan Komunikasi
- Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien
- Dukungan Manajemen Rumah sakit Untuk Keselamatan pasien
- Penyerahan dan Pertukaran Informasi

Rencana Tindak Lanjut

1. Mengembangkan dan menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan untuk tenaga kesehatan. Materi pelatihan dapat mencakup cara bekerja dalam budaya keselamatan pasien, berinteraksi dengan pasien, dan melaporkan kejadian yang terjadi.
 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan pasien
 3. Memastikan pasien diidentifikasi dengan benar
 4. Mengembangkan sistem pelaporan
 5. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 6. Pimpinan rumah sakit memulai dan mengimplementasikan budaya keselamatan pasien, serta menilai dan merancang upaya untuk meningkatkannya
- c) IKU-42: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal pelayanan Kesehatan.

Tabel 3.8.42

Capaian IKU-42 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.5%	100%	108%	95%	100%	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan dikali 100%

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target:

1. Melaksanakan Tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
2. Dukungan manajemen/pimpinan dalam penguatan sumber daya yang diperlukan seperti anggaran, *personel*, sistem atau peralatan, untuk mengimplementasikan rekomendasi tindak lanjut sekaligus menjadi upaya pengendalian internal yang efektif, efisien dan akuntabel.
3. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
4. SPI Melakukan pendampingan dan pengawasan kepada *auditee* terkait rencana tindakan korektif atas temuan auditor eksternal BPK RI agar TL lebih spesifik, terukur, dan realistis untuk memperbaiki masalah yang diidentifikasi.
5. Pengawasan berjenjang oleh atasan langsung dalam pelaksanaan kegiatan di unit kerja.
6. Menyusun Daftar Risiko pengawasan dan mitigasi risiko terkait dengan pengawasan.

7. Memperbaiki kontrak kinerja seluruh unit kerja yang berlandaskan proses bisnis atau tata kelola manajemen yang akuntabel, sehingga meminimalkan risiko *mal-administrasi* atau temuan kesalahan kinerja.
8. Mendokumentasikan seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
2. SPI melakukan Pengawasan Internal/ Pendampingan terkait kegiatan operasional di RSAB Harapan Kita mulai dari Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring Evaluasi, dan Tindak Lanjut dan bekerjasama dengan unit kerja/ *auditee* agar meminimalisir temuan oleh auditor.
3. Menerapkan *Three Line Defense* dalam tata kelola manajemen risiko di RSAB Harapan Kita, dimulai dari lini pertama pemilik dan pengelola risiko, lini kedua SubKomite Manajemen Risiko dan lini ketiga oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) sebagai fungsi pengawasan/reviu dan evaluasi terhadap pengendalian risiko.
4. SPI sebagai unit kerja pengawasan melakukan pemantauan dan berkoordinasi dengan Dirjen Yankes dan Itjen APTLHP terkait update temuan BPK RI, dengan bukti kertas kerja Matriks Pemantauan temuan oleh APTLHP, Dirjen Pelayanan kesehatan dan Inspektorat I Kemenkes, hingga seluruh rekomendasi tindak lanjut dinyatakan tuntas paripurna.
5. SPI melibatkan peran pimpinan (Dirut dan Direksi) mengenai komitmen dari manajemen dalam upaya

penguatan sistem, sumber daya, dan regulasi untuk memastikan implementasi rekomendasi yang efektif dan efisien.

6. SPI intens melakukan pendampingan kepada unit kerja/ *auditee* mengenai pemahaman rekomendasi temuan tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
7. SPI memberikan saran dan masukan mengenai sistem pengendalian internal yang kuat kepada unit kerja/ *auditee* agar tidak menjadi temuan berulang.
8. SPI melakukan konsolidasi kepada *auditee* mengenai pendokumentasian seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor.

Pencapaian Kinerja

Periode (Akumulasi)	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK	% Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
TW I 2024	40	42	100%
TW II 2024	48	53	91%
TW III 2024	53	53	100%
TW IV 2024	53	53	100%
TAHUN 2024	53	53	100%

Dari 53 Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, secara keseluruhan rekomendasi telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, sehingga realisasi IKU-42 adalah sebesar 100%.

Analisa Capaian

IKU-42 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 105%. Analisa keberhasilan pencapaian IKU ini:

1. Bahwa rekomendasi hasil audit BPK RI untuk TA 2023 sudah tuntas ditindaklanjuti selama periode kerja tahun anggaran 2024 dan dinyatakan tuntas.
2. Untuk audit BPK RI TA 2023 telah selesai periode pemeriksaan, namun matriks rekomendasi temuan baru terbit akhir Juni 2024 sedang proses surat perintah untuk Tindak Lanjut (TL) dari Sekjen dan Dirjen Yankes.
3. Adapun keberhasilan dalam memenuhi target penyelesaian rekomendasi BPK RI adalah dengan berkoordinasi dengan auditee dan melakukan pendampingan terkait dengan dokumen tindak lanjut.
4. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes

Permasalahan

1. Temuan oleh BPK RI baru terbit dan masih menunggu surat dari Sekjen dan Dirjen Yankes untuk keperluan administrasi dalam melakukan Tindak Lanjut hasil Pemeriksaan dari BPK-RI yang selanjutnya akan dibuatkan surat dari Dirut untuk tindak lanjut temuan tersebut.
2. adanya perbedaan Perhitungan Antara BPK-RI dengan Pihak Bank Syariah Indonesia serkait suku bunga antara Konvensional dan Sistem Bagi Hasil.

Rencana Tindak Lanjut

1. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
2. SPI Melakukan Pengawasan Internal/Pendampingan terkait kegiatan operasional di RSAB Harapan Kita mulai dari Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring Evaluasi, dan Tindak



- Lanjut dan bekerjasama dengan unit kerja/auditee agar meminimalisir temuan oleh auditor.
3. SPI sebagai unit kerja pengawasan melakukan pemantauan dan berkoordinasi dengan Itjen APTLHP terkait update temuan BPK RI, dengan bukti kertas kerja Matriks Pemantauan temuan oleh APTLHP, Dirjen Pelayanan kesehatan dan Inspektorat I Kemenkes, hingga seluruh rekomendasi tindak lanjut dinyatakan tuntas paripurna.
 4. SPI melibatkan peran pimpinan (Dirut dan Direksi) mengenai komitmen dari manajemen dalam upaya penguatan sistem, sumber daya, dan regulasi untuk memastikan implementasi rekomendasi yang efektif dan efisien.
 5. SPI intens melakukan pendampingan kepada unit kerja/auditee mengenai pemahaman rekomendasi temuan tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
 6. SPI memberikan saran dan masukan mengenai sistem pengendalian internal yang kuat kepada unit kerja/auditee agar tidak menjadi temuan berulang.
 7. SPI melakukan konsolidasi kepada auditee mengenai pendokumentasian seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor.
 8. SPI dalam membuat draft Surat yang dibutuhkan untuk Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK RI tahun Anggaran 2023 menunggu nomor surat dari Sekjen dan Dirjen Yankes sebagai dasar Surat dari Dirut RSAB Harapan Kita.
 9. SPI membuat draft tagihan kekurangan Bunga deposito pada pihak BSI dan melampirkan catatan dari BPK-RI terkait cara penghitungan Suku Bunga Deposito yang disepakati saat Kontrak di tandatangani

d) IKU-43: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tabel 3.8.43
Capaian IKU-43 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	111.34%	117%	90%	112.53%	125%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya

$$\text{Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU} = \frac{\text{Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Percepatan pelaksanaan penagihan pasien pelayanan baik pasien BPJS, Umum Tunai dan Asuransi/ Perusahaan serta melakukan optimalisasi aset melalui KSO atau penyewaan lahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan monitoring dan optimalisasi untuk meningkatkan penerimaan dengan cara percepatan tagihan BPJS/ tagihan non BPJS maupun penerimaan pasien Umum /tunai, serta melakukan monitoring pelaksanaan kerjasama KSO dan penyewaan lahan.

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% REALISASI TARGET PENDAPATAN BLU
Pendapatan BLU (Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya)	Rp. 472.894.261.223	112.53%
Target Pendapatan BLU	Rp. 420.228.670.000	

Pada tahun 2024 ini IKU-43 terealisasi sebesar 112.53%. Dimana pendapatan BLU (Pendapatan Rawat Jalan + Pendapatan Rawat Inap + Pendapatan Layanan lainnya) adalah sebesar Rp. 472.894.261.223 dari target pendapatan BLU sebesar Rp. 420.228.670.000,-

Analisa Capaian

IKU-43 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 125%. Keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan pendapatan BLU meningkat melebihi target pendapatan yang diharapkan.

Permasalahan

1. Masih adanya tagihan BPJS, Asuransi dan Perusahaan yang masih pending, tidak dibayarkan sesuai dengan tagihan, dan baru dibayarkan N+2 setelah bulan pelayanan
2. Masih belum maksimalnya penerimaan dari optimalisasi aset atau sewa lahan, sehingga lahan yang kosong belum dapat langsung disewakan kembali

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan kelengkapan dokumen penagihan dan menambah volume pasien serta memaksimalkan pemanfaat lahan.

e) IKU-44: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Tabel 3.8.44
Capaian IKU-44 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96.76%	99.8%	96%	98.61%	103%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Monitoring realisasi penyerapan bersumber Rupiah Murni.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melaksanakan Monev anggaran bersumber Rupiah Murni dengan 8 pengendali Anggaran setiap awal bulan.

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TH. 2024	% Realisasi Anggaran bersumber RM
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Rp. 62.541.417.590	98,61%
Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Rp. 63.420.272.000	

Pada tahun 2024 ini IKU-44 sudah terealisasi sebesar 98,61%. Dimana dari Rp. 63.420.272.000,- total anggaran yang bersumber

dari Rupiah Murni, yang terealisasi sebesar Rp. 62.541.417.590,-

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan dengan realisasi sebesar 103%. Adapun kegagalan dalam pencapaian IKU dikarenakan ada beberapa anggaran yang belum dapat terealisasi maksimal, seperti belanja pengampunan jejaring.

Permasalahan

Realisasi pada belanja pengampunan jejaring yang belum maksimal sampai dengan triwulan IV tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut

Koordinasi dengan *user* agar segera merealisasikan belanja tersebut

- f) IKU-45: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Tabel 3.8.45

Capaian IKU-45 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	99.11%	104%	90%	97.41%	108%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Monitoring penyerapan realisasi Anggaran bersumber BLU

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melaksanakan Monev anggaran bersumber Rupiah BLU dengan 8 pengendali Anggaran setiap awal bulan

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% REALISASI ANGGARAN BERSUMBER BLU
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Rp.451.964.356.035	97,41%
Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Rp.463.991.606.000	

IKU-45 sudah terealisasi sebesar 97,41%. Dimana dari Rp. 451.964.356.035,-, total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU, terdapat Rp.463.991.606.000,- yang baru terealisasi.

Analisa Capaian

IKU-45 ini sudah mencapai 108% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan IKU ini dikarenakan adanya optimalisasi realisasi belanja dengan cara melakukan pekerjaan yang sudah siap melakukan penagihan.

Permasalahan

Penambahan belanja remunerasi yang di sebabkan adanya Keputusan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 335 Tahun 2024 mengenai Penetapan Remunerasi bagi Pejabat Pengelola, Pegawai dan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit pada Kementerian Kesehatan.

Rencana Tindak Lanjut

Mengusulkan pemakaian saldo Awal, Koordinasi dengan Pengendali Anggaran OSDM untuk mengusulkan kekurangan pagu Remunerasi.

g) IKU-46: Persentase nilai EBITDA Margin

Tabel 3.8.46
Capaian IKU-46 : Persentase EBITDA Margin

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
46	Persentase EBITDA Margin	15%	5.21%	35%	15%	6,80%	45%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.

Keterangan :

1. Bunga adalah biaya yang harus dikeluarkan sebagai imbalan atas pembiayaan yang diberikan oleh pihak lain
2. Pajak adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Rumah sakit vertikal merupakan salah satu satuan kerja instansi pemerintah pusat yang tidak dibebankan Pajak atas pendapatan yang diterima
3. Depresiasi atau Penyusutan Barang Milik Negara (BMN) adalah penyesuaian nilai sehubungan dengan penurunan kapasitas dan manfaat dari suatu aset. BMN berupa aset tetap selain tanah dan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) disusutkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang penyusutan aset tetap pada entitas pemerintah pusat. Depresiasi atau Penyusutan BMN diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan

4. Amortisasi adalah alokasi harga perolehan aset tak berwujud secara sistematis dan rasional selama masa manfaatnya, yang hanya dapat diterapkan atas aset tak berwujud yang memiliki masa manfaat terbatas. Barang Milik Negara (BMN) berupa aset tak berwujud dilakukan amortisasi sesuai ketentuan yang berlaku tentang amortisasi pada pemerintah pusat. Amortisasi diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan

Cara Perhitungan

$$\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA dibagi Pendapatan}) \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan Pendapatan serta efisiensi pada biaya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

melakukan analisis atas capaian pendapatan, serta monitoring atas penggunaan biaya

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% EBITDA Margin
EBITDA	Rp. 25.261.597.099	6,80%
Pendapatan RS	Rp. 371.543.908.082	

Pada tahun 2024 ini IKU-46 sudah terealisasi sebesar 6,80%. Dimana dari Pendapatan Rumah Sakit sebesar Rp25.261.597.099,- EBITDA adalah sebesar Rp. 371.543.908.082,-

Analisa Capaian

IKU-46 ini belum mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 45%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan capaian masih dibawah standard, dimana biaya masih belum efisien dan pengembangan layanan masih belum optimal untuk menambah pendapatan.

Permasalahan

Ebitda margin belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan efisiensi biaya serta melakukan pengembangan layanan-layanan.

6. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Sumber daya yang dimaksud pada laporan ini merupakan sumber daya energi sistem utilitas, SDM, dan anggaran. RSAB Harapan Kita sebagai salah satu unit vertikal pelayanan publik di bidang kesehatan ikut serta dalam program efisiensi energi, maka harus berupaya semaksimal mungkin untuk mencari alternatif-alternatif dalam efisiensi energi.

a. Penggunaan sumber daya listrik

Pemakaian sumber daya listrik tidak dapat dihindarkan lagi dalam operasional rumah sakit. Namun demikian bukan berarti pemakaian listrik dapat dipergunakan secara bebas dan tidak terkontrol.

Penghematan pemakaian listrik harus diupayakan dari tahun ke tahun, karena merupakan program pemerintah tentang efisiensi energi atau efisiensi sumber daya (air, listrik, gas, dan lain-lain). RSAB Harapan Kita sebagai salah satu unit vertikal pelayanan publik di bidang kesehatan turut berperan dalam program pemerintah yaitu efisiensi energi. Dimana rumah sakit hari berupaya semaksimal mungkin untuk mencari alternatif - alternatif dalam program efisiensi energi. Berikut data penggunaan listrik TA. 2024 dan TA. 2023:

TABEL 3.9
PENGUNAAN LISTRIK RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Pemakaian (dibandingkan 2023)
			2024		2023		
			Kwh	Rp	Kwh	Rp	
1	Januari	1,070,622	1,088,700	Rp 1,121,556,790	1,019,640	Rp 1,050,582,250	7%
2	Februari	1,097,754	1,101,480	Rp 1,133,968,735	1,045,480	Rp 1,078,826,830	5%
3	Maret	928,326	1,016,580	Rp 1,046,712,475	884,120	Rp 912,780,040	15%
4	April	1,033,242	1,094,820	Rp 1,128,035,080	984,040	Rp 1,015,286,080	11%
5	Mei	1,020,600	1,076,760	Rp 1,109,431,495	972,000	Rp 1,003,571,650	11%
6	Juni	1,159,158	1,188,288	Rp 1,223,400,669	1,103,960	Rp 1,137,542,305	8%
7	Juli	1,174,068	1,086,036	Rp 1,117,446,229	1,118,160	Rp 1,153,059,625	-3%
8	Agustus	1,187,424	1,098,162	Rp 1,129,368,003	1,130,880	Rp 1,165,844,215	-3%
9	September	1,158,759	1,169,268	Rp 1,202,985,456	1,103,580	Rp 1,136,290,600	6%
10	Oktober	1,092,987	1,188,528	Rp 1,223,286,009	1,040,940	Rp 1,072,109,665	14%
11	November	1,253,700	1,194,168	Rp 1,228,964,545	1,194,000	Rp 1,229,021,875	0%
12	Desember	1,180,242	1,088,778	Rp 1,119,902,820	1,124,040	Rp 1,156,872,070	-3%
JUMLAH			13,391,568	Rp 13,785,058,306	12,720,840	Rp 13,111,787,205	5%
RATA-RATA			1,115,964		1,060,070		

Pemakaian listrik pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% dibandingkan dengan pemakaian listrik pada tahun 2023. Peningkatan pemakaian listrik dapat disebabkan karena semakin berkembangnya layanan yang ditawarkan oleh RSAB Harapan Kita diantaranya Klinik Amarylis, serta untuk menunjang pelayanan rumah sakit selama tahun 2024 terdapat penambahan alat medik baru, penambahan unit AC split, FCU, serta videotron media informasi dan iklan.

Tindak lanjut yang terus dilakukan yaitu dengan mensosialisasikan hemat energi dengan menerbitkan Surat Edaran tentang penggunaan sumber daya energi listrik, yang dapat dilihat dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan berikut:

- a. Mematikan AC sentral selesai jam kerja kantor yang bukan pelayanan
- b. Mematikan seluruh alat yang memakai listrik apabila sedang tidak digunakan

- c. Mematikan salah satu lift yang ada di gedung utama pada saat jam operasional kantor sudah selesai
- d. Mematikan Alat Rumah Tangga seperti dispenser, rice cooker, teko listrik dan lain lain

b. Penggunaan Sumber Daya LPG

Peruntukan utama Gas LPG adalah untuk memasak makanan pasien sehingga ketersediaannya harus kontinu. Meskipun demikian, upaya efisiensi penggunaan bahan bakar LPG merupakan prioritas yang harus dilaksanakan. Berikut tabel penggunaan LPG tahun 2024 dan tahun 2023.

TABEL 3.10
PENGUNAAN LPG RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Penggunaan LPG (dibandingkan 2024)
			2024		2023		
			Kg	Rp	Kg	Rp	
1	Januari	1,229	1,149	Rp 21,171,474	1,068.30	Rp 21,075,454	8%
2	Februari	1,097	673	Rp 12,400,698	954.10	Rp 18,822,513	-29%
3	Maret	1,404	1,123	Rp 21,519,570	1,220.47	Rp 24,185,426	-8%
4	April	1,320	891	Rp 18,197,784	1,148	Rp 22,100,910	-22%
5	Mei	1,092	1,232	Rp 24,923,940	950	Rp 18,883,464	30%
6	Juni	915	796	Rp 15,645,339	796	Rp 23,922,720	0%
7	Juli	1,150	1,272	Rp 24,090,441	1,000	Rp 17,828,709	27%
8	Agustus	978	918	Rp 17,118,864	850	Rp 14,384,603	8%
9	September	1,401	700	Rp 13,103,106	1,218	Rp 19,779,170	-43%
10	Oktober	1,088	919	Rp 17,341,530	946	Rp 16,302,015	-3%
11	November	1,197	807	Rp 15,228,090	1,041	Rp 18,848,133	-22%
12	Desember	868	868	Rp 16,379,160	755	Rp 13,879,884	15%
JUMLAH			11,348	Rp 217,119,996	11,946	Rp 230,013,002	-5%
RATA-RATA			946		996		

Penggunaan LPG pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 5% dari tahun 2023. Tidak dapat kendala berarti pada operasional dapur gizi. Efisiensi pemakaian LPG harus terus dijaga dan ditingkatkan dengan melakukan koordinasi dan sosialisasi secara berkala terkait cara pola memasak para juru masa atau tata boga. Pemantauan instalasi gas LPG juga harus terus dilakukan untuk memastikan tidak terjadi kebocoran gas yang dapat menyebabkan peningkatan konsumsi gas LPG.

c. Penggunaan Sumber Daya Solar

Penggunaan sumber daya solar diperlukan sebagai bahan bakar untuk produksi *steam* dan pembangkit listrik cadangan di rumah sakit, dimana ketersediaanya harus kontinyu. Meskipun demikian, upaya efisiensi penggunaan bahan bakar solar merupakan prioritas yang harus dilaksanakan. Berikut tabel perbandingan penggunaan solar tahun 2024 dengan tahun 2023.

TABEL 3.11
PENGGUNAAN SOLAR RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Penggunaan (dibandingkan 2023)
			2024		2023		
			Liter	Rp	Liter	Rp	
1	Januari	13,650	12,820	Rp 260,092,880	13,000	Rp 298,573,920	-1%
2	Februari	15,750	14,500	Rp 301,658,000	15,000	Rp 347,452,200	-3%
3	Maret	15,225	15,000	Rp 312,060,000	14,500	Rp 326,950,920	3%
4	April	15,225	13,650	Rp 280,909,850	14,500	Rp 313,788,000	-6%
5	Mei	18,900	14,900	Rp 295,928,900	18,000	Rp 373,300,000	-17%
6	Juni	17,850	13,050	Rp 259,186,050	17,000	Rp 341,031,000	-23%
7	Juli	11,340	17,400	Rp 345,581,400	10,800	Rp 207,308,800	61%
8	Agustus	15,645	14,000	Rp 278,054,000	14,900	Rp 278,685,100	-6%
9	September	15,225	14,900	Rp 295,928,900	14,500	Rp 269,511,500	3%
10	Oktober	13,031	17,300	Rp 297,380,300	12,410	Rp 231,699,840	39%
11	November	14,564	15,000	Rp 244,967,600	13,870	Rp 281,339,080	8%
12	Desember	13,440	16,610	Rp 279,847,090	12,800	Rp 259,635,200	30%
JUMLAH			179,130	Rp 3,451,594,970	171,280	Rp 3,529,275,560	5%
RATA-RATA			14,928		14,273		

Penggunaan solar pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% bila dibandingkan dengan pemakaian tahun 2023 dengan total pemakaian sebesar 179.130 liter. Sesuai rekomendasi dari SPI, pencatatan persediaan stok solar termasuk dengan stok pada tangki mesin genset dan boiler. Pemakaian solar digunakan untuk mesin genset dan boiler.

- 1) Genset, terdapat 2 (dua) unit genset dengan kapasitas 1500 KVA. Pemanasan dilakukan selama 30-40 menit setiap minggunya. Pada tahun 2024 telah dilaksanakan uji beban genset dan pengambilan sampel emisi, pemeliharaan trafo, selain itu telah terjadi beberapa kali trip PLN sehingga mesin

genset dioperasikan sebagai sumber listrik alternatif RSAB Harapan Kita.

- 2) Boiler kapasitas 2 ton. Boiler ini digunakan setiap hari pukul 04.00 s.d. 21.00 WIB. Selain itu, setiap tahunnya dilakukan juga uji emisi, uji beban, uji K3 sertifikasi mesin boiler.

Efisiensi penggunaan minyak solar tetap terus dilakukan, salah satunya dengan pemantauan instalasi steam boiler agar tidak terjadi kebocoran yang dapat menyebabkan peningkatan penggunaan minyak solar.

d. Penggunaan Sumber Daya Air

Penggunaan air sangat diperlukan sebagai bahan operasional utama untuk kegiatan pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita, sehingga ketersediaannya harus tetap terjaga. Meskipun air sangat dibutuhkan tetapi dalam penggunaannya harus dilakukan secara efisien, sehingga perlu dilakukan kajian/analisis data pemakaian air setiap triwulan serta mencari upaya-upaya yang mungkin dapat mengurangi pemakaian air secara efisien. Berikut tabel perbandingan penggunaan air pada tahun 2024 dengan 2023.

TABEL 3.12
PENGUNAAN AIR RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	PEMAKAIAN					Persentase Penggunaan Air (dibandingkan 2024)
		TARGET	2024		2023		
		M ³	M ³	Rp	M ³	Rp	
1	Januari	11,172	3,517	Rp 5,602,095	9,715	Rp 15,363,945	-64%
2	Februari	10,562	3,983	Rp 6,336,045	9,184	Rp 14,527,620	-57%
3	Maret	10,623	4,146	Rp 6,592,770	9,237	Rp 15,697,845	-55%
4	April	11,416	4,555	Rp 7,236,945	9,927	Rp 15,603,525	-54%
5	Mei	12,073	3,871	Rp 6,159,645	10,498	Rp 16,597,170	-63%
6	Juni	12,016	4,193	Rp 6,666,795	10,449	Rp 16,519,995	-60%
7	Juli	11,183	7,496	Rp 11,869,020	9,724	Rp 15,378,120	-23%
8	Agustus	11,852	9,818	Rp 15,526,170	10,306	Rp 16,436,520	-5%
9	September	11,270	9,681	Rp 15,310,395	9,800	Rp 15,497,820	-1%
10	Oktober	10,603	9,226	Rp 14,593,770	9,220	Rp 14,584,320	0%
11	November	13,567	9,823	Rp 15,534,045	11,797	Rp 18,643,095	-17%
12	Desember	13,567	9,471	Rp 14,979,645	11,797	Rp 18,643,095	-20%
JUMLAH		139,902	79,780	Rp 126,407,340	121,654	Rp 193,493,070	-34%
RATA-RATA			6,648		10,138		

Penggunaan air pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar -34% bila dibandingkan dengan pemakaian pada tahun 2023. Efisiensi penggunaan terus dilakukan dengan melakukan monitoring instalasi air dalam kondisi baik, serta melakukan perbaikan pipa-pipa yang mengalami kebocoran, dan terus dilakukan sosialisasi hemat energi dengan menerbitkan Surat Edaran tentang penggunaan sumber daya air, yang dapat dilihat dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan berikut:

- 1) Menggunakan air secukupnya dan secara bijak
- 2) Mematikan kran
- 3) Tidak menggunakan air untuk kebutuhan pribadi seperti mencuci mobil jemputan pegawai di gedung parkir
- 4) Memperbaiki dan melaporkan apabila terjadi kebocoran air

e. Analisis Efisiensi Sumber Daya Manusia

Secara kuantitas kinerja SDM RSAB Harapan Kita tahun 2024 mengalami peningkatan, yang diketenggarai dengan peningkatan jumlah pasien dan pencapaian target pendapatan RS, namun secara kualitas banyak hal perlu dievaluasi, agar capaian tersebut benar-benar dapat diukur lebih konsisten dan bermakna. Salah satu yang perlu dievaluasi adalah cara pengukuran kinerja individu yang melakukan kegiatan administratif. Upaya ini perlu dilakukan agar setiap individu memiliki kesadaran untuk berprestasi sebagaimana dengan SDM yang memberikan pelayanan langsung. Upaya ini juga diperlukan agar ada keseimbangan prestasi antara pelayanan dan non-pelayanan, juga meningkatkan kerjasama antara *back office* dan *front office*.

Pencapaian target jam pelatihan perlu diantisipasi bukan hanya menggugurkan kewajiban tetapi juga meningkatkan kualitas pegawai dan kualitas pelayanan.

Pemenuhan tenaga yang sudah dilakukan di tahun 2024, harus dievaluasi secara berkala agar tujuan penambahan tenaga benar-benar memenuhi harapan, tugas selanjutnya yang masih menjadi



pekerjaan rumah adalah pemberdayaan tenaga dengan status Non-ASN yang sampai akhir tahun 2024 masih belum jelas pengelolaannya. Hal lain yang perlu dibudayakan adalah implementasi nilai BerAKHLAK sebagai *guidance* civitas RSAB Harapan Kita berkarya.

f. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran

- 1) Alokasi belanja daya dan jasa (listrik, telepon dan air) tahun anggaran 2024 bersumber dari BLU Besar alokasi untuk belanja daya dan jasa Rp.14.400.044.000,- serapan tahun 2024 sebesar Rp. 14.148.543.016,- atau 98,25%. Jika dibandingkan dengan tahun 2023 dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 12.492.078.000,- serapan triwulan IV (empat) tahun 2023 sebesar Rp.12.453.166.212,- atau 99.68%.
- 2) Alokasi pagu anggaran tahun 2024 untuk Rupiah Murni sebesar Rp.63.420.272.000,- terdiri dari gaji pegawai dan tunjangan Rp. 60.420.272.000,- Belanja Barang sebesar Rp 3.000.000.000,- Serapan tahun 2024 sebesar Rp 62.557.334.330 ,- atau 98,61%
- 3) Alokasi pagu anggaran Tahun 2024 untuk TW IV sebesar Rp 463.991.606.000,- terdiri dari belanja operasional dan modal. Serapan s.d TW IV Rp 451.964.356.035 ,- atau 97,41%

g. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSAB Harapan Kita adalah sebagaimana tercantum dalam dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Anggaran Tahun Anggaran 2023. Barang Milik Negara (BMN) gabungan intrakomptabel dan ekstrakomptabel RSAB Harapan Kita per tahun 2023 bernilai nominal sebesar Rp5.272.922.121.356 dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- 1) Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 70.811 M2 dengan nilai nominal sebesar Rp.4.040.526.790.000,-

- 2) Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, dengan nilai nominal sebesar Rp709.734.233.968,-
- 3) Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, dengan nilai nominal sebesar Rp496.801.972.251,-
- 4) Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, jalan seluas 16.111 M2 dengan nilai nominal sebesar Rp.156.558.000,-
- 5) Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 5 unit dengan nilai nominal sebesar Rp7.285.423.000,-
- 6) Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 6 unit dengan nilai nominal sebesar Rp3.578.880.098,-
- 7) Aset tetap lainnya, dengan kode kelompok barang 135121, sejumlah 1.381 buah dengan nilai nominal sebesar Rp376.827.151,-
- 8) Konstruksi Dalam Pengerjaan Rp14.230.932.038,-
- 9) *Software* dengan nilai nominal sebesar Rp230.504.850,-

7. Analisis Program/ Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja.

Program Kerja Strategis yang dilaksanakan pada tahun 2024 sesuai dengan yang tercantum dalam RSB tahun 2020 – 2024 revisi keempat tahun 2023. Dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicators* (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja $\geq 100\%$, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini.

Berikut adalah program/kegiatan yang perlu dievaluasi dan ditingkatkan pencapaiannya, dimana sebagian besar terdapat pada Sasaran strategis *given* dari Kementerian Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut :

1) Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri: Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Dengan capaian indikator yang masih rendah, yakni 25%, dimana kegiatan yang sudah dilakukan adalah melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana loan SIHREN dan juga koordinasi internal dengan unit kerja terkait, seperti Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan (Diklat), Unit Layanan Pengadaan (ULP), Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Anggaran (PEA) dan Tim Kerja Pelaksana Keuangan dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampuan KIA.

Dikarenakan kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit Madya menggunakan dana SIHREN, maka ada perubahan mekanisme anggaran (sesuai arahan dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kemenkes tanggal 20 Agustus 2024 bahwa pelaksanaan kegiatan visitasi ke RS yang diampu akan dilaksanakan pada bulan Oktober - Desember Tahun 2024 dan harus di sesuaikan dengan Petunjuk Khusus Revisi pasca Keputusan Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024), sehingga menghambat pelaksanaan kegiatan. Kedepannya akan dilakukan evaluasi dan koordinasi yang intensif dengan supra system terkait pelaporan dan proses Administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana SIHREN, ataupun dana yang lain yang berasal dari pusat, selain itu akan meningkatkan koordinasi internal dana rangka mencari alternatif solusi terhadap pembiayaan kegiatan honor narasumber agar segera terbayarkan. Selain itu, koordinasi intensif kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim

pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampunan KIA.

2) Tersedianya sistem dan data pelayanan Kesehatan : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS.

Dengan capaian indikator hanya sebesar 72%, dengan kegiatan yang sudah dilakukan secara internal dan eksternal. Dimana kegiatan internal yang dilakukan adalah melakukan koordinasi intensif dengan Tim humas dan pemasaran untuk dapat meningkatkan promosi layanan penelitian berbasis *genomic*, sekaligus mempromosikan layanan baru *genomic* melalui media sosial RSAB Harapan Kita. Selain itu, juga melakukan sosialisasi internal di RSAB Harapan Kita mengenai proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan *genomic* berbasis penelitian dan juga layanan dan juga mengadakan *monev* berkala dan rapat internal. Sedangkan untuk kegiatan eksternal, melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen.

3) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Dengan capaian indikator hanya sebesar 68%, kegiatan yang sudah dilakukan seperti :

- a) Kepatuhan Kebersihan Tangan : mengingatkan dan melakukan edukasi individual saat pelatihan PPI korporat tentang 5 moment terutama untuk petugas yang kontak pasien/pelayanan pasien.
- b) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : pelatihan korporat dengan materi Alat Pelindung Diri kepada seluruh petugas
- c) Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi SOP AP Kepatuhan Identifikasi Pasien dan supervisi berjenjang



- d) Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan monitoring dan evaluasi dari hasil capaian dan melaporkan ke Komite Mutu.

Dan kedepannya Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kepatuhan Kebersihan Tangan : Terus melakukan edukasi, sosialisasi dan bimbingan ulang untuk 5 moment kebersihan tangan. melakukan monitoring dan evaluasi dengan *tools WHO guideline* serta melaporkan hasilnya berdasarkan nama petugas ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti. usulan ke Direksi untuk kepatuhan petugas yang jelek selama 3 bulan berturut turut akan diberikan sanksi
- b) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : terus menerus melakukan edukasi dan mengingatkan petugas tentang penggunaan APD terutama sarung tangan agar sesuai standar dan tidak membahayakan pasien dan lingkungan.
- c) Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan re-sosialisasi dan bimbingan ulang terkait identifikasi pasien, melakukan monitoring dan evaluasi dengan tools yang telah disepakati dan melaporkan secara rutin untuk capaian kepatuhannya ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti.
- d) Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan sosialisasi dan mengingatkan perawat dan dokter agar patuh dalam melakukan klik panggil pasien dan penambahan popup pesan di menu klik panggil pasien berupa notice tidak dapat melakukan klik pasien dikarenakan proses sebelumnya belum dilakukan agar tahapan perhitungan waktu tunggu sesuai dengan alur layanan yang ada.

4) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan : Persentase nilai EBITDA Margin

Capaian indikator ini adalah sebesar 47%. Kegiatan yang sudah dilakukan adalah melakukan analisis atas capaian pendapatan, serta

monitoring atas penggunaan biaya, dimana penyebab kegagalannya adalah beban yang melebihi standar, sehingga kedepannya perlu dilakukan efisiensi belanja dan peningkatan pengembangan layanan untuk menambah pendapatan.

B. Realisasi Anggaran

TABEL 3.13
REALISASI ANGGARAN BELANJA
PER 31 DESEMBER 2024

URAIAN	2024			2023		
	ANGGARAN	REALISASI	% THD ANGG	ANGGARAN	REALISASI	% THD ANGG
A. Pendapatan Negara dan Hibah						
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak						
Pendapatan BLU	420,228,670,000	472,894,261,223	112.53	350,564,882,000	390,999,290,939	111.53
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	-	203,040,488	-	-	354,077,309	-
JUMLAH PENDAPATAN	420,228,670,000	473,097,301,711	112.58	350,564,882,000	391,353,368,248	111.64
B. Belanja Negara						
Belanja Pegawai	60,420,272,000	59,845,140,981	99.05	50,459,994,000	49,068,461,340	97.24
Belanja Barang	426,838,575,000	415,680,839,944	97.39	358,148,501,000	354,005,509,657	98.84
Belanja Modal	40,153,031,000	38,979,792,700	97.08	77,880,644,000	77,488,886,791	99.50
JUMLAH BELANJA	527,411,878,000	514,505,773,625	97.55	486,489,139,000	480,562,857,788	98.78
Surplus/Defisit						
Surplus/(Defisit)	(107,183,208,000)	(41,408,471,914)	38.63	(135,924,257,000)	(89,209,489,540)	65.63
SILPA / (SILKA)	(107,183,208,000)	(41,408,471,914)	38.63	(135,924,257,000)	(89,209,489,540)	65.63

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 1 Januari - 31 Desember 2024.

Realisasi Pendapatan Negara per 31 Desember 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar **Rp. 473.097.301.711** atau mencapai **112,58 persen** dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar **Rp.420.228.670.000**.

Realisasi Belanja Negara pada per 31 Desember 2024 adalah sebesar **Rp. 514.505.773.625** atau mencapai **97,55 persen** dari alokasi anggaran sebesar **Rp. 527.411.878.000**.

Realisasi Belanja tersebut dirinci menurut Sumber Dana terdiri dari :

- Belanja Rupiah Murni sebesar **Rp. 62.541.417.590** atau **98,64 persen** dari anggaran sebesar **Rp. 63.420.272.000** tidak terdapat Belanja Pinjaman Luar Negeri, dan tidak terdapat Belanja Rupiah Murni Pendamping;
- Belanja BLU sebesar **Rp. 451.964.356.035** atau **97,41 persen** dari anggaran sebesar **Rp. 463.991.606.000**.

LAPORAN KINERJA
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024



Jalan Letnan Jenderal S. Parman Kavling 87 Slipi, Jakarta -11420
Telepon (021) 5668284 (hunting), Faksimile (021) 5601816, 5673832

Pos-el : info@rsabhk.co.id

Laman : www.rsabhk.co.id



**DAFTAR DISTRIBUSI
LAPORAN KINERJA TAHUN 2024**

No	Distribusi (jabatan atau lokasi)	Jumlah
1	Dewan Pengawas (Dewas)	1
2	Direksi RSAB Harapan Kita	5
3	Tim Kerja Pelayanan Medik	1
4	Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Anggaran	1
5	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	1
6	Komite Mutu	1
7	Arsip/cadangan	2
Jumlah		12



LAPORAN KINERJA TAHUN 2024
RSAB HARAPAN KITA

Jakarta, 31 Januari 2025

Disetujui oleh:

Direktur Utama,

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.Kes
NIP 197710032006042002

Direktur Medik dan Keperawatan,

dr. Endah Citraresmi, Sp. A (K) MARS
NIP 197202182009122002

Plt. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian,

dr. Eva Devita Harmoniati, Sp.A(K)
NIP 197703182014122002

Direktur Perencanaan dan Keuangan,

Nola Juasnita Bermawi, SE
NIP 919670612202310201

Direktur Layanan Operasional

dr. Kamal Amiruddin, MARS
NIP 19711016200501002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas karunia dan kehendakNya Laporan Kinerja tahun 2024 RSAB Harapan Kita telah berhasil diselesaikan dengan baik. Laporan Kinerja tahun 2024 ini merupakan pelaporan dengan periode waktu 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2024, yang disusun dalam rangka untuk memberikan gambaran umum terhadap realisasi dari pelaksanaan kegiatan operasional RSAB Harapan Kita, sekaligus sebagai upaya evaluasi terhadap pelaksanaan Rencana Kerja Operasional Laporan Kinerja tahun 2024.

Pada akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Kinerja tahun 2024 RSAB Harapan Kita ini, baik waktu, pemikiran, serta tenaga sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Semoga Allah SWT memberikan ridho, karunia dan rahmat-Nya, sehingga senantiasa RSAB Harapan Kita akan berkembang menuju kearah yang lebih baik, Amin.

Jakarta, 8 Januari 2025

Direktur Utama,

}{ttd}

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.Kes

DAFTAR ISI

	Hal
Kata Pengantar	i
Ikhtisar Eksekutif	ii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Gambaran Umum RSAB Harapan Kita	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
D. Visi, Misi dan Sasaran Strategis.....	4
E. Permasalahan Utama (<i>Strategic Issued</i>).....	7
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	14
A. Rencana Kinerja Operasional (RKO).....	14
B. Perjanjian Kinerja.....	15
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	19
A. Capaian Kinerja	19
1. Capaian Indikator Kinerja Utama Pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024 dan 2023.....	19
2. Capaian Indikator Kinerja Utama dengan Target Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2024.....	27
3. Capaian Kinerja Pelayanan Tahun 2024 dengan Tahun 2023.....	27
4. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Kualitas Tahun 2024 dengan Standar Nasional.....	33
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian kinerja tahun 2024.....	37
6. Analisis Efisiensi Sumber Daya.....	159
7. Analisis Program/Kegiatan Yang Menunjang Keberhasilan Atau Kegagalan Pencapaian Perjanjian Kinerja.....	166
B. Realisasi Anggaran.....	170
BAB IV PENUTUP	171

A. Kesimpulan.....	171
B. Langkah-langkah di Masa Mendatang.....	175
LAMPIRAN.....	183
1. Lampiran 1. Kontrak Kinerja Tahun 2024.....	183
2. Lampiran 2. Kekuatan Personil Tahun 2024.....	188
3. Lampiran 3. Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	189
4. Lampiran 4. Neraca Tahun 2024.....	190
5. Lampiran 5. Laporan Operasional 2024.....	191
6. Lampiran 6. Laporan Perubahan Ekuitas Tahun 2024.....	192
7. Lampiran 7. Laporan Barang Kuasa Pengguna Gabungan Intrakomptabel Tahun 2024.....	193
8. Lampiran 8. Laporan Barang Kuasa Pengguna Gabungan Ekstrakomptabel Tahun 2024.....	196

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perjanjian Kinerja Tahun 2024.....	15
Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	20
Tabel 3.2 Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan Menurut Jenis Pembiayaan Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	27
Tabel 3.3 Perbandingan Kinerja Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	29
Tabel 3.4 Perbandingan Kinerja Pelayanan Rawat Inap Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	30
Tabel 3.5 Perbandingan Kinerja Pelayanan Penunjang Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	31
Tabel 3.6 Perbandingan Kinerja Pelayanan Operatif/ Non Operatif Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	32
Tabel 3.7 Perbandingan Standar Pelayanan Minimal Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	34
Tabel 3.8.1 Capaian IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan.....	37
Tabel 3.8.2 Capaian IKU-2 : Jumlah Modul SIMRS yang Terintegrasi.....	39
Tabel 3.8.3 Capaian IKU-3 : Prosentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan.....	41
Tabel 3.8.4 Capaian IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi.....	43
Tabel 3.8.5 Capaian IKU-5 : Prosentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3.....	45
Tabel 3.8.6 Capaian IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal.....	47
Tabel 3.8.7 Capaian IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi.....	50
Tabel 3.8.8 Capaian IKU-8 : Prosentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis.....	52
Tabel 3.8.9 Capaian IKU-9 : Prosentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-	

natal).....	54
Tabel 3.8.10 Capaian IKU-10 : Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio.....	57
Tabel 3.8.11 Capaian IKU-11 : Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	59
Tabel 3.8.12 Capaian IKU-12 : Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi	61
Tabel 3.8.13 Capaian IKU-13 : Kepatuhan terhadap alur klinis <i>Clinical Pathway</i> (CP)	63
Tabel 3.8.14 Capaian IKU-14 : Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE).....	66
Tabel 3.8.15 Capaian IKU-15 : Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	68
Tabel 3.8.16 Capaian IKU-16 : Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan.....	71
Tabel 3.8.17 Capaian IKU-17 : Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak	73
Tabel 3.8.18 Capaian IKU-18 : Pembangunan WBK dan WBBM.....	75
Tabel 3.8.19 Capaian IKU-19 : Kecepatan waktu tanggap komplain.....	80
Tabel 3.8.20 Capaian IKU-20 : Tingkat pertumbuhan pendapatan.....	85
Tabel 3.8.21 Capaian IKU-21 : Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO).....	87
Tabel 3.8.22 Capaian IKU-22 : Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.....	89
Tabel 3.8.23 Capaian IKU-23 : Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di rumah sakit khusus.....	92
Tabel 3.8.24 Capaian IKU-24 : Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN.....	94
Tabel 3.8.25 Capaian IKU-25 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna.....	96
Tabel 3.8.26 Capaian IKU-26 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama.....	101
Tabel 3.8.27 Capaian IKU-27 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai	

strata madya.....	104
Tabel 3.8.28 Capaian IKU-28 : Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit.....	108
Tabel 3.8.29 Capaian IKU-29 : Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.....	111
Tabel 3.8.30 Capaian IKU-30 : Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan.....	113
Tabel 3.8.31 Capaian IKU-31 : Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS.....	115
Tabel 3.8.32 Capaian IKU-32 : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS.....	117
Tabel 3.8.33 Capaian IKU-33 : RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional.....	120
Tabel 3.8.34 Capaian IKU-34 : Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien.....	122
Tabel 3.8.35 Capaian IKU-35 : Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan.....	128
Tabel 3.8.36 Capaian IKU-36 : Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis.....	131
Tabel 3.8.37 Capaian IKU-37 : Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik.....	133
Tabel 3.8.38 Capaian IKU-38 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.....	135
Tabel 3.8.39 Capaian IKU-39 : Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar.....	138
Tabel 3.8.40 Capaian IKU-40 : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target.....	140
Tabel 3.8.41 Capaian IKU-41 : Capaian hasil Survey Budaya	

Keselamatan.....	144
Tabel 3.8.42 Capaian IKU-42 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti.....	146
Tabel 3.8.43 Capaian IKU-43 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	152
Tabel 3.8.44 Capaian IKU-44 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	154
Tabel 3.8.45 Capaian IKU-45 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU.....	155
Tabel 3.8.46 Capaian IKU-46 : Persentase EBITDA Margin.....	157
Tabel 3.9 Penggunaan Listrik RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	160
Tabel 3.10 Penggunaan LPG RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	161
Tabel 3.11 Penggunaan Solar RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	162
Tabel 3.12 Penggunaan Air RSAB Harapan Kita Tahun 2024 dan Tahun 2023.....	163
Tabel 3.13 Realisasi Anggaran Belanja Tahun 2024	170

IKHTISAR EKSEKUTIF

Sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) Kementerian Keuangan, RSAB Harapan Kita memiliki tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna untuk ibu dan anak secara berkesinambungan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pelaksanaan pelayanan lain di bidang pelayanan kesehatan. Dimana tujuan yang ingin diraih RSAB Harapan Kita adalah dengan meningkatkan status kesehatan dan senantiasa berorientasi kepada kepentingan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam rangka pencapaian Visi RSAB Harapan Kita yang merupakan penjabaran dari Visi Presiden, pada periode tahun 2020-2024 telah ditetapkan ukuran dan target kinerja utama yang hendak dicapai yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita tahun 2020-2024. Dimana pencapaian indikator pada tahun 2024 ini merupakan pelaksanaan dari Perjanjian Kinerja Tahun 2024 antara RSAB Harapan Kita dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, yang terdiri dari 21 (dua puluh satu) Sasaran Strategis dan 46 Indikator Kinerja Utama (IKU).

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)/ Key Performance Indicators (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja $\geq 100\%$, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini.
2. Jumlah pengunjung Rawat Jalan, baik Poliklinik dan Gawat Darurat pada tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 10% dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 12.870 pengunjung dari 128.601 pengunjung. Dengan peningkatan terbesar pada pasien BPJS sebanyak 20%. Namun pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar 1%. Peningkatan ini terjadi dikarenakan sistem rujukan pasien BPJS, baik di layanan gawat darurat maupun di poliklinik.

3. Jumlah hari perawatan Rawat Inap tahun 2024 mengalami peningkatan 11% bila dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 6.992 hari perawatan dari 64.022 hari perawatan. Dimana peningkatan tertinggi ada pada pasien BPJS sebesar 15%. Dan pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar -16%. Capaian ini merupakan dampak dari peningkatan jumlah kunjungan pasien Rawat Jalan sehingga mempengaruhi peningkatan jumlah pasien yang dirawat inap.
4. Pelayanan penunjang pada tahun 2024 bila dibandingkan dengan tahun lalu adalah sebagai berikut :
 - a. Layanan Laboratorium direncanakan sebesar 278.384 paket pemeriksaan dan terealisasi sebesar 248.641 paket pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 89% dari target tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 4% dari capaian kinerja tahun 2023. Tidak tercapainya layanan laboratorium ini disebabkan karena dampak perubahan kebijakan terkait pemeriksaan skrining Covid-19 kepada pasien sehingga terjadi penurunan volume pemeriksaan di laboratorium, juga adanya kebijakan baru tentang ketentuan pemeriksaan penunjang laboratorium untuk pasien rawat jalan reguler dengan jaminan kesehatan nasional.
 - b. Layanan Radiologi direncanakan sebesar 21.667 pemeriksaan, dan terealisasi sebesar 21.644 pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 99,89% dari target tahun 2024, realisasi ini naik sebesar 18% dari capaian kinerja tahun 2023. Layanan radiologi tahun ini tercapai disebabkan adanya pengembangan layanan *cathlab* sehingga berdampak kepada peningkatan volume pemeriksaan yang cukup signifikan di radiologi.
 - c. Layanan Farmasi direncanakan sebesar 1.415.537 item R/, dan terealisasi sebesar 1.200.544 item R/, dengan capaian kinerja sebesar 85% dari target tahun 2024, realisasi ini juga mengalami penurunan sebesar 1% dari capaian kinerja tahun 2023. Layanan farmasi di tahun 2024 ini tidak tercapai, disebabkan adanya perubahan dari sistem peresepan menjadi sistem paket antara lain paket melati, paket *cathlab*, paket bersalin dll, yang

awalnya di entry sebagai volume layanan (item resep) berubah menjadi amprahan unit / instalasi sehingga berpengaruh terhadap penurunan volume layanan resep di farmasi.

5. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya :

- a. Pemakaian listrik pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% dibandingkan dengan pemakaian listrik pada tahun 2023. Peningkatan pemakaian listrik dapat disebabkan karena semakin berkembangnya layanan yang ditawarkan oleh RSAB Harapan Kita diantaranya Klinik Amarylis, serta untuk menunjang pelayanan rumah sakit selama tahun 2024 terdapat penambahan alat medik baru, penambahan unit AC split, FCU, serta videotron media informasi dan iklan.
- b. Penggunaan LPG pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 5% dari tahun 2023. Tidak dapat kendala berarti pada operasional dapur gizi. Efisiensi pemakaian LPG harus terus dijaga dan ditingkatkan dengan melakukan koordinasi dan sosialisasi secara berkala terkait cara pola memasak para juru masa atau tata boga. Pemantauan instalasi gas LPG juga harus terus dilakukan untuk memastikan tidak terjadi kebocoran gas yang dapat menyebabkan peningkatan konsumsi gas LPG.
- c. Penggunaan solar pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% bila dibandingkan dengan pemakaian tahun 2023 dengan total pemakaian sebesar 179.130 liter. Sesuai rekomendasi dari SPI, pencatatan persediaan stok solar termasuk dengan stok pada tangki mesin genset dan boiler. Selain itu, pemakaian solar digunakan untuk mesin genset dan boiler.
- d. Penggunaan air pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar -34% bila dibandingkan dengan pemakaian pada tahun 2023. Efisiensi penggunaan terus dilakukan dengan melakukan monitoring instalasi air dalam kondisi baik, serta melakukan perbaikan pipa-pipa yang mengalami kebocoran.

6. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran

- a. Alokasi belanja daya dan jasa (listrik, telepon dan air) tahun anggaran 2024 bersumber dari BLU Besar alokasi untuk belanja daya dan jasa Rp.14.400.044.000,- serapan tahun 2024 sebesar Rp. 14.148.543.016,- atau 98,25%. Jika dibandingkan dengan tahun 2023 dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 12.492.078.000,- serapan triwulan IV (empat) tahun 2023 sebesar Rp.12.453.166.212,- atau 99.68%.
- b. Alokasi pagu anggaran tahun 2024 untuk Rupiah Murni sebesar Rp.63.420.272.000,- terdiri dari gaji pegawai dan tunjangan Rp. 60.420.272.000,- Belanja Barang sebesar Rp 3.000.000.000,- Serapan tahun 2024 sebesar Rp 62.557.334.330 ,- atau 98,61%.
- c. Alokasi pagu anggaran Tahun 2024 untuk Triwulan IV sebesar Rp 463.991.606.000,- terdiri dari belanja operasional dan modal. Serapan s.d Triwulan IV Rp 451.964.356.035 ,- atau 97,41%.

7. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Perjanjian Kinerja.

- a. Dari 46 total Indikator Kinerja Utama (IKU) yang tertuang dalam Perjanjian Kinerja dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, IKU yang dapat diukur pada tahun 2024 adalah sebanyak 46 indikator, dimana IKU yang sudah mencapai target adalah sebanyak 38 indikator (82,61%). Sebagian besar keberhasilan indikator ini adalah adanya monitoring dan evaluasi secara terus menerus dari setiap unit kerja terhadap pelayanannya masing-masing sehingga keberhasilan bisa tercapai.
- b. Dari 8 IKU yang tidak mencapai target (17,39%), 4 diantaranya berada dibawah capaian 80% (8,70%). Indikator dibawah 80% yang belum mencapai target yang diharapkan peningkatannya adalah:
 - 1) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya
 - 2) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS
 - 3) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
 - 4) Persentase nilai EBITDA Margin.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional (Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/638/2019), RSAB Harapan Kita harus meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang diamanahkan Menteri kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Sehingga dalam pelaksanaannya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat, RSAB Harapan Kita bertekad untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang unggul, berinovasi dan berdaya saing tinggi dengan rumah sakit kompetitor yang sejenis secara Nasional, dimana hal ini diiringi juga dengan peningkatan pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan ibu dan anak. Manajemen RSAB Harapan Kita berupaya memberikan dukungan yang transparan dan akuntabel serta pemberdayaan SDM yang profesional dan berintegritas tinggi, berkomitmen, dan berorientasi pada kepuasan pelanggan.

RSAB Harapan Kita sebagai salah satu UPT Kementerian Kesehatan RI dalam melaksanakan fungsi pemerintahan dalam bidang kesehatan, bersama-sama pemerintah, masyarakat, dan pihak swasta, perlu mengimplementasikan *Good Corporate Governance*, sebagai kebijakan sosial-politik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Salah satu bentuk pertanggungjawaban *Good Corporate Governance* adalah disusunnya laporan sebagai pelaksanaan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

Dengan demikian RSAB Harapan Kita secara berkala berkewajiban untuk mengkomunikasikan pencapaian tujuan/sasaran strategis organisasi kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang dituangkan ke dalam Laporan Kinerja Tahun 2024. Hal ini menjadi dasar/

landasan hukum dalam penyusunan Laporan Kinerja Rumah Sakit yang mengacu pada program strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 - 2024 revisi keempat tahun 2023 dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2024.

B. GAMBARAN UMUM RSAB HARAPAN KITA

Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, yang selanjutnya disingkat menjadi RSAB Harapan Kita, diresmikan pada tanggal 22 Desember 1979. Pada awal berdirinya memiliki nama lengkap Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita. Kemudian berkenaan dengan terbitnya Undang-undang Nomor 20 tahun 1997 tentang Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 124/KMK.03/1998 tentang Tata Cara Penggunaan Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP) di Bidang Pelayanan Kesehatan, maka terhitung mulai tanggal 27 Februari 1998 RSAB Harapan Kita berstatus sebagai rumah sakit pengguna Penghasilan Negara Bukan Pajak (PNBP). Pada tanggal 12 Desember 2000, melalui Peraturan Pemerintah Nomor 127 tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan (Perjan) Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita Jakarta, RSAB Harapan Kita berubah status dari rumah sakit pengguna PNBP menjadi rumah sakit Perusahaan Jawatan (Perjan)

Seiring perkembangannya, khususnya dalam rangka pengembangan pelayanan sekunder dan tersier kesehatan ibu, maka pada tanggal 23 Februari 2005 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 271/Menkes/SK/II/2005 telah terjadi perubahan nama, yakni dari Rumah Sakit Anak dan Bersalin Harapan Kita menjadi Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, dengan tetap disingkat RSAB Harapan Kita. Melalui perubahan nama ini cakupan pelayanan kesehatan kepada ibu/wanita tidak lagi hanya terbatas pada kasus kebidanan dan kandungan saja, namun lebih diperluas lagi menjadi seluruh kasus kesehatan wanita. Selanjutnya berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1243/MENKES/SK/VIII/2005 tentang Penetapan 13 (tiga belas) eks Rumah

Sakit Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan (saat ini menjadi Kementerian Kesehatan) dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka terhitung mulai tanggal 11 Agustus 2005 status RSAB Harapan Kita berubah dari rumah sakit Perjan menjadi rumah sakit yang menerapkan PPK-BLU dan status ini masih berlangsung hingga sekarang.

Pada tanggal 11 Oktober 2019, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/638/2019, RSAB Harapan Kita ditetapkan sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Tugas pokok RSAB Harapan Kita adalah berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita. Di dalam Permenkes tersebut, RSAB Harapan Kita mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit ibu dan anak.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSAB Harapan Kita menyelenggarakan fungsi:

1. Pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
2. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
3. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
4. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.
5. Penataan organisasi dan tata laksana;
6. Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
7. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;

8. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
9. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
10. Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
11. Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
12. Pelaksanaan anggaran;
13. Pelaksanaan urusan akuntansi;
14. Pengelolaan barang milik negara;
15. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit;
16. Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
17. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
18. Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
19. Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
20. Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
21. Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
22. Pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
23. Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;

D. VISI, MISI DAN SASARAN STRATEGIS

Sesuai dengan arahan Presiden pada sidang kabinet paripurna tanggal tanggal 24 Oktober tahun 2019 bahwa tidak ada visi misi menteri, namun semua mengacu pada visi misi Presiden dan Wakil Presiden. Adapun Visi Presiden adalah “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, dengan salah satu Misinya yang terkait dengan Kesehatan adalah “Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia”.

Dalam rangka melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan yaitu menciptakan

manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan dan RSAB Harapan Kita menjabarkannya menjadi “**Terdepan sebagai Pusat Kesehatan Ibu dan Anak Nasional**”. Dalam upaya mencapai Visi tersebut maka RSAB Harapan Kita memiliki misi sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang aman dan berkualitas
2. Menyelenggarakan pendidikan tenaga kesehatan di bidang kesehatan ibu dan anak
3. Menyelenggarakan pelatihan di bidang kesehatan ibu dan anak
4. Menyelenggarakan penelitian di bidang kesehatan ibu dan anak
5. Meningkatkan jejaring dan sistem rujukan di bidang kesehatan ibu dan anak.

Tata Nilai/*Core Values* RSAB Harapan Kita yang semula adalah CANTIK (Cepat, Akurat, Nyaman dan Aman, Transparan dan Akuntabel, Integritas Tinggi dan Kerja sama Tim) bertransformasi menjadi BerAKHLAK.

BerAKHLAK merupakan akronim dari Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif. Adanya *Core Values* Aparatur Sipil Negara (ASN) ini sebagai sari dari nilai-nilai dasar ASN sesuai dengan Undang-Undang No. 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara dalam satu kesamaan persepsi yang lebih mudah dipahami dan diterapkan oleh seluruh ASN.

Dalam rangka mencapai visi sesuai dengan perubahan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2022 (Peraturan Menteri Kesehatan No. 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024), maka Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita 2020-2024 revisi keempat Tahun 2023, menetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Terpenuhinya SDM yang kompeten.
2. Terpenuhinya SIMRS terintegrasi.
3. Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan.
4. Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan.
5. Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak.
6. Terselenggaranya layanan PINERE.
7. Terwujudnya tata kelola klinis sesuai *best practice*.
8. Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional.
9. Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
10. Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai *good governance*.
11. Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal.
12. Terwujudnya peningkatan pendapatan.
13. Terwujudnya efisiensi biaya.
14. Terwujudnya dukungan terhadap transformasi layanan rujukan.

Selanjutnya, sasaran strategis tersebut dijabarkan dalam program kerja strategis, disertai target indikator untuk mengukur capaian kinerja. Perencanaan kinerja dilakukan dengan melibatkan seluruh unsur-unsur terkait di lingkungan RSAB Harapan Kita, serta dengan menempuh tahapan-tahapan sebagaimana yang telah diatur dalam petunjuk pelaksanaan. Hasil dari perencanaan kinerja tersebut adalah berupa dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Perjanjian Kinerja RSAB Harapan Kita tahun 2024.

E. PERMASALAHAN UTAMA (*STRATEGIC ISSUED*)

Permasalahan utama (*strategic issued*) RSAB Harapan Kita pada Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Hasil survey indeks kesehatan budaya organisasi RSAB Harapan Kita tahun 2024 menunjukkan angka yang cukup sehat, yaitu 68,9%. Angka ini mengindikasikan bahwa secara umum budaya organisasi berada pada jalur yang positif namun masih ada isu yang harus diperbaiki. Isu-isu tersebut baru dapat teridentifikasi setelah adanya interaksi lebih mendalam (*Focus Group Discussion*) dengan pihak yang terlibat langsung dalam operasional dan pelaksanaan implementasi nilai budaya yaitu para Kepala Satuan Kerja dan staf. Nilai BerAKHLAK masih perlu peningkatan dalam implementasi nilai organisasi khususnya pada nilai Harmonis, Loyal dan Adaptif yang memerlukan perhatian lebih dibandingkan nilai lainnya.

2. Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA)

Permasalahan pada tahun 2024 terkait sarana, prasarana dan alat, meliputi:

- a) Terjadi kebocoran radiasi di ruang *CT Scan* di Instalasi Radiologi, dimana pengecekan *CT Scan* terkendala *charge* biaya di luar kontrak *service*.
- b) Kurangnya daya kapasitas trafo isolasi di ruang OK 3 dan 6 saat tindakan operasi besar (contoh: operasi jantung).
- c) Belum difasilitasinya aplikasi *EcoStruxure Advisor Schneider* yang berfungsi untuk pemantauan dan monitoring panel induk RSAB Harapan Kita oleh Instalasi SIMRS.
- d) Belum tersedianya alat perkantoran (PC/Laptop) tambahan yang mendukung aplikasi arsitektur untuk proses perencanaan bangunan.

3. Teknologi Informatika

Permasalahan pada tahun 2024 terkait Teknologi Informatika adalah sebagai berikut:

- a) Tidak ada SOP terbaru dan tidak ada Blueprint alur bisnis proses
- b) Adanya birokrasi berjenjang dan tidak ada tindak lanjut

4. Pelayanan Medik dan Penunjang

Permasalahan pada tahun 2024 terkait pelayanan Medik dan Penunjang adalah sebagai berikut:

a. Pelayanan Medik

- 1) Belum optimalnya pelaksanaan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) di Rawat Inap dan Rawat Intensif terkait kasus kompleks dan LOS tinggi
- 2) Peningkatan BOR di Rawat Inap masih diupayakan untuk optimal, meskipun sudah ada peningkatan
- 3) Sarana dan prasarana Ruang Rawat Inap perlu peremajaan/renovasi
- 4) Persiapan pulang H-1 perlu dipertahankan dan dapat lebih di optimalisasi
- 5) *Bed management* masih dalam proses persiapan/penyempurnaan

b. Pelayanan Penunjang

- 1) Sudah ada ketentuan mengenai pemeriksaan penunjang Laboratorium untuk pasien Rawat Jalan Reguler dengan Jaminan Kesehatan Nasional, namun saat ini sedang disusun oleh kelompok kerja (KK) dan KSM terkait paket pemeriksaannya untuk menyesuaikan dengan pagu yang telah ditetapkan. Pemeriksaan di luar paket tersebut memerlukan persetujuan dari Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- 2) Masih ditemukan selisih perbedaan antara stok fisik dan stok di aplikasi SMART. Telusur hasil stok opname secara berkala oleh Instalasi Farmasi bersama dengan IT, AKBMN dan SPI harus secara

rutin dilakukan agar dapat diperbaiki selisih yang ditemukan secara periodik

- 3) Penerapan penggunaan produk dalam negeri masih bertahap, masih ada *user* yang belum mau menggunakan produk dalam negeri terutama untuk alat kesehatan yang menyangkut *patient safety* dan khusus untuk produk berteknologi tinggi yang belum ada produk dalam negerinya
- 4) Dalam penerapan penggunaan produk dalam negeri, banyak komplain dari *user* terkait produk yang cepat rusak dan respon dari penyedia yang lama untuk perbaikannya
- 5) Kendali mutu kendali biaya terkait penggunaan Obat/BMHP untuk pasien BPJS yang berbiaya tinggi masih terus dilakukan oleh Instalasi Farmasi untuk mengurangi terjadinya selisih negatif yang menyebabkan kerugian rumah sakit
- 6) Kendali mutu kendali biaya terkait amprahan dari unit pelayanan yang masih cukup tinggi, perlu dilakukan pemantauan secara berkala untuk menekan biaya amprahan ini
- 7) Belum optimalnya penggunaan *Robotic Dispensing* dalam peningkatan waktu tunggu pelayanan Farmasi, masih dilakukan *bridging* antara *software robotic* dengan SMART RSAB serta proses pengisian mesin *robotic*.
- 8) Belum tercapainya waktu tunggu pelayanan farmasi, masih terus dilakukan upaya secara komprehensif untuk peningkatan waktu tunggu pelayanan farmasi.

5. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

a. Pendidikan:

Kegiatan pendidikan pada kondisi pasca pandemi Covid-19 tetap dilakukan dengan mengikuti tata cara era kenormalan baru (peserta didik menunjukkan bukti vaksin booster). Pertumbuhan peserta didik yang mulai mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya.

Namun pertumbuhan peserta didik tersebut masih belum mencapai target Rasio 1:5 untuk Peserta Didik Kedokteran.

b. Pelatihan:

Pelatihan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan yang direncanakan dan mencapai target, namun pelatihan yang dilakukan perlu disesuaikan dengan *Training Need Assessment* (TNA) dari masing-masing unit kerja. Dimana perlu koordinasi lebih lanjut untuk pelaksanaan TNA ini.

c. Penelitian:

- 1) Minat pegawai RSAB Harapan Kita untuk meneliti masih belum optimal.
- 2) Untuk meningkatkan daya tarik penelitian bagi pegawai RSAB Harapan Kita, perlu diberikan bantuan biaya penelitian dan publikasi.
- 3) Perlu adanya kolaborasi penelitian dengan institusi terkait untuk lebih meningkatkan jumlah penelitian dari luar RSAB Harapan Kita (eksternal).

6. Keuangan

a. Akuntansi dan Barang Milik Negara

Permasalahan dalam aspek akuntansi dan barang milik negara adalah sebagai berikut:

- 1) Laporan Keuangan SAK masih disusun secara manual belum difasilitasi sistem yang mumpuni
- 2) Menu interkoneksi untuk transaksi pemakaian dan perolehan lainnya belum difasilitasi;
- 3) Laporan persediaan V3 (FIFO) masih dalam proses perbaikan;
- 4) Adanya perubahan master barang sesuai Kamus Farmasi dan Alkes (KFA);

- 5) Pelabelan *barcode* belum bisa dilakukan saat barang diterima, karena data barang belum terinput dalam sistem aplikasi SAKTI;
- 6) Untuk barang perolehan tahun lama/sebelumnya, ada barang yang terdaftar pada aplikasi SAKTI namun fisiknya tidak ada dan ada fisik barang yang tidak terdaftar pada aplikasi SAKTI;
- 7) Saldo awal *audited* belum diproses dalam SMART.

b. Anggaran

Penyusunan tarif RS Vertikal baru dapat dilaksanakan pada Triwulan III dengan adanya perubahan informasi seiring dengan penyusunan tarif, sehingga buku tarif belum dapat diselesaikan pada Triwulan IV tahun 2024.

c. Pelaksanaan Keuangan

- 1) Pembayaran kepada supplier/ pemasok obat yang masih belum sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, yang diakibatkan oleh terlambatnya penyampaian tagihan dan penumpukan penyampaian tagihan dari Tim ULP (Unit Layanan Pengadaan Barang/Jasa) sehingga menyebabkan terjadinya pemblokiran pengiriman obat/alkes yang berdampak terhadap pelayanan kepada pasien. Untuk menghindari pemblokiran, maka Tim Kerja Pelaksana Keuangan harus segera melakukan pembayaran lebih cepat dari standar waktu (kurang lebih 7 hari kerja dari berkas diterima), sehingga terkadang dapat meningkatkan risiko terhadap kesalahan pembayaran, seperti kurang cermat dalam memeriksa kelengkapan berkas dan nilai jumlah tagihan.
- 2) Terganggunya *cash flow* dan *cash rasio* karena dana yang awalnya sudah dianggarkan untuk pembayaran tagihan/ hutang tidak digunakan, tetapi hutang semakin menumpuk.
- 3) Terjadinya selisih negatif antara penerimaan dengan pengeluaran dimana terdapat ketidaksesuaian proyeksi pengeluaran dengan

realisasi pembayaran (penerimaan lebih kecil daripada pengeluaran).

- 4) Masih banyak pengadaan obat/ alkes/ reagen yang melebihi batas waktu yang telah ditetapkan sehingga masih banyak berkas tagihan yang ditagihkan sampai akhir masa pembayaran di akhir tahun. Hal ini menyebabkan tidak dapat diprediksikannya kebutuhan dana yang akan digunakan untuk pembayaran (tidak sesuai dengan prediksi pengeluaran uang).
- 5) Penerimaan dari BPJS yang tidak menentu dan tidak sesuai klaim yang ditagihkan, sehingga tidak bisa memprediksikan berapa penerimaan yang akan diterima dan berapa dana yang bisa digunakan untuk membayar pengeluaran operasional rumah sakit.

d. Verifikasi dan Penjaminan Pasien (VPP)

- 1) Terhitung mulai September 2024, seluruh penagihan klaim ke BPJS diminta dalam bentuk *softcopy* yang harus diupload ke JKN *drive* yang semula sudah diberikan dalam bentuk *viewer*. Hal ini mengakibatkan tim IVPP harus mengunduh berkas dari SMART dan men-*scan* berkas yang tidak ada di SMART ke dalam satu file, mengurutkannya dan mengupload kembali di JKN *drive*. Selain itu berkas penunjang dan resume medis masih ada yg belum dilengkapi ketika pasien pulang. Beberapa klaim yang menjadi pending tidak dapat dinegosiasikan dengan pihak BPJS.
- 2) Pengajuan penagihan klaim BPJS belum bisa di-approve 100% saat pengajuan pertama, sehingga klaim pending bertambah banyak di tiap pengajuan klaim, dan berdampak pada penerimaan dari BPJS yang tidak maksimal.

7. Kepuasan Pelanggan

Survei kepuasan masyarakat pada tahun 2024 telah berhasil dilakukan dengan baik di enam (6) unit pelayanan yang terdapat di RSAB Harapan

Kita Jakarta dengan pencapaian responden penilai sejumlah 496 orang dari target sebanyak 485 orang (102%).

Berdasarkan hasil perhitungan rerata Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di setiap unit pelayanan, diperoleh capaian akhir IKM untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2024 sebesar 85,18. Dengan capaian ini, pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita Tahun 2024 termasuk ke dalam kategori mutu pelayanan “B” dan kinerja pelayanan “BAIK”.

Terdapat satu (1) unsur pelayanan dengan kinerja pelayanan sangat baik yaitu penanganan pengaduan, saran dan masukan dengan nilai 91,03. Unsur pelayanan yang mendapatkan nilai terendah adalah unsur waktu penyelesaian yaitu sebesar 81,00. Unit pelayanan yang mendapatkan nilai IKM tertinggi adalah Poliklinik Rehabilitasi Medik dengan nilai IKM sebesar 86,93. Unit pelayanan yang mendapatkan nilai IKM terendah adalah Poliklinik Eksekutif dengan nilai IKM sebesar 84,12.

Nilai IKM berdasarkan Permenpan lebih tinggi dibandingkan nilai IKM berdasarkan pengembangan kuesioner, walaupun tetap berada dalam kategori baik.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

Untuk mewujudkan visi, misi, dan sasaran strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020-2024, RSAB Harapan Kita berkomitmen mengoptimalkan seluruh sumber daya manusia, sarana, prasarana, anggaran, dan lainnya secara fokus dan konsisten. Agar pelaksanaannya efektif dan efisien, program dan kegiatan akan disusun sebagai bentuk konkret dari upaya tersebut.

Perencanaan kinerja dilakukan agar pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan sasaran strategis RSB RSAB Harapan Kita berlangsung secara efektif dan efisien. Perencanaan kinerja melibatkan seluruh unsur-unsur terkait di lingkungan RSAB Harapan Kita.

A. Rencana Kinerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSAB Harapan Kita tahun 2024 merupakan penjabaran operasional dari RSB RSAB Harapan Kita yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSAB Harapan Kita tahun 2024. RKT RSAB Harapan Kita berisi program dan kegiatan dari setiap unit kerja secara lebih terperinci yang akan dilaksanakan pada tahun 2024 (Buku RKT dan RKO RSAB Harapan Kita tahun 2024).

Keselarasan dengan kinerja bidang lain dalam Laporan Tahun 2024 (*Crosscutting*) tertuang dalam Sasaran Strategis pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024 revisi ke-empat, dan kegiatan strategis beserta alokasi anggarannya tertuang dalam Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Keselarasan antar bidang/ fungsi (*Crosscutting*) ini menjabarkan bahwa alur perencanaan program dan anggaran saling berkaitan.

B. Perjanjian Kinerja

Berikut ini adalah Perjanjian Kinerja Tahun 2024 yang sudah diselaraskan dengan Kementerian Kesehatan :

TABEL 2.1
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terpenuhinya SDM yang kompeten	1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100 Persen
2	Terpenuhinya SIMRS terintegrasi	2	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 Modul
3	Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan	3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100 Persen
4	Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan	4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥75 Persen
5	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak	5	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3	85 Persen
		6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82 Persen
		7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80 Persen
		8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis	90 Persen
		9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)	95 Persen
		10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94 Persen
		11	Keberhasilan treatment cycle pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
6	Terselenggaranya layanan PINERE	12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100 Persen
7	Terwujudnya tata kelola klinis sesuai best practice	13	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical pathway</i>)	85 Persen
8	Terselenggaranya pengampuan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional	14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100 Persen
9	Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi Pendidikan
		16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100 Persen
		17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	1.1 Skor
10	Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai Good Governance	18	Pembangunan WBK dan WBBM	86 Nilai
11	Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal	19	Kecepatan waktu tanggap komplain	100 Persen
12	Terwujudnya peningkatan pendapatan	20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10 Persen
13	Terwujudnya efisiensi biaya	21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80 Persen
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 Persen
		23	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 Laporan
15	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10 Persen
		25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
		26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS
16	RPJMN	28	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60 Persen
		29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100 Persen
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10 Persen
18	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	31	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 Layanan
		32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1000 Sampel
19	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80 Persen
		35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100 Persen
		36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80 Persen
		37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target Tahun 2024
(1)	(2)	(3)		(4)
20	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	90 Persen
		39	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90 Persen
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100 Persen
		41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	> 75 Persen
		42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95 Persen
		43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90 Persen
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96 Persen
		45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90 Persen
		46	Persentase nilai EBITDA Margin	15 Persen

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Pengukuran kinerja merupakan proses sistematis dan berkesinambungan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran strategis dan program yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi RSAB Harapan Kita. Pengukuran kinerja juga merupakan salah satu komponen dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Pengukuran kinerja yang dilakukan RSAB Harapan Kita, baik format maupun proses dan tahapannya, sepenuhnya mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Manfaat dari pengukuran kinerja yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan adalah sebagai berikut:

1. Menjadi alat komunikasi pimpinan organisasi, pegawai dan para *stakeholders* eksternal;
2. Sistem pengukuran kinerja yang efektif akan memberikan umpan balik bagi para pengelola dan pembuat keputusan di dalam proses evaluasi dan perumusan tindak lanjut, dalam rangka peningkatan kinerja pada masa yang akan datang;
3. Sistem pengukuran kinerja yang baik dapat menggerakkan organisasi kearah yang positif.

A. Capaian Kinerja

1. Capaian Indikator Kinerja Utama pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024 dan 2023.

Indikator Kinerja Utama pada tahun 2024 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSAB Harapan Kita tahun 2020 – 2024 Revisi Ke- Empat Tahun 2023. Pada tanggal 10 Maret tahun 2021, Dirjen Pelayanan Kesehatan menginstruksikan agar menambah Indikator SISRUITE menjadi salah satu

indikator kinerja utama rumah sakit. Instruksi tersebut dituangkan dalam Surat Edaran Dirjen Yankes nomor HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan. Dengan demikian, berdasarkan Perjanjian Kinerja antara RSAB Harapan Kita dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Terdapat 21 sasaran strategis dan 46 indikator kinerja utama (IKU) yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024, dengan capaian kinerja seperti pada tabel berikut ini:

TABEL 3.1
CAPAIAN INDIKATOR KINERJA UTAMA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100%	99.62%	99.62%	100%	98%	98%	102%
2	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 modul	11 modul	367%	3	8	267%	138%
3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥ 75%	98%	131%	75%	91%	121%	108%
5	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3	85%	93,57%	110%	83%	94.28%	114%	97%
6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82%	88,80%	108%	81%	90.25%	111%	97%
7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80%	94,29%	118%	77%	94%	122%	97%
8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis	90%	100%	111%	87%	100%	115%	97%

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)	95%	100%	105%	92%	100%	109%	97%
10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94%	97,21%	103%	92%	98%	107%	97%
11	Keberhasilan treatment cycle pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95%	94,28%	99%	94%	100%	106%	93%
12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100%	100%	100%	-	-	-	-
13	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical pathway)	85%	99,42%	117%	85%	100%	118%	99%
14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%	90,65%	91%	85%	78.30%	92%	99%
15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi pendidikan	25 Institusi pendidikan	109%	20 Institusi pendidikan	21 Institusi pendidikan	105%	104%
16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100%	256%	256%	95%	250%	263%	97%
17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	skor 1,1	1,12	102%	1,1	1,17	106%	96%
18	Pembangunan WBK dan WBBM	nilai 86	90,68	105%	nilai 85	85,42	100%	40%
19	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	100%	80%	100%	125%	100%
20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%	20.89%	209%	10%	20,38%	204%	102.4%
21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80%	108,03%	135%	79%	103,07%	130%	104%

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	2,46%	102%	-	-	-	-
23	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 laporan	2 laporan	100%	2 laporan	2 laporan	100%	100%
24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	11,47%	115%	-	-	-	-
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS	N/A	100%	1	1	100%	100%
26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS	1 RS	100%	-	-	-	-
27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS	1 RS	25%	-	-	-	-
28	Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	86,11%	144%	-	-	-	-
29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10%	15,12%	151%	-	-	-	-
31	Jumlah Layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 layanan	4 layanan	133%	-	-	-	-
32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1.000 sampel	722 sampel	72%	-	-	-	-
33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan	100%	-	-	-	-

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	CAPAIAN TAHUN 2024			CAPAIAN TAHUN 2023			Perbandingan Capaian Tahun 2024 dan 2023
		Target	Realisasi	Tingkat Capaian	Target	Realisasi	Tingkat Capaian	
34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	84,38%	105%	-	-	-	-
35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	100%	100%	-	-	-	-
36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	98,25%	123%	-	-	-	-
37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	100%	100%	-	-	-	-
38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	100%	111%	95%	100%	105%	105%
39	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	100%	111%	-	-	-	-
40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	67,95%	68%	-	-	-	-
41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%	64,71%	86%	-	-	-	-
42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	100%	105%	92,50%	100%	108%	97%
43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90%	112,53%	112,53%	95%	111,34%	117%	96%
44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	98,61%	103%	97%	96,76%	99,8%	103%
45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	97,41%	108%	95%	99,11%	104%	104%
46	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	7%	47%	15%	5,21%	35%	135%

% Capaian IKU Keseluruhan:	Tahun 2024		Tahun 2023	
	Jumlah IKU	%	Jumlah IKU	%
Capaian IKU \geq 100%	38	82,61%	47	81,03%
Capaian IKU \geq 80% - 99%	4	8,7%	5	8,62%
Capaian IKU < 80%	4	8,7%	6	10,34%
Jumlah IKU	46	100%	58	100%

Berdasarkan tabel diatas, capaian Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicators* (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja \geq 100%, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian tahun ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU pada tahun lalu yang mencapai target sebesar 81%.

Untuk tahun 2024 indikator dengan tingkat capaian \geq 100% sebesar 82,61% (38 indikator) yang terdiri dari :

- 1) Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi
- 2) Persentase ketersediaan alat medik baru sesuai kebutuhan pelayanan
- 3) Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi
- 4) Persentase keberhasilan penanganan kasus *severity level 3*
- 5) Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal
- 6) Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi
- 7) Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis
- 8) Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)
- 9) Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio
- 10) Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi
- 11) Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical pathway*)
- 12) Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama
- 13) Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

- 14) Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak
- 15) Pembangunan WBK dan WBBM
- 16) Kecepatan waktu tanggap komplain
- 17) Tingkat pertumbuhan pendapatan
- 18) Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)
- 19) Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.
- 20) Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus
- 21) Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
- 22) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna
- 23) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama
- 24) Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit
- 25) Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal
- 26) Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan
- 27) Jumlah Layanan berbasis genomik di Hubs RS
- 28) RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional
- 29) Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
- 30) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
- 31) Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis
- 32) Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
- 33) Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
- 34) Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
- 35) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

- 36) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
- 37) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
- 38) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Sedangkan indikator dengan tingkat capaian 80-99% sebanyak 4 indikator (8,70%) terdiri dari:

- 1) Persentase SDM kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan
- 2) Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung
- 3) Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)
- 4) Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

Adapun indikator dengan tingkat capaian dibawah 80% sebanyak 4 indikator (8,70%) terdiri dari:

- 1) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya
- 2) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS
- 3) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
- 4) Persentase nilai EBITDA Margin.

2. Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dengan Target Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2025.

Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2024 merupakan salah bagian dalam mengukur pencapaian kinerja organisasi dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Tahun 2020-2024, sehingga Indikator Kinerja Utama (IKU) pada Tahun 2025 akan dibuat berdasarkan Rencana Strategis Bisnis terbaru periode Tahun 2025-2029 yang mengacu kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025-2029. Pada saat laporan ini dibuat, RPJMN Tahun 2025-2029 masih dalam proses finalisasi oleh pemerintah pusat dan Bappenas, dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan dan RSB rumah sakit juga dalam proses finalisasi. Perbedaan RSB mengakibatkan adanya perbedaan juga dalam Indikator Kinerja Utama (IKU) antara Tahun 2024 dan 2029, sehingga indikator tersebut tidak dapat dibandingkan.

3. Capaian Kinerja Pelayanan Tahun 2024 dengan Tahun 2023.

a) Kinerja Pelayanan Berdasarkan Jenis Pembiayaan

TABEL 3.2
PERBANDINGAN CAPAIAN KINERJA PELAYANAN
MENURUT JENIS PEMBIAYAAN
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

PELAYANAN	TARGET TH. 2024	CAPAIAN TH. 2024			TARGET TH. 2023	CAPAIAN TH. 2023			NAIK/TURUN	%
		CAPAIAN	% CAPAIAN			CAPAIAN	% CAPAIAN			
			TERHADAP TARGET TH. 2024	PROPORSI BPJS NON BPJS			TERHADAP TARGET TH. 2023	PROPORSI BPJS NON BPJS		
RAWAT JALAN										
Pengunjung										
Total	154,344	141,471	92%	182,000	128,601	71%		12,870	10%	
BPJS	83,825	83,608	100%	79,485	69,940	88%	54%	13,668	20%	
Non BPJS	70,519	57,863	82%	102,515	58,661	57%	46%	(798)	-1%	
RAWAT INAP										
Hari Perawatan										
Total	73,719	71,014	96%	62,934	64,022	102%		6,992	11%	
BPJS	63,882	64,127	100%	49,090	55,805	114%	87%	8,322	15%	
Non BPJS	9,837	6,887	70%	13,844	8,217	59%	13%	(1,330)	-16%	

Jumlah pengunjung Rawat Jalan, baik Poliklinik dan Gawat Darurat pada tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 10% dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 12.870 pengunjung dari 128.601 pengunjung. Dengan peningkatan terbesar pada pasien BPJS sebanyak 20%. Namun pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar 1%. Peningkatan ini terjadi dikarenakan sistem rujukan pasien BPJS, baik di layanan gawat darurat maupun di poliklinik.

Untuk jumlah hari perawatan Rawat Inap tahun 2024 mengalami peningkatan 11% bila dibandingkan dengan tahun lalu, yaitu sebesar 6.992 hari perawatan dari 64.022 hari perawatan. Dimana peningkatan tertinggi ada pada pasien BPJS sebesar 15%. Dan pasien non BPJS mengalami penurunan sebesar -16%. Capaian ini merupakan dampak dari peningkatan jumlah kunjungan pasien Rawat Jalan sehingga mempengaruhi peningkatan jumlah pasien yang dirawat inap. Sedangkan untuk proporsi antara pasien BPJS dan Non BPJS, terlihat bahwa jumlah pengunjung Rawat Jalan pasien BPJS lebih tinggi 59% (83.608 pengunjung) dari pasien Non BPJS 41% (57.863 pengunjung). Dan untuk rawat inap, jumlah hari perawatan pasien BPJS lebih tinggi 90% (64.127 hari perawatan) dari pasien Non BPJS 10% (6.887 hari perawatan). Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan pada pengunjung Non BPJS walaupun persentase capaian pengunjung mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Peningkatan pengunjung terbesar ada pada pasien BPJS, baik rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini berbeda dengan proporsi tahun lalu yang menunjukkan pasien Non BPJS pada rawat jalan masih lebih tinggi daripada pasien BPJS pada rawat inap. Dengan demikian rumah sakit perlu meningkatkan strategi untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit dari sektor Non JKN melalui upaya-upaya pengoptimalisasi dan pengembangan sistem informasi serta penambahan layanan baru.

b) Kinerja Pelayanan Rawat Jalan

**TABEL 3.3
KINERJA PELAYANAN RAWAT JALAN
TAHUN 2024 DAN 2023**

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT 2024	REALISASI TH.2024				TARGET RKT 2023	REALISASI TH.2023				KENAIKAN/ PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
	Pengunjung (Pendaftaran)	Pengunjung	154,344	83,605	57,869	141,471	92%	182,000	66,472	58,579	125,051	69%	16,420	13%
	REGULER	Pengunjung	92,885	73,187	14,306	87,493	94%	97,546	58,053	13,123	71,176	73%	16,317	23%
	OBGYN	Pengunjung	7,964	8124	963	9,087	114%	6,754	5,765	859	6,624	98%	2,463	37%
	ANAK	Pengunjung	43,600	39,880	1,608	41,488	95%	46,827	33,397	2,863	36,260	77%	5,228	14%
	BEDAH	Pengunjung	21,660	16796	3458	20,254	94%	22,254	14,332	3744	18,076	81%	2,178	12%
	SPESIALIS LAIN	Pengunjung	5,083	1766	2556	4,322	85%	12,346	1,441	2843	4,284	35%	38	1%
	GIGI	Pengunjung	7,133	2713	3102	5,815	82%	9,365	3,118	2814	5,932	63%	117	-2%
	KLINIK PINERE	Pengunjung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TERPADU	Pengunjung	7,445	3,908	2,619	6,527	88%	-	-	-	-	-	-	-
	EKSEKUTIF	Pengunjung	38,544	3	32,610	32,610	85%	56,647	-	34,056	34,056	60%	1,446	-4%
	OBGYN	Pengunjung	12,048	-	9,083	9,083	75%	21,986	-	10,017	10,017	46%	934	-9%
	ANAK	Pengunjung	22,104	-	16,296	16,296	74%	24,003	-	18,400	18,400	77%	2,104	-11%
	BEDAH	Pengunjung	794	-	723	723	91%	1,343	-	652	652	49%	71	11%
	SPESIALIS LAIN	Pengunjung	1,084	-	1311	1,311	121%	1,550	-	897	897	58%	414	46%
	GIGI	Pengunjung	1,544	3	1,180	1,180	76%	1,079	-	1,281	1,281	119%	101	-8%
	TERPADU EKSEKUTIF (AMARYLIS)	Pengunjung	970	-	4,017	4,017	414%	6,686	-	2,809	2,809	42%	1,208	43%
	TRB	Pengunjung	3,381	-	3,824	3,824	113%	8,472	-	3,468	3,468	41%	356	10%
	Instalasi Gawat Darurat	Pengunjung	19,534	10,415	7,129	17,544	90%	19,335	8,419	7,932	16,351	85%	1,193	7%

Berdasarkan data dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa realisasi kinerja pelayanan Rawat Jalan pada tahun 2024 mencapai 92% dari target yang diharapkan yaitu sebanyak 141.471 pengunjung dari target 154.344 pengunjung. Dimana peningkatan tertinggi pada pengunjung pasien di Klinik Teknologi Reproduksi Berbantu (113%), sedangkan Poliklinik Reguler baru mencapai 94% dari target, Instalasi Gawat Darurat 90% dan Poliklinik Eksekutif sebesar 85%.

Bila realisasi tahun 2024 dibandingkan dengan realisasi tahun 2023, maka peningkatan paling besar adalah di Klinik Reguler sebesar 23%, TRB sebesar 10%, dan Gawat Darurat sebesar 7%. Namun Klinik Eksekutif mengalami penurunan sebesar 4%, walaupun kinerja Klinik Terpadu Eksekutif Amarylis mengalami kenaikan signifikan sebesar 43%.

c) Kinerja Pelayanan Rawat Inap

TABEL 3.4
KINERJA PELAYANAN RAWAT INAP
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TH. 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TH. 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
II	PELAYANAN RAWAT INAP													
	Hari Perawatan (Akomodasi)	Hari Perawatan	73,719	64,127	6,887	71,014	96%	62,934	55,805	8,217	64,022	102%	6,992	11%
	a. Rawat Inap Level I	Hari Perawatan	47,627	41,689	5,668	47,357	99%	42,660	35,006	6,376	41,382	97%	5,975	14%
	b. Rawat Inap Level II	Hari Perawatan	14,234	11,122	768	11,890	84%	10,378	11,212	1,149	12,361	119%	(471)	-4%
	c. Rawat Inap Level III	Hari Perawatan	11,313	10,964	171	11,135	98%	8,860	9,424	397	9,821	111%	1,314	13%
	d. VK (Kamar Bersalin) Level I	Hari Perawatan	545	352	280	632	116%	1,036	163	295	458	44%	174	38%

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa capaian pelayanan Rawat Inap pada tahun 2024 mencapai 90% dari target, yakni sebesar 71.014 dari target 73.719 hari perawatan. Dimana capaian tertinggi ada pada VK (Kamar Bersalin) Level I sebesar 116% dan capaian paling rendah adalah Rawat Inap Level II sebesar 84% dan Level III sebesar 98% dari target tahun 2024. Selain itu, bila capaian Pelayanan Rawat Inap tahun 2024 ini dibandingkan dengan capaian pada tahun lalu mengalami peningkatan sebesar 11% dari 64.022 hari perawatan menjadi 71.014 hari perawatan. Dan VK (Kamar bersalin) level I yang mengalami peningkatan terbesar yakni 38% dibanding tahun lalu. Peningkatan capaian layanan rawat inap ini sebagai dampak dari meningkatnya kunjungan rawat jalan pada tahun 2024.

d) Kinerja Pelayanan Penunjang

TABEL 3.5
KINERJA PELAYANAN PENUNJANG
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TAHUN 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TAHUN 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	CAPAIAN KINERJA		BPJS	NON BPJS	Σ	CAPAIAN KINERJA		
	a. Layanan Laboratorium	Paket Pemeriksaan	278,384	188,469	60,172	248,641	89%	265,623	173,649	64,286	237,935	90%	10,706	4%
	b. Layanan Radiologi	Pemeriksaan	21,667	16,922	4,722	21,644	100%	17,564	14,205	4,069	18,274	104%	3,370	18%
	c. Layanan Farmasi	Item R/	1,415,537	931,224	269,320	1,200,544	85%	1,134,441	872,910	336,910	1,209,820	107%	(9,276)	-1%

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa :

a) Layanan Laboratorium

Pada Tahun 2024 Layanan Laboratorium direncanakan sebesar 278.384 paket pemeriksaan dan terealisasi sebesar 248.641 paket pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 89% dari target

tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 4% dari capaian kinerja tahun 2023.

Berdasarkan capaian diatas, maka layanan laboratorium tahun 2024 ini tidak tercapai, disebabkan karena dampak perubahan kebijakan terkait pemeriksaan skrining covid-19 kepada pasien sehingga terjadi penurunan volume pemeriksaan di laboratorium.

Selain itu, dengan adanya kebijakan baru tentang ketentuan pemeriksaan penunjang laboratorium untuk pasien rawat jalan reguler dengan jaminan kesehatan nasional juga berdampak pada pengurangan jumlah pemeriksaan laboratorium untuk pasien BPJS yang menyebabkan menurunnya volume pemeriksaan di laboratorium.

b) Layanan Radiologi

Layanan Radiologi pada Tahun 2024 direncanakan sebesar 21.667 pemeriksaan, dan terealisasi sebesar 21.644 pemeriksaan, dengan capaian kinerja sebesar 100% dari target tahun 2024. Realisasi ini naik sebesar 18% dari capaian kinerja tahun 2023.

Layanan radiologi di tahun 2024 ini tercapai, dimana hal ini disebabkan adanya pengembangan layanan cathlab sehingga berdampak kepada peningkatan volume pemeriksaan yang cukup signifikan di radiologi.

c) Layanan Farmasi

Pada Tahun 2024 Layanan Farmasi direncanakan sebesar 1.415.537 item R/, dan terealisasi sebesar 1.200.544 item R/, dengan capaian kinerja sebesar 85% dari target tahun 2024. Realisasi ini juga mengalami penurunan sebesar 1% dari capaian kinerja tahun 2023.

Berdasarkan capaian diatas, layanan farmasi di tahun 2024 ini tidak tercapai, hal ini disebabkan adanya perubahan dari sistem persepsan menjadi sistem paket antara lain paket melati, paket cathlab, paket bersalin dll, yang awalnya di entry sebagai volume layanan (item resep) berubah menjadi amprahan unit / instalasi sehingga berpengaruh terhadap penurunan volume layanan resep di farmasi.

e) Kinerja Tindakan Operatif/Non Operatif

TABEL 3.6
KINERJA TINDAKAN OPERATIF/NON OPERATIF
TAHUN 2024 DAN 2023

NO	URAIAN	SATUAN	TARGET RKT TH. 2024	REALISASI TH. 2024				TARGET RKT TH. 2023	REALISASI TH. 2023				KENAIKAN/PENURUNAN	%
				BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		BPJS	NON BPJS	Σ	TINGKAT CAPAIAN		
IV	TINDAKAN OPERATIF/NON OPERATIF													
	a. Instalasi Bedah Sentral	Tindakan	10,784	8,454	1,570	10,024	93%	8,386	7,487	1,430	8,917	106%	1,107	12%
	- Tindakan OK		10784	8,454	1,570	10,024	93%	8386	7,487	1,430	8,917	106%	1,107	12%
	b. Instalasi Gawat Darurat	Tindakan	66,114	52,268	16,588	68,856	104%	23,195	37,812	18,099	55,911	241%	12,945	23%
	- Konsultasi		15,108	8,073	5,935	14,008	93%	4,578	6,391	6,266	12,657	276%	1,351	11%
	- Tindakan		43,818	35,608	9,272	44,880	102%	14,542	26,439	10,569	37,008	254%	7,872	21%
	- Pemanfaatan fasilitas		7,188	8,587	1,381	9,968	139%	4,075	4,982	1,264	6,246	153%	3,722	60%
	c. Instalasi Rawat Jalan	Tindakan	183,111	107,522	76,492	184,014	100%	181,900	93,220	72,791	166,011	91%	18,003	11%
	- Konsultasi		109163	67,378	42,804	110,182	101%	102000	52,508	42,395	94,903	93%	15,279	16%
	- Tindakan		73948	40,144	33,688	73,832	100%	79900	40,712	30,396	71,108	89%	2,724	4%
	d. Instalasi Perinatal Terpadu	Tindakan	246,155	229,824	12,025	241,849	98%	160,520	205,709	18,989	224,698	140%	17,151	8%
	- Visite		32,830	28,669	1,877	30,546	93%	23,374	27,029	3,198	30,227	129%	319	1%
	- Konsultasi		1,749				0%	1,896						0%
	- Tindakan		150,551	147,518	7,741	155,259	103%	92,470	127,346	11,318	138,664	150%	16,595	12%
	- Pemakaian alat		61,025	53,637	2,407	56,044	92%	42,780	51,334	4,473	55,807	130%	237	0%
	e. Instalasi Rawat Inap	Tindakan	205,493	211,728	188,421	400,149	195%	139,551	179,265	154,459	333,724	239%	66,425	20%
	- Visite		55,712	48,695	40,591	89,286	160%	41,366	43,160	34,796	77,956	188%	11,330	15%
	- Konsultasi		22,284	60	2	62	0%	3,516	17	1	18	1%	44	244%
	- Tindakan		103,680	127,417	114,732	242,149	234%	76,987	108,858	95,390	204,248	265%	37,901	19%
	- Penggunaan alat		23,817	35,556	33,096	68,652	288%	17,682	27,230	24,272	51,502	291%	17,150	33%
	f. Instalasi Rawat Intensif	Tindakan	99,804	131,219	2,140	133,359	134%	107,541	118,341	4,869	123,210	115%	10,149	8%
	- Visite		7,680	10,950	175	11,125	145%	5,553	9,811	307	10,118	182%	1,007	10%
	- Konsultasi		1,352	2,137	53	2,190	162%	1,644	1,295	108	1,403	85%	787	56%
	- Tindakan Perawatan		90,772	118,132	1,912	120,044	132%	100,344	107,235	4,454	111,689	111%	8,355	7%
	g. Instalasi Rehabilitasi Medik	Tindakan	48,703	42,595	7,172	49,767	102%	31,515	33,699	7,003	40,702	129%	9,065	22%
	- Registrasi	Pengunjung	32,798	30,225	2,978	33,203	101%	17,559	24,232	3,100	27,332	156%	5,871	21%

Tingkat capaian Layanan Operatif Instalasi Bedah Sentral pada tahun 2024 ini terealisasi sebesar 93% (10.024 tindakan dari target 10.784 tindakan), dan meningkat 12% dari capaian tahun lalu. Untuk Layanan Non Operatif bila dibandingkan dengan target tahun 2024, peningkatan capaian paling tinggi ada Instalasi Rawat Inap sebesar

195% dan Instalasi Intensif sebesar 134%. Sedangkan bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2023, terjadi peningkatan yang signifikan sebesar 23% untuk tindakan Non Operatif di Instalasi Gawat Darurat, 22% pada Instalasi Rehabilitasi Medik dan 20% pada Instalasi Rawat Inap.

4. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Kualitas Tahun 2023 dengan Standar Nasional.

Indikator kinerja kualitas yang digunakan sebagai standar nasional adalah menggunakan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. PMK tersebut digunakan sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan.

SPM merupakan panduan dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Berdasarkan PMK tersebut, terdapat terdapat 21 jenis pelayanan yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit. Hasil konsultasi dengan Bagian Perencanaan dan Informasi Ditjen Pelayanan Kesehatan, Subdit Mutu dan Akreditasi serta Subdit Pelayanan Medik dan Keperawatan Kementerian Kesehatan diperoleh informasi bahwa belum ada PMK yang terbaru dan disarankan tetap menggunakan jenis pelayanan yang mengacu pada PMK tersebut namun pernyataan indikator dapat direvisi disesuaikan dengan kondisi terkini dan standar dapat dipertajam.

TABEL 3.7
PERBANDINGAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	Tercapai
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	100%	Tercapai
3	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat (<i>Emergency Response Time I</i>)	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	3,87 menit	3,71 menit	Tercapai
4	Waktu tanggap operasi cito (<i>Emergency Respons Time II</i>)	≤ 120 menit	45,6 menit	39,5 menit	Tercapai
5	Kematian pasien di IGD	2,5‰	1,71 ‰	1,31 ‰	Tercapai
6	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 30 menit	49 menit	53,21 menit	Tidak Tercapai
7	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	Tercapai
8	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rawat Jalan	100%	100%	100%	Tercapai
9	Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri	≤ 5%	0,43%	0,14%	Tercapai
10	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	Tercapai
11	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rawat Inap	100%	100%	100%	Tercapai
12	Kepatuhan waktu visit dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP)	≥ 80%	93,11%	96,98%	Tercapai
13	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	Tercapai
14	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 2,5%	1,44%	2,46%	Tercapai
15	<i>Post Operative Death Rate</i>	≤ 2%	0,0015%	0,009%	Tercapai
16	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	28,7 jam	26 jam	Tercapai
17	Angka Pembatalan Operasi	≤ 2%	0,07%	0,039%	Tercapai
18	Kejadian kematian di meja operasi (<i>Death On Table</i>)	≤ 1%	0%	0%	Tercapai
19	Tidak adanya kejadian operasi salah orang/salah tindakan/salah sisi	100%	100%	100%	Tercapai
20	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	Tercapai
21	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6%	0%	0%	Tercapai
22	Kemampuan menangani BBSLR < 1500 gr	≥ 80%	93%	89%	Tercapai
23	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	≤ 1%	0%	0%	Tercapai
24	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	Tercapai
25	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena eklampsi dan pre eklampsi	≤ 30%	0%	0%	Tercapai

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
26	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	1%	0%	Tercapai
27	Waktu tunggu pelayanan radiologi	≤ 90 menit	44,8 menit	21,2 menit	Tercapai
28	Prosentase keberhasilan radiografi yang dihasilkan sesuai standar	≥ 98%	99,6%	99,9%	Tercapai
29	Waktu tunggu hasil radiologi konvensional	≤ 3jam	97,9 menit	51,9 menit	Tercapai
30	Waktu tunggu pelayanan Laboratorium	≤20 menit	16,21 menit	7,93 menit	Tercapai
31	Turn Around Time (TAT) pemeriksaan Hematologi rutin dan CRP	≤100 menit	50,80 menit	42,34 menit	Tercapai
32	Prosentase keberhasilan pemeriksaan Laboratorium	≥ 99%	100%	100%	Tercapai
33	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	Tercapai
34	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0,001%	0,004%	Tercapai
35	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	4%	4%	Tercapai
36	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	Tercapai
37	Waktu Tunggu pelayanan obat jadi	≤ 15 menit	10 menit	14 menit 18 detik	Tercapai
38	Waktu Tunggu pelayanan obat racikan	≤ 45 menit	30 menit	45 menit 53 detik	Tidak Tercapai
39	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,80%	99,88%	Tidak Tercapai
40	Kepatuhan penggunaan formularium nasional (Fornas)	≥80%	95,08%	98,38%	Tercapai
41	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	99,94%	Tidak Tercapai
42	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	5,1%	2,6%	Tercapai
43	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet pasien rawat inap	100%	100%	100%	Tercapai
44	Pelayanan terhadap pasien JKN-PBI yang datang ke RS sesuai standar pelayanan rumah sakit	100%	100%	100%	Tercapai
45	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	11 menit	10 menit	Tercapai
46	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap	≤ 15 menit	14 menit	14 menit	Tercapai
47	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	62%	57%	Tidak Tercapai
48	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	29%	55%	Tidak Tercapai
49	Baku Mutu Limbah Cair : BOD	BOD < 30 mg/L	BOD 2,16 mg/L	BOD 12 mg/L	Tercapai
50	Baku Mutu Limbah Cair : COD	COD < 80 mg/L	COD 14 mg/L	COD 57 mg/L	Tercapai

SPM	INDIKATOR	STANDAR 2021 (REVISI)	REALISASI TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2024	KETERANGAN
51	Baku Mutu Limbah Cair : TSS	TSS < 30mg/L	TSS 12 mg/L	TSS 12 mg/L	Tercapai
52	Baku Mutu Limbah Cair : PH	PH 6-9	PH 7,9	PH 7	Tercapai
53	Pengelolaan limbah B3 medis sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	Tercapai
54	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	Tercapai
55	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	Tercapai
56	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	Tercapai
57	Rata2 jam pelatihan karyawan 20 jam pertahun	≥80%	132%	100%	Tercapai
58	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	Tercapai
59	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	77%	103,07%	107,82%	Tercapai
60	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 jam 53 menit	81 menit	Tercapai
61	Kepuasan Pasien Pelanggan	≥80%	91.94%	85.18	Tercapai
62	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) memberikan pelayanan ambulans di rumah sakit	≤ 30 menit	15,6 menit	14,3 menit	Tercapai
63	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	60 menit	37 menit	Tercapai
64	Waktu tanggap (<i>respons time</i>) mengidentifikasi keluhan fungsi alat	≥ 80%	100%	100%	Tercapai
65	Kepatuhan terhadap jadwal pemantauan dan pemeliharaan alat	100%	99%	100%	Tercapai
66	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap ≤ 4 jam	100%	100%	100%	Tercapai
67	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	≥ 90%	93%	100%	Tercapai
68	Ketersediaan APD di unit kerja	≥ 90%	100%	100%	Tercapai
69	Angka Ventilator-associated pneumonia (VAP)	≤ 5.8 ‰	0 ‰	0 ‰	Tercapai
70	Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)	≤ 4,7 ‰	0 ‰	0 ‰	Tercapai
71	Angka Infeksi Aliran Darah Perifer (IADP)	≤ 5 ‰	0,21 ‰	0,98 ‰	Tercapai
72	Angka Phlebitis	≤ 1 ‰	0,32 ‰	0,87 ‰	Tercapai
73	Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2%	0,34 %	0,34%	Tercapai

Pada tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar capaian Standar Pelayanan Minimal tahun 2024 sudah mencapai target, dimana sebanyak 67 indikator SPM mencapai target (92%), dan 6 indikator tidak mencapai target (8%).

5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian kinerja tahun 2024

Dalam pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) tahun 2023 dilakukan analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan dan alternatif solusi dalam pencapaian Kinerja Tahun 2024, sebagai berikut :

1) Sasaran Strategis : Terpenuhinya SDM yang kompeten

IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan

Tabel 3.8.1
Capaian IKU-1 : Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
1	Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100%	98%	98%	100%	99,62%	99,62%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis sesuai kebutuhan pelayanan yang dinilai melalui pelaksanaan kredensial dan rekredensial.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis}}{\text{Jumlah seluruh SDM Kesehatan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Rekonsiliasi rutin dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain agar tidak ada data yang berbeda



Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Membuat laporan monitoring SK penugasan klinis tenaga kesehatan per bulan dan mengirimkan ke Komite terkait.

Pencapaian Kinerja

Uraian	Tahun 2024	
	Jumlah	%
Jumlah SDM Kesehatan yang memiliki kewenangan klinis	796	99,62%
Jumlah seluruh SDM Kesehatan	799	

Realisasi IKU-1 pada tahun 2024 adalah sebesar 99,62%, dimana dari 799 orang jumlah SDM Kesehatan, 796 telah memiliki kewenangan klinis.

Analisa Capaian

IKU-1 ini pada tahun 2024 belum mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 99,62%. Kegagalan ini dikarenakan kurangnya perilaku kolaboratif dan akuntabel dari setiap unit kerja, walaupun sudah ada rencana pengembangan unit berdasarkan kebutuhan dan tusi pegawai, namun hal ini belum dapat meningkatkan capaian menjadi 100%.

Permasalahan

Untuk tenaga kesehatan standar kompetensi sudah sesuai dengan fungsional, namun tenaga non kesehatan masih belum memiliki standar kompetensi.

Rencana Tindak Lanjut

Kolaborasi dengan kepala satuan kerja untuk menyusun kompetensi untuk tenaga non kesehatan.

2) Sasaran Strategis : Terpenuhinya SIMRS terintegrasi

IKU-2 : Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi

Tabel 3.8.2
Capaian IKU-2 : Jumlah Modul SIMRS yang Terintegrasi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
2	Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi	3	8	267%	3	11	367%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

SIMRS yang terintegrasi adalah sistem yang mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendukung kinerja dan memperoleh informasi secara cepat, tepat dan akurat.

Cara Perhitungan

Total modul yang direncanakan terintegrasi dikurangi jumlah modul terintegrasi yang sudah selesai dikerjakan.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melakukan koordinasi dengan *user* terkait kebutuhan sistem informasi dan data
- 2) Memetakan alur proses bisnis dengan kebutuhan *user*
- 3) Membuat alur data dan perencanaan model tampilan sistem informasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi modul

- 5) Melakukan instalasi perangkat pendukung dan jaringan internet
- 6) Melakukan koordinasi dan implementasi

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Modul	Penjelasan
2024	11 Modul	<p>Jumlah modul yang terealisasi pada tahun 2024 sebanyak 11 modul yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modul Pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> - Modul Order Bedah - Modul Antrian Pasien Rawat Jalan Eksekutif - Modul Pemakaian Ventilator 2. Modul Penunjang Laboratorium <ul style="list-style-type: none"> - Form order elektronik dan EWS - List order laboratorium elektronik - Terima dan Kirim Sample Order Elektronik Laboratorium 3. Modul Penunjang Farmasi : Modul integrasi dengan <i>robot dispensing</i> Farmasi 4. Modul Bed Manajemen 5. Modul Administrasi Pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> - Modul Fitur Diskon Jasa Medis Dapat Diatur dari 0%- 100% - Modul Upload Berkas Pasien - Modul Interpretasi tindakan medis (EMR) - Modul Diskon Karyawan 6. Modul Kepegawaian: <ul style="list-style-type: none"> - Modul Absensi Dokter Pada Pelayanan - Modul Perhitungan Kualitas Remunerasi Medis - Modul Remunerasi (penyesuaian aturan remun terbaru) - Modul Data Karyawan dan Anggota Keluarga 7. Modul Keuangan: <ul style="list-style-type: none"> - MKKO Versi Lama dan Versi SAK - Kasir pembayaran deposit 8. Modul Non Medis: <ul style="list-style-type: none"> - Modul Menu Input Tarif dan Ruangan - Modul Laporan Klinik Utama Bintaro - Modul Survei Budaya Keselamatan Pasien 9. Modul Inventori : Aplikasi inventori perangkat IT 10. Modul berbasis Aplikasi <i>Mobile Android</i>: Modul Pendaftaran Online 11. Modul bridging: Modul ICare (<i>bridging</i> JKN BPJS)

Modul yang terealisasi pada tahun 2024 sebanyak 11 modul yang terlampir pada tabel diatas.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target dengan capaian sebesar 367%, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah banyaknya target modul yang harus diselesaikan oleh SIMRS dan juga adanya koordinasi yang baik antara tim IT dan *user*, sehingga modul dapat diselesaikan dengan baik.

Permasalahan

1. Tidak ada SOP terbaru
2. Tidak ada *blueprint* alur bisnis proses
3. Birokrasi berjenjang dan tidak adanya tindak lanjut

Rencana Tindak Lanjut

1. Setiap pembuatan aplikasi dilakukan assemen dan kebutuhan data yang diperlukan
2. Melakukan *follow up* dan nota dinas

Sasaran Strategis : Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan

IKU-3 : Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan

Tabel 3.8.3
Capaian IKU-3 : Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
3	Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Ketersediaan alat medik baru sesuai kebutuhan pelayanan di tahun berjalan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah realisasi pengadaan alat medik di tahun berjalan}}{\text{Jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Berkoordinasi secara intensif dengan user untuk menentukan spesifikasi alat medik yang dibutuhkan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya dan tidak *indent*
- 3) Berkoordinasi dengan ULP untuk realisasi pengadaannya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Berkoordinasi secara intensif dengan *user* untuk menentukan spesifikasi alat medik yang dibutuhkan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya dan tidak *indent*
- 3) Berkoordinasi dengan ULP untuk realisasi pengadaannya

Pencapaian Kinerja

Uraian	Tahun 2024	
	Jumlah	%
Jumlah Realisasi pengadaan alat medik di tahun berjalan	184	100%
Jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan	184	

Pada tahun 2024 ini IKU-3 ini sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana jumlah usulan alat medik baru di tahun berjalan sebesar 184 item, dan secara keseluruhan telah terealisasi sebesar 184 item.

Analisa Capaian

IKU ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya koordinasi intensif dengan *user* terkait spesifikasi barang yang

diusulkan serta koordinasi secara intensif dengan ULP untuk segera merealisasikan usulan perencanaan alat-alat medik yang masih berproses. Selain itu pengajuan usulan perencanaan alat medik hampir seluruhnya menggunakan produk e-katalog sehingga lebih memudahkan dalam proses pengadaannya.

Permasalahan

- 1) Spesifikasi yang kurang jelas dari *user*
- 2) Barang ekatalog turun tayang / di *freeze*
- 3) Barang indent / kosong
- 4) Barang diskontinu
- 5) Adanya perubahan prioritas barang yang dibutuhkan oleh *user*

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Berkoordinasi dengan *user* untuk memberikan spesifikasi yang jelas pada saat mengajukan usulan perencanaan
- 2) Berkoordinasi dengan Penyedia terkait ketersediaan barangnya
- 3) Berkoordinasi dengan ULP apabila ada barang yang turun tayang

3) Sasaran Strategis : Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan

IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi

Tabel 3.8.4
Capaian IKU-4 : Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
4	Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	75%	91%	121%	≥ 75%	98%	131%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		



Definisi Operasional

Tingkat keselarasan antara nilai/perilaku yang dimiliki individu terhadap nilai/perilaku kerja organisasi saat ini.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah responden yang memiliki / memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita}}{\text{Jumlah seluruh responden}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meskipun tingkat kesehatan tercapai, implementasi nilai BerAKHLAK harus dimonev secara reguler dan program penghargaan tetap dioptimalkan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Mengidentifikasi dan mendorong pegawai yang memiliki potensi untuk mewujudkan program inovasi di unit kerjanya.

Pencapaian Kinerja

Uraian	TAHUN 2024	
	Jumlah	%
Jumlah responden yang memiliki/memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita	1,308	98%
Jumlah seluruh responden	1,336	

Pada tahun 2024 ini IKU-4 ini sudah terealisasi sebesar 98%. Dimana Jumlah responden yang memiliki/memilih nilai budaya RSAB Harapan Kita sebesar 1.308 responden, dari 1.336 jumlah seluruh responden yang di ukur.

Analisa Capaian

IKU ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 131%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya program-program *reward* yang dilaksanakan pihak eksternal yang memacu internal RSAB Harapan Kita untuk konsisten membuat

award-award sebagai upaya pengiriman delegasi RSAB Harapan Kita mengikuti *award* tersebut.

Permasalahan

Berdasarkan hasil survey implementasi nilai BerAKHLAK dan *engagement* yang dilakukan pada triwulan IV tingkat kesehatan budaya organisasi RSAB Harapan Kita cukup sehat dengan nilai 68,9%, namun memiliki beberapa isu yang perlu di perbaiki. Untuk mengetahui isu apa yang akan diperbaiki perlu dilakukan FGD dengan para Pimpinan unit dan staf perwakilan dari Fungsional Medik, Perawat, Tenaga Kesehatan Lain dan Non Medik.

Rencana Tindak Lanjut

Indikator kinerja yang berkaitan dengan nilai BerAKHLAK dijadikan sebagai dasar untuk mengimplementasikan nilai-nilai BerAKHLAK.

4) Sasaran Strategis : Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak

a) IKU-5: Persentase keberhasilan penanganan kasus *severity level 3*

Tabel 3.8.5
Capaian IKU-5 : Persentase keberhasilan
penanganan kasus *severity level 3*

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
5	Persentase keberhasilan penanganan kasus <i>severity level 3</i>	83%	94.28%	114%	85%	93.57%	110%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan pengobatan dalam menangani pasien *severity level 3* ke atas yang dirawat di ruang rawat *intensive* (NICU, PICU, dan MICU). Adapun eksklusi dalam indikator ini adalah:



- Kasus dengan *multiple congenital anomaly*
- Meninggal dalam waktu < 24 jam perawatan
- Mati Batang Otak

Cara Perhitungan

$$\frac{\sum \text{kasus NICU, PICU dan MICU yang keluar hidup}}{\sum \text{kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- Mempersiapkan SDM yang kompeten (mengikuti pelatihan baik di dalam negeri maupun di luar negeri)
- Sarana prasarana yang memadai
- Membangun kerjasama tim

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Membuat alur dan SOP-AP pelayanan sehingga dapat menunjang rencana aksi tersebut
- Melakukan monitoring layanan
- Mengadakan diskusi kasus sulit

Pencapaian Kinerja

Periode	Σ Kasus NICU, PICU dan MICU yang keluar hidup	Σ Kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat	Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 3
Januari	158	172	92%
Februari	144	153	94%
Maret	126	135	93%
April	132	141	94%
Mei	136	150	91%
Juni	130	135	96%
Juli	152	166	92%
Agustus	146	159	92%
September	156	165	95%
Oktober	180	188	96%
November	134	141	95%
Desember	66	69	96%
TAHUN 2024	1.660	1.774	93.57%

Pada tahun 2024 ini IKU-5 ini sudah terealisasi sebesar 93.57%. Dimana dari 1.774 kasus NICU, PICU dan MICU yang dirawat di RSAB Harapan Kita, terdapat 1.660 kasus yang berhasil keluar hidup.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 110%, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan faktor SDM yang kompeten, kerja sama tim yang solid serta sarana dan prasarana yang memadai.

Permasalahan

- Sesuai dengan level rumah sakit, RSAB Harapan Kita banyak menerima kasus kompleks dengan kondisi berat, sehingga mempengaruhi Tingkat keberhasilan penanganan di level 3.
- Kebutuhan Obat/ BMHP/ Alkes/ pemeriksaan penunjang/ tindakan yang berbiaya tinggi yang tidak dicover oleh BPJS, sehingga berpengaruh kepada pelayanan pasien level 3.

Rencana Tindak Lanjut

- Mengadakan diskusi kasus sulit untuk kolaborasi multi disiplin
- Mengajukan obat/BMHP/Alkes/ pemeriksaan penunjang/ tindakan melalui formulir, sehingga mempermudah alur pelayanan pasien level 3.

2) IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal

Tabel 3.8.6
Capaian IKU-6 : Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
6	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	81%	90.25%	111%	82%	88.80%	108%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan layanan intervensi fetal dengan dasar perhitungan pada kasus yang sama untuk kegiatan *Amnioinfusion, Amnioreduction, Amniosintesis, Cordosintesis, Fetoskopi* dan *Transfusi Intra Uterine, Fetal shunting*, pada periode yang sama sampai pasien diperbolehkan pulang (keluar rumah sakit).

Eksklusi :

- 1) Kasus yang meninggal di luar periode intervensi fetal.
- 2) Kasus yang meninggal bukan akibat intervensi fetal

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal yang hidup dan tidak mengalami komplikasi dalam periode yang sama}}{\text{Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- Mempersiapkan SDM yang kompeten
- Menyediakan sarana prasarana yang lengkap
- Meningkatkan kerja sama tim.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Membuat alur dan SOP-AP layanan
- Melakukan monitoring dan evaluasi layanan.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah janin yang dilakukan intervensi fetal yang hidup dan tidak mengalami komplikasi dalam periode yang sama	Jumlah bayi dengan intervensi fetal dalam periode yang sama	Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal
Januari	15	17	88%
Februari	12	12	100%
Maret	13	15	87%
April	20	21	95%



Mei	25	27	93%
Juni	24	31	77%
Juli	33	38	87%
Agustus	17	21	81%
September	19	19	100%
Oktober	20	23	87%
November	22	25	88%
Desember	10	10	100%
TAHUN 2024	230	259	88.80%

Pada tahun 2024 ini IKU-6 sudah terealisasi sebesar 88,80%. Dimana dari 259 bayi yang dilakukan intervensi fetal di RSAB Harapan Kita, ada sebanyak 230 bayi yang hidup dan tidak mengalami komplikasi setelah dilakukan intervensi fetal.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 108%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini ditunjang dengan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang memadai dan kerja sama tim.

Permasalahan

Peningkatan kompetensi SDM untuk bisa menjaga kompetensi dalam menangani pasien yang dilakukan intervensi fetal.

Rencana Tindak Lanjut

Mempersiapkan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang lengkap serta kerja sama tim.

3) IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi

Tabel 3.8.7
Capaian IKU-7 : Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
7	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	77%	94%	122%	80%	94.29%	118%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan penanganan intervensi kardiologi adalah pasien yang ditangani mengalami stabilisasi hemodinamik, respiratorik serta tidak mengalami komplikasi yang berkaitan dengan intervensi kardiologi (*complication related intervention*).

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dan bayi yang berhasil stabil paska intervensi kardiologi}}{\text{Jumlah neonatus dan bayi dengan intervensi kardiologi}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan koordinasi dengan RSJPD Harapan Kita untuk melakukan tindakan intervensi kardiologi, dengan menyiapkan SDM, sarana prasarana dan tarif intervensi kardiologi.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan skrining PJB sedini mungkin pada pasien
2. Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi perawatan intervensi kardiologi secara internal dengan Tim RSAB Harapan Kita dan secara eksternal dengan Tim RSJPDHK
3. Meningkatkan kompetensi SDM RSAB Harapan Kita (dokter BTKV, Kardiologi anak, Perinatologi, dan perawat NICU).

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah neonatus dan bayi yang berhasil stabil paska intervensi kardiologi	Jumlah neonatus dan bayi dengan intervensi kardiologi	Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi
Januari	5	6	83%
Februari	7	7	100%
Maret	4	4	100%
April	6	6	100%
Mei	6	7	86%
Juni	1	2	50%
Juli	7	7	100%
Agustus	4	4	100%
September	7	7	100%
Oktober	5	5	100%
November	8	9	89%
Desember	6	6	100%
TAHUN 2024	66	70	94.29%

Pada tahun 2024 ini IKU-7 sudah terealisasi sebesar 94.29%. Dimana dari 70 neonatus yang dilakukan intervensi kardiologi di RSAB Harapan Kita, sebanyak 66 neonatus berhasil stabil paska intervensi kardiologi.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 118%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan:

1. Kerja sama tim dengan RSJPD Harapan Kita
2. Tindakan dilakukan oleh Tim RSJPD Harapan Kita dan pasca tindakan dirawat oleh Tim RSAB Harapan Kita yang kompeten. Sehingga bayi pasca tindakan tidak mengalami komplikasi
3. Melakukan konferensi bedah jantung secara rutin

Permasalahan

1. Biaya tindakan bedah jantung yang tinggi

2. Tindakan intervensi bedah jantung belum dapat dilakukan secara mandiri (masih kolaborasi dengan RSJPD Harapan Kita).

Rencana Tindak Lanjut

1. Melakukan konferensi bedah pada pasien yang akan direncanakan bedah jantung.
 2. Melengkapi PPK/PPT untuk perluasan diagnosa.
 3. Mengajukan penambahan diagnosa dengan mengirimkan PPK/PPT.
 4. Melakukan monev Kendali Mutu Kendali Biaya (KMKB) untuk tindakan intervensi kardiologi
 5. mengirimkan perawat untuk pelatihan perfusi.
- 4) IKU-8 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan *kordosentesis* dan *amniosentesis*

Tabel 3.8.8
Capaian IKU-8 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan *kordosentesis* dan *amniosentesis*

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
8	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan <i>kordosentesis</i> dan <i>amniosentesis</i>	87%	100%	115%	90%	100%	111%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan deteksi kelainan genetik prenatal pada kehamilan berisiko kelainan kongenital.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan amnion dan cordo yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis}}{\text{Jumlah total pemeriksaan amnion dan cordo}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM melalui pelatihan
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Pencapaian Kinerja

Sampel	Tahun 2024	% keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis
Jumlah sampel prenatal yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis	49	100%
Jumlah sampel yang tidak berhasil dikultur	0	
Total pemeriksaan amnion dan cordo	49	

Pada tahun 2024 ini IKU-8 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana sebanyak 49 jumlah sampel pasien prenatal yang dilakukan pemeriksaan *kordosentesis* dan *amniosentesis* di RSAB Harapan Kita keseluruhan sampel berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis.

Analisa Capaian

IKU Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan kordosentesis dan amniosentesis dapat tercapai, dengan tingkat capaian 111%, karena dalam proses pelaksanaannya persyaratan pra-analitik diterapkan cukup ketat, seperti persyaratan

aseptik, pengiriman sampel sampai kepada monitoring sampel dalam periode kultur dan *expertise*.

Permasalahan

- 1) Terdapat permasalahan dalam TAT hasil pemeriksaan kromosom, dari TAT 3 minggu menjadi 4-5 minggu. Hal ini dikarenakan keterbatasan SDM dengan ABK yang ada.
- 2) Masih terdapat DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang belum tersosialisasi cara pengambilan, penyimpanan, dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis)

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Sudah mengajukan nota dinas ke Tim Kerja OSDM tentang ABK dan kebutuhan SDM yang diperlukan sehingga TAT pemeriksaan genetik dapat sesuai dengan yang ditargetkan.
 - 2) Sosialisasi persyaratan pengambilan, penyimpanan dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis) kepada DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal
- 5) IKU-9: Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)

Tabel 3.8.9

Capaian IKU-9 : Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (*post-natal*)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
9	Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (<i>post-natal</i>)	92%	100%	109%	95%	100%	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Keberhasilan deteksi kelainan genetik pada bayi dan anak dengan kelainan bawaan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan darah bayi dan anak dengan kelainan bawaan yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis}}{\text{Jumlah total pemeriksaan darah bayi dan anak dengan kelainan bawaan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM
3. Memetakan kebutuhan untuk pengajuan peremajaan alat-alat yang sudah tua harus dipertimbangkan untuk dapat berfungsi dengan baik

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menerapkan SOP dengan ketat
2. Peningkatan kompetensi tenaga SDM melalui pelatihan

Pencapaian Kinerja

Sampel	TAHUN 2024	% keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal)
Jumlah sampel pasien post natal/ bayi dg kelainan bawaan yang berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis	227	100%
Jumlah sampel yang tidak berhasil dikultur	0	
Total	227	

Pada tahun 2024 ini IKU-9 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana dari 227 sampel pasien *post natal* bayi dengan kelainan bawaan di RSAB Harapan Kita, keseluruhan sampel berhasil dikultur dan menghasilkan diagnosis.

Analisa Capaian

IKU Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (post-natal) dapat tercapai dengan tingkat capaian 105% karena dalam proses pelaksanaannya persyaratan pra-analitik khususnya pada sampel dari ruang intensif (NICU/PICU) diterapkan cukup ketat, seperti persyaratan aseptik, pengiriman sampel sampai kepada tahapan expertise dan kalau perlu diback-up dengan pemeriksaan duplo demi keberhasilan analisis.

Permasalahan

1. Peralatan yang sudah usang
2. Kurangnya pelatihan-pelatihan yang mendukung tenaga SDM yang sesuai dengan perkembangan teknologi
3. Masih terdapat DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang belum tersosialisasi cara pengambilan, penyimpanan, dan pengiriman sampel sitogenetik post-natal (pasien bayi/ anak)

Rencana Tindak Lanjut

1. Sudah mengajukan ke Tim Kerja OSDM tentang ABK dan kebutuhan SDM yang diperlukan sehingga TAT pemeriksaan genetik dapat sesuai dengan yang ditargetkan.
2. Sosialisasi persyaratan pengambilan, penyimpanan dan pengiriman sampel sitogenetik prenatal (kordosentesis dan amniosentesis) kepada DPJP, perawat, bidan internal maupun eksternal yang akan mengirimkan sampel pemeriksaan tersebut.

6) IKU-10: Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio

Tabel 3.8.10
Capaian IKU-10 : Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
10	Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	92%	98%	107%	94%	97.21%	103%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pembelahan sel adalah proses terbelahnya zigot menjadi sel-sel anak pada tahap awal embrio. Zigot dihasilkan dari perkawinan sel telur dan sperma di luar tubuh dengan proses *Intracytoplasmic Sperm Injection*. Keberhasilan adalah apabila sel telur yang terbuahi membelah menjadi embrio.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah zigot yang menjadi embrio}}{\text{Jumlah zigot yang dihasilkan dari pembuahan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menjaga dan melakukan pemantauan terhadap kualitas suhu, tekanan udara, dan partikel di Lab Embriologi
2. Memastikan perawatan berkala terhadap alat-alat di lab embriologi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Pemantauan suhu, tekanan udara, dan partikel secara terjadwal
2. Kalibrasi terjadwal



Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah zigot yang menjadi embrio	Jumlah zigot yang dihasilkan dari pembuahan	% Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio
Januari	168	172	97.7%
Februari	86	87	98.9%
Maret	79	83	95.2%
April	52	53	98.1%
Mei	69	74	93.2%
Juni	97	97	100.0%
Juli	84	85	98.8%
Agustus	106	109	97.2%
September	115	118	97.5%
Oktober	55	56	98.2%
November	81	84	96.4%
Desember	90	95	94.7%
TAHUN 2024	1.082	1.113	97.21%

Pada tahun 2024 ini IKU-10 sudah terealisasi sebesar 97.21%. Dimana dari 1.113 zigot yang dihasilkan dari pembuahan, terdapat 1.082 jumlah zigot yang menjadi embrio.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 103%. Keberhasilan pencapaian IKU ini adalah pelaksanaan monev yang dilakukan secara berkala untuk mempertahankan kualitas dalam keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio, mulai dari proses pembuahan, zigot yang terbentuk dan embrio yang dihasilkan.

Permasalahan

Adanya bentuk instalasi filtrasi HEPA yang tidak sesuai dengan standar

Rencana Tindak Lanjut

Koordinasi dengan IPSRS untuk adanya rekonstruksi Instalasi HEPA Filter

- 7) IKU-11: Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung

Tabel 3.8.11
Capaian IKU-11 : Keberhasilan *treatment cycle* pada pasien yang mengikuti program bayi tabung

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
11	Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	94%	100%	106%	95%	94.28%	99%
	Capaian	Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Treatment cycle adalah tindakan stimulasi ovarium agar menghasilkan banyak folikel matang dan yang bermutu baik. Keberhasilan adalah apabila *treatment cycle* yang dilakukan dapat berjalan sesuai program dan tidak terjadi *cancelled*.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang berhasil dilakukan treatment cycle}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan treatment cycle}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Perlu adanya diversifikasi komponen obat dalam paket yang lebih fleksibel terhadap kebutuhan terapi pasien
2. Perlu adanya standar protokol IVF yang disusun oleh KSM obsgyn

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Koordinasi dengan pemasaran, keuangan, dan farmasi untuk pembaharuan paket
2. Koordinasi dengan KSM dan DMK untuk dibuat adanya protokol IVF

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah pasien yang berhasil dilakukan <i>treatment cycle</i>	Jumlah pasien yang dilakukan <i>treatment cycle</i>	% Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung
Januari	45	45	100%
Februari	36	39	92%
Maret	24	26	92%
April	15	16	94%
Mei	28	29	97%
Juni	31	34	91%
Juli	28	30	93%
Agustus	30	31	97%
September	20	20	100%
Oktober	31	33	94%
November	31	34	91%
Desember	27	30	90%
TAHUN 2024	346	367	94.28%

Pada tahun 2024 ini IKU-11 sudah terealisasi sebesar 94.28%. Dimana dari 367 jumlah pasien yang dilakukan *treatment cycle*, sebanyak 346 sampel telah berhasil dilakukan *treatment cycle*.

Analisa Capaian

IKU ini belum mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 99%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan diversifikasi komponen obat stimulasi dalam paket belum bisa mengakomodir kebutuhan terapi pasien, sehingga pilihan terapi oleh dokter jadi terbatas.

Permasalahan

Komponen obat dalam paket tidak fleksibel jika dibutuhkan jenis terapi yang berbeda.

Rencana Tindak Lanjut

Pembuatan paket baru, koordinasi dengan Keuangan, Farmasi, dan Pemasaran.

5) Sasaran Strategis : Terselenggaranya layanan PINERE

IKU-12: Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi

Tabel 3.8.12
Capaian IKU-12 : Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
12	Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi penyakit infeksi	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana pandemi penyakit infeksi *Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) melalui pengorganisasian dan langkah-langkah yang tepat guna dan berdaya guna, meliputi :

- 1) Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE)
- 2) Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS
- 3) Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS.

Inklusi: Pandemi penyakit infeksi, termasuk pandemi Covid-19, SARS, MERS COV, dll yang dikategorikan sebagai pandemi infeksi oleh pemerintah

Eksklusi: Penyakit infeksi lain yang bukan kategori Pandemi

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$$

No.	Variabel Keberhasilan	Bobot
1	Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di internal RS	25
2	Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	50
3	Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	25

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Mempersiapkan sarana prasarana yang memadai (ruang perawatan isolasi khusus)
- 2) Melakukan penyesuaian kebijakan sesuai dengan kondisi saat ini dan menyelenggarakan *safety hospital* dengan layanan terintegrasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan monitoring dan evaluasi layanan
- 2) Revisi regulasi disesuaikan dengan kondisi saat ini
- 3) Melakukan koordinasi terintegrasi antara manajemen dan medis terhadap evaluasi layanan pasien

Pencapaian Kinerja

No.	Variabel Keberhasilan	Bobot	2024	
			Jumlah	%
1	Penyiapan kebijakan pelayanan penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di internal RS	25	100%	100%
2	Tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	50	100%	
3	Tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi New Emerging dan Re-Emerging (PINERE) di RS	25	100%	

Pada tahun 2024 ini IKU-12 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana semua variabel keberhasilan yang dinilai yakni adanya kebijakan pelayanan penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di internal RS, tersedianya PPK (Pedoman Praktik Klinik) terkait



penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS dan tersedianya ruang isolasi khusus penyakit infeksi *New Emerging* dan *Re-Emerging* (PINERE) di RS, keseluruhan berhasil terpenuhi 100%.

Analisa Capaian

IKU-12 ini berhasil mencapai 100% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah karena adanya monitoring dan evaluasi layanan (baik dari manajemen maupun medis), serta saat ini pandemi sudah dapat teratasi.

Permasalahan

Dengan kondisi saat ini tidak ada pandemi, sehingga tidak ada permasalahan dalam penanggulangan pandemi PINERE.

Rencana Tindak Lanjut

Untuk persiapan selanjutnya terkait penanggulangan pandemi, peningkatan koordinasi dengan tim terkait yaitu manajemen dan medis sesuai dengan kondisi pandemi yang dihadapi.

6) Sasaran Strategis : Terwujudnya tata kelola klinis sesuai *best practice*

IKU-13: Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Tabel 3.8.13
Capaian IKU-13 : Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
13	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	85%	100%	118%	85%	99.42%	117%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

- 1) *Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/ terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada

pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

- 2) Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Pelayanan oleh PPA yg sesuai dengan Clinical Pathway}}{\text{Jumlah seluruh Pelayanan oleh PPA pada Clinical Pathway yang diobservasi}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan observasi penerapan *clinical pathway* yang telah ditetapkan untuk dievaluasi, yaitu (Diare Akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR).

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan observasi penerapan *clinical pathway* yang telah ditetapkan untuk dievaluasi, yaitu (Diare Akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR).

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan Clinical Pathway	Jumlah seluruh Pelayanan oleh PPA pada Clinical Pathway yang diobservasi	% Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)
Januari	74	74	100%
Februari	78	78	100%
Maret	61	61	100%
April	73	73	100%
Mei	100	105	95%
Juni	62	62	100%



Juli	87	87	100%
Agustus	95	95	100%
September	130	130	100%
Oktober	90	90	100%
November	89	89	100%
Desember	89	90	99%
TAHUN 2024	1.028	1.034	99.42%

Pada Tahun 2024 ini IKU-13 sudah terealisasi sebesar 99,42%. Dimana dari 1.034 pelayanan oleh PPA pada *Clinical Pathway* yang diobservasi, sebanyak 1.028 jumlah pelayanan sudah sesuai dengan *Clinical Pathway*.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 117%. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan 4 kasus telah berhasil dilakukan observasi dan evaluasi, yaitu diare akut, SC tanpa penyulit, Hiperbilirubine fisiologis, Ginekologi, tetapi tidak ditemukan kasus Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR. Mempertimbangkan tidak ditemukannya kasus hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR dalam periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2024, maka *clinical pathway* hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR tidak akan dipergunakan kembali.

Permasalahan

Jumlah kasus Hiperbilirubine non fisiologis dan BBLR null (tidak ada), sehingga perlu dilakukan legalisasi *clinical pathway* yang akan diterapkan untuk tahun 2025 untuk *Clinical pathway* dengan kriteria kasus *high cost, high volume, high risk* dan atau *high tech* yang memerlukan evaluasi.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Pendataan jumlah kasus terbanyak
- 2) Pendataan jumlah kasus biaya tinggi
- 3) Pendataan jumlah kasus risiko tinggi

- 4) Pendataan jumlah kasus menggunakan alat canggih atau metode terbaru dalam penanganan pasien

7) Sasaran Strategis : Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional

IKU-14: Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Tabel 3.8.14
Capaian IKU-14 : Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
14	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	85%	78.30%	92%	100%	90.65%	91%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah 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. Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon kurang dari 1 jam.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam}}{\text{jumlah total kasus yang ditindak lanjut}} \times 100\%$$



Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mengoptimalkan penggunaan mobile SISRUTE pada gawai pribadi petugas
2. Resosialisasi untuk *refresh* aplikasi berkala setiap 30-60 menit,
3. Monitoring berkala aktivitas SISRUTE di *working hour*.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Penambahan akun untuk mobile SISRUTE
2. Pemberian *timer* untuk *refresh* berkala bagi petugas
3. Pencatatan dan pelaporan kinerja petugas SISRUTE sebagai bahan evaluasi.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam	jumlah total kasus yang ditindaklanjuti	% Terlaksananya Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE)
Januari	109	144	75.69%
Februari	102	154	66.23%
Maret	152	174	87.36%
April	149	159	93.71%
Mei	196	203	96.55%
Juni	196	205	95.61%
Juli	175	176	99.43%
Agustus	233	244	95.49%
September	307	329	93.31%
Oktober	245	265	92%
November	225	245	91.84%
Desember	171	195	87.69%
TAHUN 2024	2.260	2.493	90.65%

Pada tahun 2024 IKU-14 sudah terealisasi sebesar 90.65%, dimana dari 2.493 total kasus yang ditindaklanjuti, terdapat sebanyak 2.260 kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam.

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 91%. Kegagalan pencapaian IKU ini disebabkan karena

beberapa rujukan yang direspon lebih dari 60 menit terjadi saat *shift* malam. Hal ini dikarenakan tidak dilakukan *refresh* pada sistem sehingga akun ter *logout* otomatis dan rujukan masuk tidak terdeteksi.

Permasalahan

Auto log out sistem jika tidak dilakukan *refresh* berkala.

Rencana Tindaklanjut

Timer untuk *refresh* per 60 menit di malam hari dan upaya mendaftarkan lebih banyak akun mobile SISRUTE.

8) Sasaran Strategis : Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak

a) IKU-15: Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama

Tabel 3.8.15
Capaian IKU-15 : Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
15	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	20 institusi pendidikan	21 institusi pendidikan	105%	23 institusi pendidikan	25 institusi pendidikan	109%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah Institusi Pendidikan yang bekerja sama untuk meningkatkan mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian terutama di dalam bidang pelayanan kesehatan Ibu dan Anak.

Cara Perhitungan

Jumlah MoU pendidikan dengan RSAB Harapan Kita yang masih berlaku, yang terdiri dari Institusi Pendidikan Kedokteran, Keperawatan, Kebidanan dan Profesi Kesehatan lainnya.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Mengoptimalkan peranan Komkordik untuk meningkatkan jumlah Peserta Didik melalui kerja sama dengan Institusi Pendidikan Kesehatan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan kerja sama dengan institusi pendidikan kesehatan.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah MoU pendidikan dengan RSAB Harapan Kita yang masih berlaku	Nama Institusi Pendidikan
Januari	4	Universitas Yatsi Madani, Hospital Based RS Nunukan, Hospital Based RS J. Leimena, FKG UI
Februari	0	-
Maret	1	Hospital Based FKUI
April	1	Poltekkes Kemenkes Sorong
Mei	2	Poltekkes Kemenkes Surakarta, Akademi Terapi Wicara Yayasan Bina Wicara
Juni	4	ATRO Nusantara, Universitas Bina Gorontalo, UPI YAI, Poltekkes Kemenkes Jakarta II
Juli	1	Fakultas Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia Manado
Agustus	3	Fellowship Direktorat Mutu Kementerian Kesehatan, Fakultas Ilmu Keperawatan UI, Institut Sains Teknologi Nasional (ISTN)
September	2	FKM Undip, Kolegium Anak (neonatologi)
Oktober	4	Kolegium Obgin, PKS karabuk Turki, PKS Muhammadiyah Gombong, PKS Kolegium Anak (Kardio)
November	1	FKKMK UGM
Desember	2	FKG Unpad, Poltekkes Makassar
TAHUN 2024	25	

Pada tahun 2024 Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama terealisasi sebanyak 25 institusi pendidikan, sebagaimana terlampir pada tabel di atas.

Analisa Capaian

IKU-15 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 109%. Keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan ada 6 MoU pendidikan yang masih berlaku di tahun 2024 ini, selain itu RSAB Harapan Kita sebagai RS Pendidikan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang terkemuka menyebabkan banyak institusi Pendidikan yang tertarik untuk mengirimkan peserta didiknya untuk belajar ke RSAB Harapan Kita.

Permasalahan

Walaupun tercapai untuk jumlah MoU, namun masih terdapat permasalahan, yaitu proses pembuatannya yang memakan waktu cukup lama karena perlu melalui beberapa Unit Kerja (Diklat, Hukor, TU, Direksi, Ke Institusi Lain di luar RSAB Harapan Kita) sehingga proses untuk menjadikan 1 MoU membutuhkan waktu yang cukup lama. Kemudian Institusi yang sudah habis masa berlakunya belum tentu melanjutkan lagi kerjasamanya.

Rencana Tindaklanjut

1. Melakukan pengawalan dan pemantauan terhadap MoU yang sedang berproses agar sesuai jadwal.
2. Menghubungi kembali institusi yang sudah habis masa berlakunya apakah akan melakukan kerja sama kembali dengan RSAB Harapan Kita.

b) IKU-16: Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

Tabel 3.8.16
Capaian IKU-16 : Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
16	Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	95%	250%	263%	100%	256%	256%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pelatihan yang dilaksanakan selama di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pelatihan yang dilaksanakan di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah pelatihan direncanakan pada tahun berjalan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan pelatihan sesuai *Training Need Analysis* dari masing masing unit kerja

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Pelatihan dilakukan sesuai dengan yang direncanakan oleh masing-masing unit kerja.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah pelatihan yang dilaksanakan di RSAB Harapan Kita pada tahun berjalan	Jumlah pelatihan direncanakan pada tahun berjalan	% IKU
Januari	5	3	167%
Februari	7	3	233%
Maret	7	3	233%
April	4	3	133%
Mei	10	3	333%



Juni	11	3	367%
Juli	6	3	200%
Agustus	10	3	333%
September	4	3	133%
Oktober	10	3	333%
November	10	3	333%
Desember	8	3	267%
TAHUN 2024	92	36	256%

Pada tahun 2024 IKU-16 ini jumlah pelatihan yang dilaksanakan sesuai standar kurikulum ada sebesar 92 pelatihan, dan jumlah pelatihan yang direncanakan sebesar 36 pelatihan, sehingga pelatihan yang terealisasi sebesar 256%.

Analisa Capaian

Pencapaian IKU ini mencapai 256% dari target yang direncanakan. Dimana penyebabnya keberhasilannya adalah:

1. Usulan kegiatan pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM dari unit kerja lebih banyak dibandingkan dengan target per bulan sebanyak 3 kegiatan pelatihan. Upaya tersebut juga dalam rangka memenuhi kewajiban mengikuti minimal 20 JPL per tahun bagi seluruh karyawan.
2. Kegiatan pelatihan yang diselenggarakan dilakukan secara *blended learning* (daring maupun luring) sehingga lebih efektif dan efisien.

Permasalahan

Beberapa pelatihan yang dilakukan belum sesuai dengan *Training Need Analysis* (TNA) dari masing-masing unit kerja.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelatihan disesuaikan dengan *Training Need Analysis* (TNA) dari masing-masing unit kerja.

- c) IKU-17: Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak

Tabel 3.8.17
Capaian IKU-17 : Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
17	Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak	1.1	1.17	109%	1.1	1.12	102%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pertumbuhan penelitian yang dilakukan dalam mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah penelitian yang mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita}}{\text{Jumlah penelitian yang mendukung program prioritas di bidang kesehatan ibu dan anak dan telah dipublikasikan minimal di lingkungan RSAB Harapan Kita tahun sebelumnya}}$$
Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan jumlah penelitian dengan meningkatkan minat penelitian di RSAB Harapan Kita dengan mempermudah alur penelitian dan juga mensosialisasi alur penelitian.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Meningkatkan minat penelitian di RSAB Harapan Kita dengan mempermudah alur penelitian dan juga mensosialisasi alur penelitian.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Penelitian Tahun 2024	Jumlah Penelitian Tahun 2023	IKU
Januari	10	2	5.00
Februari	3	8	0.38
Maret	6	6	1.00
April	7	9	0.78
Mei	9	8	1.13
Juni	5	9	0.56
Juli	12	9	1.33
Agustus	4	4	1.00
September	3	3	1.00
Oktober	10	7	1.43
November	9	6	1.50
Desember	8	6	1.33
TAHUN 2024	86	77	1.12

Pada tahun 2024 ini Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang kesehatan ibu dan anak tahun 2024 sebanyak 86 penelitian, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 77 penelitian, sehingga realisasi sebesar 1.12

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 102%. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan kegiatan sosialisasi penelitian sudah mulai berjalan sehingga terjadi peningkatan minat penelitian meski masih belum cukup tinggi.

Permasalahan

Minat penelitian belum cukup tinggi.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan *workshop* dan pelatihan untuk meningkatkan minat penelitian.

9) Sasaran Strategis : Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai *Good Governance*

IKU-18: Pembangunan WBK dan WBBM

Tabel 3.8.18
Capaian IKU-18 : Pembangunan WBK dan WBBM

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
18	Pembangunan WBK dan WBBM	85	85.42	100%	86	90.68	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) adalah predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja yang memenuhi sebagian besar manajemen perubahan, penataan tatalaksana, penataan sistem manajemen SDM, Penguatan Pengawasan, dan Penguatan Akuntabilitas Kinerja, Peningkatan Pelayanan Publik, Pemerintah yang Bersih dan Bebas KKN yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan RI dan MENPAN-RB.

Cara Perhitungan

1. Formula/Ukuran Keberhasilan WBK
 - (1) Total Nilai Pengungkit dan Hasil minimal 75;
 - (2) Nilai komponen hasil “Terwujudnya Pemerintah yang bersih dan bebas KKN” minimal 18 dengan rincian :
 - 1) Nilai Sub Komponen Survei Persepsi anti korupsi minimal 13,5
 - 2) Sub Komponen presentasi TLHP minimal 3,5
2. Formula/Ukuran Keberhasilan WBBM
 - (1) Total Nilai Pengungkit dan Hasil minimal 85;
 - (2) Nilai komponen hasil “Terwujudnya Pemerintah yang bersih dan bebas KKN” minimal 18 dengan rincian :
 - 1) Sub Komponen Survei Persepsi anti korupsi minimal 13,5



- 2) Sub Komponen Presentasi TLHP minimal 3,5
- (3) Memiliki nilai komponen hasil “Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik kepada Masyarakat” minimal 16.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melibatkan Dirut dan Direksi dalam pemilihan susunan Tim WBK/WBBM sesuai pedoman dan menjadikan Direksi sebagai Pengampu Pokja
- 2) Melakukan pertemuan rutin dan terjadwal Tim ZI WBK/WBBM RSAB Harapan Kita.
- 3) Melakukan Sosialisasi Pembangunan Wilayah ZI menuju WBK dan WBBM di RSAB Harapan Kita secara berkala kepada Pegawai dan pada saat masa orientasi pegawai baru
- 4) Mengoptimalkan peran Tim AoC (*Agent of Change*) dan *Tim Champion* dalam kegiatan Pembangunan ZI menuju WBK dan WBBM di RSAB Harapan Kita dengan membuat Inovasi Baru
- 5) Perbaiki pelayanan dimulai dari *front office* sampai dengan *back office* dengan Pelatihan *Service Excellent* (termasuk laporan rutin tim khusus pelayanan parkir)
- 6) Terdapat standar pelayanan dan maklumat pelayanan baik melalui media cetak maupun media online
- 7) Mengikuti sertifikasi Pemeberantasan Korupsi oleh Anggota SPI dan Direksi
- 8) Melakukan studi banding ke Satker BLU RS PON yang telah memperoleh predikat WBK Nasional
- 9) Membuat dan melaksanakan RTL hasil studi banding ke RSPON Jakarta.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Dirut dan Direksi memberikan dukungan sumber daya dan arahan kepada Tim WBK/ WBBM



- 2) Pelaporan progres dan kendala Pembangunan ZI dari Tim WBK/WBBM (pada rapat rutin Tim)
- 3) *Updating/* pembaharuan sistem pelayanan pendaftaran *online* untuk mempermudah pelanggan dan meminimalisir risiko gangguan pada saat pendaftaran
- 4) Perbaikan dan monev berkala dalam sarana dan prasarana pelayanan parkir
- 5) Memaksimalkan atribut campaign offline (poster/banner/spanduk) yg terpasang di lingkungan RSABHK (Gd. pelayanan dan Gd. Manajemen) ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSABHK dan dievaluasi secara berkala
- 6) Memaksimalkan seluruh kanal media sosial/ online RSABHK ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSABHK dan dievaluasi secara berkala
- 7) Media edukasi dan layanan terintegrasi dalam *QR Code* untuk mempermudah pasien mendapatkan informasi yang cepat dan akurat didukung dengan media *call center* yg aktif memberikan informasi berkala
- 8) Melaksanakan Self Assessment LKE WBK/WBBM setiap triwulan.
- 9) Hasil Survei Kepuasan Pelanggan dan laporan Tindak Lanjut dipublikasikan di website, medsos, dan mading
- 10) Perbaikan dan Pembaharuan dalam pelaksanaan survei persepsi anti korupsi
- 11) Tersertifikasi Oleh KPK (anggota SPI) sebagai Penyuluh anti korupsi di RSAB Harapan Kita
- 12) Terdapat standar pelayanan dan maklumat pelayanan di website dan instagram
- 13) Merealisasikan pelaksanaan studi banding ke Satker BLU RS Vertikal yang telah memperoleh predikat WBK Nasional yaitu RSPON Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta



- 14) Membuat rencana dan melaksanakan tindak lanjut masing-masing pokja setelah studi banding dari RSPON Prof. DR. dr Mahar Mardjono Jakarta.

Pencapaian Kinerja

Periode	Ukuran Keberhasilan WBK
2024	90.68

Pada tahun 2024 ini Pembangunan WBK dan WBBM memperoleh angka 90,68.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai 105% dari target yang diharapkan, sekalipun memiliki nilai yang tinggi namun belum bisa melampau WBK/WBBM tingkat nasional. Adapun analisisnya adalah sebagai berikut:

- Analisa Keberhasilan :
Dukungan seluruh civitas hospitalia dalam berkomitmen pembentukan dan penguatan zona integritas di lingkungan RSAB Harapan Kita.
- Analisa Kegagalan :
Masih terdapat capaian IKU RSAB Harapan Kita yang belum memenuhi target 100% sehingga RSAB Harapan Kita tidak diusulkan untuk satker yang mendapat penilaian dari Menpan RB, dikarenakan capaian IKU merupakan syarat/kriteria agar satker diusulkan menuju WBK/WBBM tidak terpenuhi.

Permasalahan

- 1) Nilai Indeks Persepsi Anti Korupsi tidak bisa dilakukan intervensi karena merupakan nilai yang diberikan langsung oleh pelanggan RSAB Harapan Kita.
- 2) Masih ada keluhan pada pelayanan parkir, terdapat oknum yang menerima uang TIP dari pengunjung RSAB Harapan Kita.



- 3) Berkaitan dengan waktu tunggu pelayanan kesehatan yang diberikan RSAB Harapan Kita, masih belum sepenuhnya memenuhi harapan pelanggan, terkait waktu tunggu pendaftaran, waktu tunggu Dokter, waktu tunggu obat, dan lain-lain.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Penguatan dari Pimpinan dengan menerbitkan SE Dirut tentang kepatuhan jadwal praktek Dokter dan mengatur tindakan, kegiatan ilmiah, visit sehingga tidak mengganggu jam praktek dan hadir tepat waktu di poliklinik. Untuk mengurangi waktu tunggu farmasi, semua resep yang masuk langsung diproses dengan menambah SDM Farmasi dan program peningkatan performa pegawai (pelatihan, *workshop*, dll)
- 2) Melakukan pengembangan sistem pendaftaran online versi terbaru, untuk mempermudah pelanggan dan meminimalisir risiko gangguan pada saat pendaftaran
- 3) Perbaikan dan *monev* berkala dalam sarana dan prasarana : Vasilitas Umum (kamar mandi) pelayanan parkir, memperkuat sinergi antara vendor parkir dengan manajemen RSAB tentang larangan penerimaan tip, menolak tip, informatif dan cekatan dalam mengelola kendala di lapangan
- 4) Memaksimalkan atribut *campaign offline* (*poster/banner/spanduk*) yg terpasang di lingkungan RSAB HK (Gd. pelayanan dan Gd. Manajemen) tentang pembangunan ZI WBK/WBBM di RSAB HK dan dievaluasi secara berkala
- 5) Memaksimalkan seluruh kanal media sosial/online RSAB HK ttg pembangunan ZI WBK/WBBM di RSAB HK dan dievaluasi secara berkala
- 6) Media edukasi dan layanan terintegrasi dalam *QR Code* untuk mempermudah pasien mendapatkan informasi yang cepat dan akurat didukung dengan media *call center* yang aktif memberikan informasi berkala

- 7) Melaksanakan *Self Assessment* LKE WBK/WBBM setiap triwulan.
- 8) Hasil Survei Kepuasan Pelanggan dan laporan Tindak Lanjut dipublikasikan di *website*, medsos, dan mading
- 9) Perbaikan dan Pembaharuan dalam pelaksanaan survei persepsi anti korupsi
- 10) Menampilkan standar pelayanan dan maklumat pelayanan di *website* dan instagram

10) Sasaran Strategis: Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal

IKU-19: Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Tabel 3.8.19
Capaian IKU-19 : Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
19	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	80%	100%	125%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

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
2. *Grading* risiko dan standar waktu tanggap komplain:
 - 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

- 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.
- c. *Grading* Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial pasien/ keluarga/ pengunjung.

Metode Penilaian :

1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau
2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar
3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori
 - a. Komplain kategori merah ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam
 - b. Komplain kategori kuning ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari
 - c. Komplain kategori hijau ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah komplain yg ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading}}{\text{Jumlah komplain yg di survei}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan pengaduan masyarakat menangani pengaduan sesuai dengan SOP-AP
2. Melakukan koordinasi berkala kepada unit kerja yang terkena pengaduan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan keluhan pelanggan menerima keluhan dari pelanggan dan melakukan konfirmasi ke unit terkait untuk mendapatkan hasil korektif/preventif yang akan disampaikan kepada pelanggan sebagai penyelesaian keluhan
2. Dalam proses koordinasi dengan unit kerja terkait, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD) dilibatkan sehingga waktu tanggap keluhan oleh *customer service* atau pranata humas ketika menerima keluhan baik secara lisan/tatap muka, telepon, maupun link ditanggapi dengan baik.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai grading	Jumlah komplain yang disurvei	% Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK)
Januari	8	8	100%
Februari	7	7	100%
Maret	10	10	100%
April	1	1	100%
Mei	2	2	100%
Juni	7	7	100%
Juli	9.00	9	100%
Agustus	8.00	8	100%
September	5.00	5	100%
Oktober	10	10	100%
November	1	1	100%
Desember	4	4	100%
Tahun 2024	72	72	100%



Pada tahun 2024 ini IKU-19 sudah terealisasi sebesar 100%. Dimana dari 72 jumlah seluruh komplain baik itu kategori merah, kuning dan hijau, sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti keseluruhan, sehingga realisasinya mencapai 100%.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan koordinasi yang baik di internal rumah sakit antara unit kerja, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD), maupun petugas *customer service* / pranata humas sehingga pengaduan masyarakat dapat ditangani dengan segera. Adapun penilaian dalam penanganan pengaduan dapat diamati dengan melibatkan efektivitas dan responsivitas setiap unsur-unsur berikut ini:

- Sarana dan Prasarana: Diukur dengan perbaikan dan pemeliharaan yang tepat waktu serta ketersediaan fasilitas yang memadai.
- Perilaku Pelaksana: Dapat dilihat dari sikap profesional, cepat tanggap, dan transparansi dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
- Kompetensi Pelaksana: Diukur berdasarkan kemampuan teknis dalam menyelesaikan pengaduan dan kualitas solusi yang diberikan.

Permasalahan

Berdasarkan jenis keluhan sesuai dengan nilai Indeks Kepuasan Masyarakat, 72 keluhan yang disampaikan pelanggan pada beberapa pengaduan masyarakat dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Unsur Sarana Prasarana (Fasilitas yang mendukung pelaksanaan layanan) yaitu AC mati di ruang perawatan, dan berkurangnya kapasitas tempat parkir di lapangan parkir dikarenakan ada acara tertentu yang diselenggarakan rumah

sakit. Unsur Perilaku Pelaksana dan Sarana Prasarana ini memerlukan waktu untuk dapat diselesaikan.

- 2) Unsur Perilaku Pelaksana (Sikap dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat)
- 3) Unsur Kompetensi Pelaksana (kemampuan dan keahlian petugas dalam memberikan layanan), yaitu penyampaian edukasi, informasi, dan hasil pemeriksaan laboratorium dan lainnya oleh tim dokter dan perawat kepada orangtua pasien cenderung kurang informatif, kurang seimbang, kurang koordinasi, kurang etik, kurang empati, dan kurang komunikatif sehingga beberapa kali terjadi perbedaan pendapat dan mekanisme penanganan pasien antar dokter atau perawat dalam tim, yang akhirnya membuat orang tua menjadi bingung, terpaksa mengikuti, dan tertekan secara mental.

Upaya pemecahan masalah

1. Koordinasi dengan IPSRS secara berkala terkait perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit serta melakukan monitoring dan evaluasi melalui kegiatan Halo Pasien.
2. Sosialisasi dan Monitoring Evaluasi Penerapan Standar Interaksi Pelayanan Publik yang berkesinambungan untuk mempertahankan target tersebut, terutama kepada seluruh unit kerja yang melakukan pelayanan langsung kepada pasien.

11) Sasaran strategis: Terwujudnya peningkatan pendapatan

IKU-20: Tingkat pertumbuhan pendapatan

Tabel 3.8.20
Capaian IKU-20 : Tingkat pertumbuhan pendapatan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
20	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%	20.38%	204%	10%	20.89%	209%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pendapatan dari jasa layanan dan non layanan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Pendapatan RS Tahun Berjalan} - \text{Pendapatan Tahun Lalu}}{\text{Pendapatan Tahun Lalu}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Meningkatkan pendapatan layanan dengan membuat paket-paket layanan kepada masyarakat
2. Membuat alternatif investasi jangka pendek dan jangka menengah untuk menghasilkan pendapatan dari non layanan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Meningkatkan pendapatan layanan dengan melakukan promosi layanan dan membuat paket-paket layanan kepada masyarakat
2. Meningkatkan pendapatan non layanan dari KSO (Kerja Sama Operasional) seperti dari Business Center (tenant) ataupun rumah duka dan parkir
2. Melakukan investasi jangka pendek dan menengah terhadap *cash* BLU yang *idle* sehingga mendapat return yang optimal
3. Menekan biaya operasional rumah sakit terutama pada biaya konsumsi rapat, dll

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUNAN 2024	PERTUMBUHAN PENDAPATAN
Pendapatan RS tahun berjalan	Rp. 473.097.301.711	20.89%
Pendapatan RS tahun lalu	Rp. 391,353,368,248	

Pencapaian kinerja IKU-20 terealisasi sebesar 20.89%. Dimana pendapatan rumah sakit tahun 2024 ini adalah sebesar Rp. 473,097,301,711 dan pendapatan RS Tahun lalu adalah sebesar Rp. 391,353,368,248,-

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 20.89%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah peningkatan pendapatan dari layanan, dan juga optimalisasi pendapatan non layanan, seperti pendapatan dari tenant-tenant di *Business Center*, rumah duka, parkir dan juga dengan pendapatan bunga dari penempatan deposito.

Permasalahan

1. Promosi yang gencar kepada masyarakat dan perusahaan ataupun asuransi terkadang belum memberikan hasil yang signifikan dalam peningkatan pendapatan atau jumlah pasien
2. Banyak dibutuhkan inovasi-inovasi dalam pelayanan agar dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit
3. Pencairan deposito yang disebabkan oleh *buffer* kas yang ada tidak cukup untuk membiayai kegiatan operasional rumah sakit, dikarenakan penerimaan pendapatan dari pembayaran BPJS tidak sesuai atau tidak tepat waktu. Pencairan deposito ini dapat menyebabkan berkurangnya penerimaan lain dari non layanan (bunga deposito)

Rencana Tindak Lanjut

1. Diperlukan kajian dan evaluasi pada setiap kegiatan pemasaran, sehingga tepat sasaran
2. Meningkatkan peran serta seluruh civitas hospitalia RSAB Harapan Kita dalam memberikan inovasi-inovasi layanan dalam rangka peningkatan jumlah pasien
3. Berkoordinasi dengan IVPP untuk percepatan dan ketepatan waktu dan jumlah pembayaran klaim BPJS sehingga tidak mengganggu *buffer* kas yang akan digunakan untuk pembiayaan kegiatan operasional rumah sakit

12) Sasaran Strategis : Terwujudnya efisiensi biaya

IKU-21: Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)

Tabel 3.8.21

Capaian IKU-21 : Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
21	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	79%	103.07%	130%	80%	108.03%	135%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerja sama 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 (Rupiah Murni).

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa beban umum dan administrasi, dan beban layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya operasional}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Mengoptimalkan pendapatan klinik bayi tabung dan klinik eksekutif di rawat jalan

Pencapaian Kinerja

URAIAN	2024	POBO
Pendapatan PNBPN	461,606,296,506	108.03%
Biaya Operasional	427,295,080,848	

Pencapaian kinerja IKU-21 terealisasi sebesar 108.03% Dimana pendapatan PNBPN tahun 2024 ini adalah sebesar Rp. 461,606,296,506 dan Biaya operasional RS sebesar Rp. 427,295,080,848.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 135%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan pendapatan PNBPN pada tahun ini mencapai target yang diharapkan dan biaya operasional secara keseluruhan dapat ditekan, sehingga Rasio POBO dapat tercapai.

Permasalahan

Volume kunjungan pasien masih belum optimal dan semakin meningkatkan nilai POBO.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan efisiensi biaya serta melakukan pengembangan layanan-layanan.

13) Sasaran Strategis: Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialistik

a) IKU-22: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Tabel 3.8.22
Capaian IKU-22 : Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
22	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	-	-	-	< 2.5%	2.46%	102%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun}}{\text{Jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun}} \times 100$$

*Catatan :

Jika capaian NDR RS tahun 2024 \geq 2,5 maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%.

Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan triase yang baik dan benar saat menerima pasien di IGD
2. Meningkatkan kolaborasi dan kerja sama tim dalam perawatan pasien
3. Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan
4. Melakukan penilaian *Early Warning System* (EWS) secara baik dan benar
5. Penanganan yang cepat dan tepat pada pasien yang mengalami perburukan
6. Meningkatkan kewaspadaan tenaga kesehatan dalam mencegah infeksi nosokomial pada pasien.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mengadakan diskusi kasus sulit
2. Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan/seminar/workshop
3. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan EWS dan penanganan pasien yang mengalami perburukan
4. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam penanganan kegawatdaruratan

Pencapaian Kinerja

Periode Tahun 2024	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun	jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun	% NDR di Rumah Sakit Vertikal
Januari	48	1,203	3.99%
Februari	32	1,207	2.65%
Maret	45	1,249	3.60%
April	26	1,081	2.41%

Mei	37	1,369	2.70%
Juni	25	1,266	1.97%
Juli	41	1392	2.95%
Agustus	29	1368	2.12%
September	30	1322	2.27%
Oktober	26	1448	1.80%
November	19	1401	1.36%
Desember	29	1430	2.03%
Tahun 2024	387	15.736	2,46%

Dari 15.736 jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) pada tahun 2024, sebanyak 387 pasien yang meninggal yang dirawat lebih dari 48 jam, sehingga persentase NDR di RSAB Harapan Kita pada tahun 2024 adalah sebesar 2,46%.

Analisa Capaian

IKU ini melebihi target yang diharapkan dengan capaian sebesar 102%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini ditunjang dengan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang memadai dan kerja sama tim serta sudah berjalannya sistem triase di IGD, *Early Warning System* (EWS), dan kewaspadaan terhadap infeksi nosokomial pada pasien dengan baik.

Permasalahan

Sesuai dengan level rumah sakit, RSAB Harapan Kita banyak menerima kasus kompleks, sehingga meningkatkan kejadian kematian pasien.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Identifikasi kondisi pasien dengan tepat melalui sistem triase IGD
- 2) Pengawasan kondisi pasien melalui implementasi EWS yang benar
- 3) Penanganan yang cepat dan tepat jika pasien mengalami perburukan
- 4) Kolaborasi dan kerjasama tim yang baik
- 5) Monev layanan

- b) IKU-23: Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus

Tabel 3.8.23

Capaian IKU-23 : Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
23	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 laporan	2 laporan	100%	2 laporan	2 laporan	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melaksanakan audit medik sesuai dengan kesepakatan dari kementerian kesehatan

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melaksanakan audit medik
2. Melakukan monev pelaksanaan audit medik

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus
Semester I 2024	1 laporan
Semester II 2024	1 laporan
TAHUN 2024	2 laporan

Analisa Capaian

IKU ini melebihi target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan Pelaksanaan audit medis dilakukan pada layanan prioritas Kesehatan Ibu dan Anak sesuai dengan kekhususan RSAB Harapan Kita, yakni audit medik pada Ibu (SC Elektif) dan Anak (Asfiksia Neonatus).

Permasalahan

Masih adanya kriteria audit medik yang memiliki capaian kurang dari 80% (kriteria dilakukan VTP sebelum usia 1 menit; dilakukan pemasangan intubasi/alat bantu napas ventilator; tidak ada kejadian hie dari pemeriksaan skoring Thomson; dilakukan inisiasi menyusu dini)

Rencana Tindak Lanjut

1. Melaksanakan rencana tindak lanjut hasil audit medik Untuk 2 layanan terpilih (SC elektif dan Asfiksia Neonatus).
2. Melakukan sosialisasi terhadap kriteria audit medis

14) Sasaran strategis: Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri

a) IKU-24 Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Tabel 3.8.24
Capaian IKU-24 : Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
24	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	-	-	-	10%	11.47%	115%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS Vertikal

Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan} - \text{Jumlah Kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}}{\text{Jumlah Kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Tingkatkan kualitas konten, optimalkan promosi berbayar berbasis data

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Redesign eflyer dan infografis, implementasi rencana konten bulanan terstruktur, fokus pada konten yg relevan dan menarik



Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan	Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu	% peningkatan kunjungan pasien Non JKN
Januari	6,051	6,002	1%
Februari	5,872	5,400	9%
Maret	5,546	5,779	-4%
April	4,823	4,051	19%
Mei	5,828	5,289	10%
Juni	5,463	4,786	14%
Juli	5,939	4,622	28%
Agustus	5,951	4,429	34%
September	5,652	5,511	3%
Oktober	5,788	5,323	9%
November	5,706	5,180	10%
Desember	5,821	5,027	16%
TAHUN 2024	68,440	61,399	11.47%

Pencapaian kinerja IKU-24 yaitu Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN terealisasi sebesar 11.47% pada Tahun 2024, dimana jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu adalah sebesar 61,399 sedangkan Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun berjalan adalah sebesar 68.440 pasien.

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 115% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini disebabkan *engagement* yang meningkat dan audiens yang lebih luas.

Permasalahan

persaingan Rumah Sakit Anak Bunda yang ketat.

Rencana Tindak Lanjut

Memprioritaskan *platform* dengan performa tinggi.

b) IKU-25 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

Tabel 3.8.25
Capaian IKU-25 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1	1	100%	1 RS	N/A	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampunan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu serta pelatihan penunjang program pengampunan KIA meliputi komponen maternal, neonatal dan manajemen perubahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.
2. Melibatkan dan berkoordinasi dengan unit kerja terkait (Tim Kerja Diklat, Unit Layanan Pengadaan/ ULP, Tim Kerja

Perencanaan dan Evaluasi Anggaran/ PEA dan Tim Kerja Pelaksana Keuangan) dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampuan KIA.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi
Tahunan	1	N/A

Indikator jumlah rumah sakit yang dibina dan mencapai strata paripurna tidak dapat dilakukan pengukuran (N/A) dikarenakan kebijakan dari supra sistem, yaitu:

1. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1340/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak bahwa lokus binaan pengampuan layanan KIA untuk RSAB Harapan Kita meliputi 2 (dua) RS Utama (RSUD Raja Ahmad Tabib, RSUD Koja) dan 1 (satu) RS Madya (RSUD Nunukan).
2. Adanya perubahan konsep pengampuan KIA yang semula peningkatan strata Rumah Sakit menjadi pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi Rumah Sakit dengan menggunakan instrumen monev pengampuan layanan KIA. Untuk meningkatkan kompetensi tersebut, dibutuhkan suatu stratifikasi berdasarkan jenis pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan. Hal tersebut tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung Dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, Dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Adapun pelaksanaan pengampunan KIA yang dilakukan RSAB Harapan Kita dalam mendukung pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan kegiatan visitasi dan pendampingan RS yang diampu oleh RSAB Harapan Kita pada tahun 2024 sebagai berikut:
 - Telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P2) ke RS Utama yakni ke RSUD Raja Ahmad Tabib pada tanggal 12-14 November 2024.
 - Telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P3) ke RS Madya yakni ke RSUD Nunukan pada tanggal 8 - 11 Desember 2024.
 - Kegiatan visitasi dan pendampingan ke RSUD Koja tidak dapat terlaksana dikarenakan belum terjadwalkan oleh Tim Pengampu dan kesiapan dari RSUD Koja serta mendekati batas akhir pencairan proses administrasi kepada Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.
2. Berdasarkan data instrumen monev layanan KIA pada RS Utama sesuai lokus binaan RSAB Harapan Kita, kendala yang dihadapi dikarenakan belum terpenuhinya SDM dan kelengkapan alat kesehatan pada RSUD Koja, yaitu:
 - a. SDM yang belum terpenuhi antara lain Sp.A Fellow Kardio Anak, Sp. Bedah Anak, Sp.M mampu skrining ROP.
 - b. Alat kesehatan yang belum lengkap meliputi:
 - Alat Rumah Sakit antara lain Set Pemeriksaan *Syndromic Testing Analyzer*, Unit transfusi darah / Bank darah, Ambulans (konsep ICU berjalan untuk ibu dan bayi), USG *Fetomaternal Women's Health Ultrasound*, *Capnography portable respiratory monitor* (OK).

- NICU antara lain Ventilator Transpor Neonatus (bisa untuk MRI), CPAP transport, Inkubator (double wall), USG ECHO *Portable Neonatus Highend*, *Amplitude EEG*, Monitor Neonatus Invasif, Alat pemeriksaan *Otoacoustic Emission (OAE)* (pendengaran).
 - HCU/ SCN antara lain Ventilator Non Invasif Anak/ Dewasa (*bubble CPAP*), Monitor kardiorespirasi anak, Monitor Tekanan Darah Invasif bayi dan anak.
 - ICU Dewasa antara lain Monitor kardiorespirasi dewasa, *Cardiotocography (CTG)*.
3. Kegiatan penunjang pengampuan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 19 RS Paripurna antara lain:
- a. *Workshop Clinical Training Skills (CTS)* pada tanggal 27 - 29 Agustus 2024 (daring) dan 31 Agustus - 1 September 2024 (luring) di Hotel Aston Kartika Grogol Jakarta;
 - b. Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasenta Akreta Kompleks (Utama Paripurna) pada tanggal 23 - 24 September 2024 (Symposium dan Workshop), 21 Oktober 2024 (Diskusi Daring);
 - c. *Workshop Advanced Training Skills (ATS)* pada tanggal 22 - 24 Oktober 2024 (daring) dan 26 -27 Oktober 2024 (luring) di Hotel Ciputra Jakarta
 - d. Workshop Diagnosis Tatalaksana Komplikasi Janin Tahap II/ Workshop Deteksi Dini dan Tatalaksana Kelainan Bawaan pada Janin (BIDIC) pada tanggal 16 - 17 November 2024
 - e. Workshop Terapi Hipotermia *Neonatal Brain Monitoring* (Paripurna Utama) pada tanggal 25 - 26 November 2024 (daring).

Permasalahan

1. Penggunaan anggaran dana SIHREN untuk pengampunan KIA mengakibatkan pelaksanaan kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu menggunakan dana rumah sakit Pengampu lebih dahulu, untuk kemudian di *reimburse* setelah pelaporan dan proses administrasi selesai kepada PPK melalui Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.
2. Target rumah sakit yang direncanakan mencapai strata paripurna yaitu RSUD Koja, namun dikarenakan belum terjadwalkan kegiatan visitasi RSAB Harapan Kita ke RSUD Koja dan mendekati batas akhir pencairan proses administrasi ke Dit. PKR sehingga kegiatan visitasi ke RSUD Koja tidak dapat terlaksana.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana SIHREN
2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.
3. Koordinasi secara intens dan menginformasikan kepada tim pengampunan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampunan KIA

b) IKU-26 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Tabel 3.8.26
Capaian IKU-26 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	-	-	-	1 RS	1 RS	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampunan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke RS yang diampu serta pelatihan penunjang program pengampunan KIA meliputi komponen maternal, neonatal dan manajemen perubahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.
2. Melibatkan dan berkoordinasi dengan Timker Diklit, ULP, Timker PEA dan Timker Pelaksana Keuangan dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampunan KIA.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi	Keterangan
Tahunan	1	1	RSUD Raja Ahmad Tabib

Analisa Capaian

IKU ini sudah berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 100% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan pencapaian IKU ini disebabkan telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P2) ke RSUD Raja Ahmad Tabib pada tanggal 12-14 November 2024 sebagai bagian dari rumah sakit strata utama. Selain itu, RSAB Harapan Kita telah melakukan kegiatan penunjang pengampuan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 37 RS Utama, antara lain:

- Workshop Deteksi Dini Tatalaksana Komplikasi Maternal dan Janin pada tanggal 8 - 9 Juni 2024 di Hotel Ciputra Jakarta;
- Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasenta Akreta Kompleks (Utama Paripurna) pada tanggal 23 - 24 September 2024 (Symposium dan Workshop), 21 Oktober 2024 (Diskusi Daring);
- Workshop Terapi Hipotermia Neonatal Brain Monitoring (Paripurna Utama) pada tanggal 25 - 26 November 2024 secara daring.

Permasalahan

- 1) Lamanya respon dan koordinasi di bagian keuangan untuk pencairan peminjaman dana pelaksanaan visitasi sehingga pemesanan tiket dan akomodasi mendekati hari keberangkatan dan berdampak pada harga pemesanannya yang melebihi dari Standar Biaya Masukan (SBM) tahun 2024.



- 2) Adanya penyesuaian waktu pelaksanaan yang sudah dijadwalkan dikarenakan harus disesuaikan dengan kesiapan rumah sakit yang diampu dan kesiapan dari Tim pengampu RSAB Harapan Kita yang akan berangkat.
- 3) Adanya ketidak konsisten antara tanggal pelaksanaan kegiatan dengan Kerangka Acuan Kerja (KAK) yang sudah direncanakan sehingga penentuan tanggal pelaksanaan kegiatan menyesuaikan dengan waktu para pemateri.
- 4) Pembayaran honor narasumber pelatihan/workshop yang membutuhkan waktu lama dikarenakan dari Timker Pelaksana Keuangan meminta lampiran SK Penetapan Narasumber setelah kegiatan selesai yang mana prosesnya dilakukan oleh Timker Diklat dan membutuhkan waktu lagi hingga terbit SK nya sehingga pembayaran honor narasumber diterima hingga 2 bulan.
- 5) Adanya pergantian staf RSCM yang mengurus kegiatan pelatihan pengampunan KIA dan tidak adanya transfer knowledge dari staf sebelumnya ke staf yang baru sehingga informasi mengenai administrasi dan laporan kegiatan tidak optimal
- 6) terdapat satu kegiatan *Workshop* USG Jantung Hemodinamik untuk Bayi Sangat Prematur (Daring) yang tidak dapat terlaksana dan melibatkan rumah sakit Paripurna dan rumah sakit Utama dikarenakan proses penyelesaian kurikulum dan masih ada peserta USG Jantung Sederhana yang belum lulus

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana SIHREN

2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.
3. Koordinasi secara intensif dan menginformasikan kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampuan KIA

c) IKU-27 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Tabel 3.8.27
Capaian IKU-27 : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
27	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	-	-	-	4 RS	1 RS	25%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal. Daftar rumah sakit yang menjadi target capaian terdapat di Keputusan Menteri Kesehatan.

Cara Perhitungan

Jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh Rumah Sakit Vertikal

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi perencanaan, koordinasi dan pelaksanaan pengampuan layanan KIA pada kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit yang diampu pada rumah sakit Madya.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana *loan* SIHREN.

Pencapaian Kinerja

Periode	Target	Realisasi	Keterangan
Tahunan	4	1	RSUD Nunukan

Analisa Capaian

IKU ini belum berhasil mencapai target yang diharapkan, dengan capaian sebesar 25%. Dimana kegagalan pencapaian IKU ini disebabkan baru terealisasi 1 Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan visitasi dan pendampingan (P3) ke RS Madya yakni ke RSUD Nunukan pada tanggal 8 - 11 Desember 2024.

Adapun sesuai aturan perubahan perubahan konsep pengampunan KIA yang semula peningkatan strata rumah sakit menjadi pemenuhan kompetensi dan syarat kompetensi rumah sakit dengan menggunakan instrumen monev pengampunan layanan KIA. Untuk meningkatkan kompetensi tersebut, dibutuhkan suatu stratifikasi berdasarkan jenis pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan. Hal tersebut tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kanker, Jantung Dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, Dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Berdasarkan data instrumen monev layanan KIA pada RS Madya sesuai lokus binaan RSAB Harapan Kita, kendala yang dihadapi

dikarenakan belum terpenuhinya SDM dan kelengkapan alat Kesehatan pada RSUD Nunukan, yaitu sebagai berikut:

1. SDM yang belum terpenuhi antara lain Perawat HCU/ SCN.
2. Alat kesehatan yang belum lengkap meliputi:
 - a. Alat Rumah Sakit antara lain Set Pemeriksaan *Syndromic Testing Analyzer*.
 - b. NICU antara lain CPAP *transport*, *Pulse Co-oximeter for neonatus & infant* (dengan Teknologi SET (SpO₂, PR, PI, *Signal IQ & Sensitivity*)), Alat Pemeriksaan Bilirubin *in vitro/POCT (mobile)*.
 - c. HCU/ SCN antara lain Ventilator Non Invasif Anak/Dewasa (*bubble CPAP*), Bed elektrik dengan timbangan, Alas penghangat dan pendingin elektrik, Ventilator Konvensional Bayi/Anak, Monitor kardiorespirasi anak, *High Flow Nasal Cannula (HFNC)*.
 - d. ICU Dewasa antara lain Analisis gas darah *bedside (mobile)*, *Cardiotocography (CTG)*, *Electroencephalography (EEG)*, *Blood warmer*.

Sedangkan kegiatan penunjang pengampunan KIA berbentuk pelatihan maternal dan neonatal yang sudah terlaksana dan melibatkan 281 rumah sakit Madya yaitu Workshop Diagnosis Tata Laksana Plasentra Akreta Fokal (Madya Utama) pada tanggal 17 - 18 September 2024 (Symposium dan Workshop), 30 September 2024 dan 7, 14 Oktober 2024 (Diskusi Daring).

Permasalahan

1. Adanya perubahan mekanisme penggunaan anggaran SIHREN, sesuai arahan dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kemenkes tanggal 20 Agustus 2024 bahwa pelaksanaan kegiatan visitasi ke rumah sakit yang diampu



akan dilaksanakan pada bulan Oktober - Desember dan harus di sesuaikan dengan Petunjuk Khusus Revisi pasca Keputusan Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024.

2. Lamanya respon dan koordinasi di bagian keuangan untuk pencairan peminjaman dana pelaksanaan visitasi sehingga pemesanan tiket dan akomodasi mendekati hari keberangkatan dan berdampak pada harga pemesanannya yang melebihi dari Standar Biaya Masukan (SBM) tahun 2024.
3. Adanya penyesuaian waktu pelaksanaan yang sudah dijadwalkan dikarenakan harus disesuaikan dengan kesiapan rumah sakit yang diampu dan kesiapan dari Tim pengampu RSAB Harapan Kita yang akan berangkat.
4. Adanya pergantian staf RSCM yang mengurus kegiatan pelatihan pengampuan KIA dan tidak adanya transfer knowledge dari staf sebelumnya ke staf yang baru sehingga informasi mengenai administrasi dan laporan kegiatan tidak optimal.
5. RSCM membuat KAK baru yang berbeda dengan KAK yang sudah disetujui oleh Kemenkes serta adanya ketidaksesuaian JPL pada kuitansi honor narasumber dengan jumlah JPL Jadwal pelaksanaan kegiatan. Hal ini berdampak tidak bisa diklaim ke bagian keuangan.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi secara intensif dengan supra sistem terkait pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke rumah sakit yang diampu bersumber dana SIHREN
2. Koordinasi dan mencari alternatif solusi dengan Timker Pelaksana Keuangan agar pembayaran honor narasumber

bisa cepat dibayarkan setelah selesai kegiatan dan tidak menunggu terlalu lama.

3. Koordinasi secara intensif dan menginformasikan kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampuan KIA.

15) Sasaran strategis: RPJMN

- a) IKU-28: Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

Tabel 3.8.28
Capaian IKU-28 : Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
28	Persentase kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	-	-	-	60%	86.11%	144%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu *fetal distress* menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ *forsep*, *rupture uteri imminent* (RUI) dan *Rupture uteri*, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (*immediate threat to life*), yaitu *solusio placenta* dan VBAC/PBS (dihapus).

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Resosialisasi penatalaksanaan SOP AP seksio emergensi kategori 1 ke unit unit terkait (IGD, Kamar Bersalin dan Rawat Inap).

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Evaluasi dan monitoring bekal dan Resosialisasi indikator layanan waktu tanggap seksio emergency kategori 1.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	Total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1	% kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit
Januari	10	11	90.91%
Februari	8	10	80.00%
Maret	12	14	85.71%
April	11	13	84.62%
Mei	12	15	80.00%
Juni	10	12	83.33%
Juli	12	14	85.71%
Agustus	9	10	90.00%
September	10	11	90.91%
Oktober	12	13	92.31%
November	9	10	90.00%
Desember	9	11	81.82%
TAHUN 2024	124	144	86.11%



Pencapaian kinerja IKU-28 % kasus SC Emergensi kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit pada tahun 2024 adalah sebesar 86.11%, dimana dari 144 kasus SC Emergensi kategori 1 yang ditangani, terdapat 124 kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit.

Analisa Capaian

Secara umum IKU persentase kasus SC emergensi Kategori I dengan waktu tanggap maksimal 30 menit telah mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 144%, keberhasilan ini dikarenakan adanya kerjasama dan koordinasi yang baik antara DPJP, unit unit terkait (Poliklinik Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, VK/ Kamar Bersalin dan ruang rawat Inap) dalam penatalaksanaan seksio *emergency* kategori 1.

Permasalahan

Terhambatnya pelaksanaan operasi seksio *emergency* kategori 1 dikarenakan ruang operasi yang penuh dengan jadwal operasi elektif. Selain itu, Instalasi Bedah Sentral (IBS) belum punya kamar operasi khusus untuk cito, sehingga menunggu antrian kamar operasi dan menambah waktu tunggu seksio *emergency* kategori 1.

Rencana Tindak Lanjut

Mengupayakan 1 kamar operasi tersisa untuk mengakomodir bila ada operasi seksio *emergency* kategori 1.

- b) IKU-29: Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

Tabel 3.8.29

Capaian IKU-29 : Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi Modul
- 5) Melakukan koordinasi dan implementasi



Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Melakukan diskusi dengan *user* terkait kebutuhan data dan informasi
- 2) Membuat *prototype* sistem
- 3) Melakukan uji coba modul
- 4) Sosialisasi Modul
- 5) Melakukan koordinasi dan implementasi

Pencapaian Kinerja

Periode	Penilaian	Penjelasan
TAHUN 2024	Layanan RME yang sudah terintegrasi di RSAB Harapan Kita: 1. Pendaftaran, 2. IGD 3. Rawat Inap 4. Rawat Jalan 5. OK 6. Layanan Penunjang (Radiologi, Laboratorium, Gizi, Rehabilitasi Medik) 7. Farmasi	100% implementasi RME sudah terintegrasi pada seluruh layanan secara lengkap

Analisa Capaian

IKU ini sudah terealisasi 100% dari target, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini adalah pemenuhan terhadap permintaan dan kebutuhan *user* sesuai proses bisnis yang ada dan penyesuaian variabel dengan meta data dengan memenuhi permintaan dan kebutuhan *user* sesuai proses bisnis yang ada dan penyesuaian variabel dengan meta data.

Permasalahan

Struktur data yang tidak konsisten dan standarisasi pemrograman yang kurang baik.

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan koordinasi untuk penyempurnaan aplikasi untuk memenuhi kebutuhan *user*.

16) Sasaran strategis: Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit Pendidikan

IKU-30: Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan

Tabel 3.8.30
Capaian IKU-30 : Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	-	-	-	10%	15.12%	151%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan angka publikasi ilmiah.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Membantu pembiayaan publikasi jurnal khususnya pada jurnal internasional.

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas	Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas	% Penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan
Januari	0	10	0%
Februari	0	3	0%
Maret	1	6	17%
April		7	0%
Mei	1	9	11%
Juni	1	5	20%
Juli		12	0%
Agustus	2	4	50%
September		3	0%
Oktober	3	10	30%
November	3	9	33%
Desember	2	8	25%
TAHUN 2024	13	86	15.12%

Pencapaian kinerja IKU-30 terealisasi sebesar 15.12%, Dimana dari 86 jumlah seluruh penelitian klinik yg mendukung 9 layanan prioritas, 13 diantaranya telah terpublikasi.

Analisa Capaian

IKU-30 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 151%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya bantuan pembiayaan untuk publikasi jurnal.

Permasalahan

Anggaran perbantuan pembiayaan publikasi jurnal masih terbatas.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan anggaran publikasi jurnal.

17) Sasaran strategis: Tersedianya sistem dan data pelayanan Kesehatan terintegrasi

a) IKU-31: Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS

Tabel 3.8.31
Capaian IKU-31 : Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
31	Jumlah Layanan berbasis genomic di Hubs RS	-	-	-	3 Layanan	4 Layanan	133%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah layanan *genomic* yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS.

Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif layanan *genomic* yang tersedia di seluruh hubs.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Target sudah tercapai karena proses perencanaan layanan sudah dilakukan pada tahun sebelumnya, sehingga tahun 2024 dapat dilakukan proses pelaksanaannya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Pembuatan rencana pengembangan layanan dilakukan pada tahun sebelumnya, dengan membuat TOR, RAB, KAK, unit cost alat medik, bahan, reagen dan aksi pelaksanaannya dilakukan pada tahun ini.

Pencapaian Kinerja

JUMLAH LAYANAN	KETERANGAN
4 layanan	Jumlah kumulatif layanan <i>genomic</i> yang tersedia: 1. Layanan pemeriksaan Non-Invasive Prenatal Test (NIPT) 2. Layanan pemeriksaan DNA Thalassemia alpha dan beta 3. Layanan Pemeriksaan Chromosomal Micro Array (CMA) 4. Pre-Implantation Genetic Test for Aneuploidy (PGT-A)

Pencapaian kinerja IKU-31 Jumlah Layanan berbasis *genomic* di Hubs RS terealisasi sebanyak 4 layanan, dari target 3 layanan, sebagaimana tercantum pada tabel di atas.

Analisa Capaian

IKU-31 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 133%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan dukungan dari rumah sakit dan manajemen dalam pembentukan layanan-layanan berbasis *genomic*, sehingga mendukung program kementerian kesehatan dengan tergabungnya RSAB Harapan Kita menjadi bagian dari Hub BGSi Indonesia.

Permasalahan

Kendala pada proses pengadaan barang dan jasa, dikarenakan barang yang dibutuhkan memerlukan standar khusus, sehingga proses pengadaannya memakan waktu lebih lama.

Rencana Tindak Lanjut

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah saat itu adalah melakukan *follow up* kepada vendor barang dan jasa, Tim Kerja Penunjang Medik serta Unit Layanan Pengadaan barang dan jasa di RSAB Harapan Kita, serta membuat *time table* sehingga dapat dilakukan pemantauan yang lebih optimal.

- b) IKU-32: Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

Tabel 3.8.32
Capaian IKU-32 : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	-	-	-	1.000 sampel	722 sampel	72%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.

Cara Perhitungan

Jumlah sampel yang direkrut oleh *Hubs* yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. PJ Penelitian/ *Principle Investigator* (PI) akan membuat jadwal rekrutmen di media sosial yang rutin dan berkala untuk membantu reminder ke masyarakat luas bahwa program rekrutmen sampel ini masih berlangsung dan dapat diikuti oleh partisipan yang sesuai dengan kriteria
2. Perlu dilakukan koordinasi secara konsisten dengan unit lain seperti bagian Humas dan Pemasaran juga dengan bagian unit kebidanan, untuk dapat memaksimalkan proses rekrutmen sampel *Whole Genome Sequencing* (WGS)

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan tim humas dan pemasaran untuk dapat lebih aktif dalam mempromosikan layanan

- penelitian berbasis genomic, sekaligus mempromosikan layanan baru genomic ini melalui media sosial RSAB Harapan Kita seperti Instagram, Web serta *Banner*
2. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen
 3. Melakukan sosialisasi secara internal didalam ruang lingkup RSAB mengenai adanya proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan genomic berbasis penelitian dan juga layanan
 4. Melakukan monev ataupun rapat internal secara berkala agar instalasi penelitian pusat inisiatif sekuensing genom dan biomedis, yang terhitung merupakan instalasi baru, agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya
Januari	46
Februari	38
Maret	49
April	29
Mei	65
Juni	59
Juli	71
Agustus	50
September	178
Oktober	59
November	55
Desember	23
TAHUN 2024	722

Pada Tahun 2024 ini, jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya adalah sebesar 722 sampel, dimana sampel

yang paling banyak diperiksa adalah pada bulan September sebanyak 178 sampel.

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 72%. Adapun kegagalan IKU ini dikarenakan kurang optimalnya proses rekrutmen sampel karena kurangnya sosialisasi secara berkala ke masyarakat luas.

Permasalahan

Kurang optimalnya proses rekrutmen sampel dikarenakan kurangnya sosialisasi secara berkala ke masyarakat luas.

Rencana Tindak Lanjut

1. Melakukan koordinasi dengan tim humas dan pemasaran untuk dapat lebih aktif dalam mempromosikan layanan penelitian berbasis genomic, sekaligus mempromosikan layanan baru genomic ini melalui media sosial RSAB Harapan Kita seperti Instagram, website rumah sakit serta *banner*
2. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen
3. Melakukan sosialisasi secara internal didalam ruang lingkup RSAB Harapan Kita mengenai adanya proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan genomic berbasis penelitian dan juga layanan
4. Melakukan monev ataupun rapat internal secara berkala agar instalasi penelitian pusat inisiatif sekuensing genom dan biomedis, yang terhitung merupakan instalasi baru, agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.

18) Sasaran strategis: Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

- a) IKU-33: RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Tabel 3.8.33
Capaian IKU-33 : RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Optimalisasi koordinasi dan pelaksanaan penandatanganan MoU dengan Kanagawa *Children Medical Center*
2. Mengoptimalkan koordinasi dan pelaksanaan dalam menentukan substansi kerjasama terkait feasibility study, perjanjian kerjasama layanan KIA
3. Pelaporan dan dokumentasi penyelenggaraan untuk laporan evaluasi

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat mengenai finalisasi *agreement* dan mekanisme jadwal pelaksanaan penandatanganan MoU dengan panitia iWATCH
2. Melakukan kerjasama dengan rumah sakit lain atau institusi kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya

Pencapaian Kinerja

Periode	Realisasi	Keterangan
Tahun 2024	1 Layanan	MoU dengan Kanagawa <i>Children Medical Center</i> Japan

Pada Tahun 2024 ini, RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional adalah 1 layanan.

Analisa Capaian

IKU ini mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah adanya MoU dengan Kanagawa *Children Medical Center* Japan saat pelaksanaan iWATCH di Jakarta. Selain itu, adanya koordinasi yang intensif dan komitmen kerja sama luar negeri yang efektif dan upaya sosialisasi dan juga diseminasi kesepakatan yang telah di tandatangani turut menjadi faktor kontributor dalam keberhasilan pencapaian MoU ini.

Permasalahan

1. Belum adanya arahan pimpinan lebih lanjut terkait pendanaan kegiatan Penandatanganan MoU serta Peningkatan Ilmu dan Tindakan (*transfer knowledge* dan *skill*) sebesar Rp.126.515.000.

2. Untuk pelaksanaan kegiatan dengan jejaring internasional belum tercatat dalam satu pelaporan sehingga agak kesulitan saat dibutuhkan data terkait kegiatan dengan jejaring internasional yang sudah berjalan

Rencana Tindak Lanjut

1. Sudah dilakukan pembahasan dengan pimpinan pada tanggal 5 Desember 2024 bahwa pendanaan kegiatan Penandatanganan MOU serta Peningkatan Ilmu dan Tindakan (transfer knowledge dan skill) sebesar Rp126.515.000 menggunakan dana dari Timker Diklat.
2. Melakukan koordinasi dengan tim yang pernah di kirim pelatihan/pendidikan dengan jejaring internasional: pengumpulan *soft file* sertifikat, laporan kegiatan, melakukan koordinasi dengan Diklat dan OSDM

b) IKU-34: Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

Tabel 3.8.34
Capaian IKU-34 : Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	-	-	-	80%	84.38%	105%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

1) Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu:

- a. Parkir
- b. Ruang Tunggu
- c. Taman
- d. Toilet Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung.

$$\text{Rumus} = \frac{(\text{Jumlah Skor})}{400} \times 100\%$$

2) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari *Check in* di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit) Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Melaksanakan perbaikan kamar mandi gedung parkir dan pembersihan tangga darurat dan tersedianya ruang tunggu sesuai standar
- 2) Taman : Pemeliharaan taman *vertical garden*
- 3) Toilet : Pengecekan toilet setiap jam
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Memperbaiki ketepatan waktu kehadiran dokter di poliklinik, mengatur jadwal praktik dokter sesuai dengan kapasitas poliklinik
 - Koordinasi dengan perawat di rawat jalan untuk melakukan "Klik" pada setiap pasien ke *Nurse station*, dan penghitungan dari bertemu dengan perawat sampai

di periksa dokter dan diharapkan ada DPJP yang mengisi slot di pagi hari

- Koordinasi dengan Dokter dan perawat untuk kepatuhan dalam mengklik pada saat kehadiran pasien di Aplikasi SMART agar data dapat di tarik data valid.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Pembersihan tangga darurat dan perbaikan kamar mandi dengan penggantian lampu
- 2) Taman : Penyiraman rutin dan pemupukan, penggantian tanaman yang mati
- 3) Toilet : Pembuatan ceklist kebersihan toilet
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Mengingatkan dokter terkait jadwal praktik dan pasien terdaftar minimal 30 menit sebelumnya, pengaturan jadwal per ruangan sesuai kuota yang diajukan dokter
 - Melakukan monitor setiap bulan melalui SMART dan di laporkan ke bagian Mutu serta *follow up* ke Tim Kerja Pelayanan Medik terkait dengan jam kepatuhan dokter yang praktek di Poliklinik
 - Melakukan monitoring dan Evaluasi serta analisa untuk pemecahan masalah

Pencapaian Kinerja

Indikator Penilaian	Kriteria	Sub Kriteria	Kriteria Penilaian		Realisasi Tahun 2024	Nilai per Kriteria	Nilai Akhir Tahun 2024
			Sesuai	20 poin			
1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	a. Parkir	Zonasi Parkir untuk Pasien, 70% dari Ruang Parkir	Sesuai	20 poin	20	100	100%
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Zona untuk Rawat Jalan: 06.30-19.00	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Pembayaran Cashless	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
		Pemanfaatan Valet Parking	Sesuai	20 poin	20		
			Tidak Sesuai	10 poin			
			Sesuai	20 poin	20		



Indikator Penilaian	Kriteria	Sub Kriteria	Kriteria Penilaian		Realisasi Tahun 2024	Nilai per Kriteria	Nilai Akhir Tahun 2024	
	b. Taman	Tempat Pick-up dan drop-off yang nyaman	Tidak Sesuai	10 poin	100	100		
		Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun luar Gedung dalam bentuk vertikal	≥ 30%	100 Poin				
			20 > RTH < 30%	75 Poin				
			10 > RTH < 20%	50 Poin				
	0 > RTH < 10%		25 Poin					
	c. Toilet	Pengecekan Rutin (setiap jam) Standar Mall	Sesuai	50 poin	50	100		
			Tidak Sesuai	25 poin				
		Tersedia Toilet untuk yang Berkebutuhan Khusus	Ada	50 poin	50			
			Tidak Sesuai	25 poin				
	d. Ruang Tunggu	Ukuran Minimal 1 - 1,5 m ² / orang	Sesuai	20 poin	20	100		
			Tidak Sesuai	10 poin				
		Disediakan TV dan Sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik	Sesuai	60 poin	60			
			Tidak Sesuai	30 poin				
		Tersedia informasi antrian pasien	Tersedia	20 poin	20			
Belum Tersedia			10 poin					
2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	No.	Kriteria	TW I	TW II	TW III	TW IV	Total	
	1	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit	4.605	4.094	13.328	13.660	35.687	68.75%
	2	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	9.239	7.258	18.432	16.978	51.907	
Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien							84.38%	

IKU-34 ini terdiri dari 2 indikator yang dinilai, yakni Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi standar dan Persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit. Adapun realisasi dari indikator masing-masing adalah 100% dan 68.75%. Sehingga realisasi IKU Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien adalah sebesar 84.38%.

Analisa Capaian

Secara keseluruhan IKU ini mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 105%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan fasilitas pendukung sudah

memenuhi standar, dimana kualitas parkir siap pakai, bersih dan terawat; ruang tunggu tersedia dengan kapasitas yang cukup luas untuk Klinik Edelweiss, Amarylis dan klinik rawat jalan lainnya; kondisi tanaman tumbuh subur di taman dan rajin dilakukan perawatan secara berkala; dan kondisi toilet bersih, kering dan tidak berbau.

Sedangkan untuk waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, capaian WPRJ Poliklinik Eksekutif di Triwulan III mencapai target yaitu 81%. Hal ini dikarenakan adanya layanan 'one stop service' yang berdampak pada efisiensi alur dan waktu pelayanan pasien, namun karena kepatuhan kehadiran dokter masih belum baik, risiko untuk tidak tercapai cukup besar. Indikator ini akan berhasil apabila semua perawat patuh melakukan 'Klik' pada setiap pasien datang dan akan gagal bila perawat lupa melakukan "Klik" pada pasien yang datang, ataupun ketika dokter ada yang mengisi slot di pagi hari mungkin akan tercapai target yang diharapkan, sehingga kepatuhan dokter dan perawat dalam mengklik pada setiap pasien dan selalu di ingatkan selalu terus menerus.

Permasalahan

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : *Supply* air agak terhambat karena dimatikan, karena jika dinyalakan banyak disalahgunakan, dan untuk ruang tunggu Alamanda sedang dilaksanakan perluasan renovasi.
- 2) Taman : *Supply* air sering terkendala, air tidak mengalir dari sumber
- 3) Toilet : Pasien yang mengantri hendak ke toilet, membuat pengecekan untuk pembersihan menjadi terhambat
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :



- Kepatuhan kehadiran dokter di poliklinik masih rendah, kompetensi pengukuran antropometrik perawat masih perlu diperbaiki
- Bila perawat sedang sebagai asisten dokter, dan yang menerima petugas lain tidak melakukan "Klik" sehingga data tidak valid dan dokter tidak sesuai jam praktek (slot).
- Belum patuhnya dokter dan perawat untuk mengklik sebagai suatu kebutuhan akan keberhasilan capaian waktu tunggu.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Parkir dan Ruang Tunggu : Melakukan pengawasan area parkir yang disalahgunakan untuk mencuci mobil
- 2) Taman : Pemasangan pompa *booster* untuk membantu proses penyiraman
- 3) Toilet : Meminta izin kepada pasien yang mengantri untuk bersabar menunggu saat sedang dibersihkan
- 4) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang :
 - Memberikan *feedback* kepatuhan kehadiran dokter kepada KSM secara rutin per triwulan, membangun kebiasaan mengingatkan dokter terkait jadwal praktik dan pasien yang terdaftar minimal 30 menit sebelumnya, berkoordinasi dengan KSM Anak untuk memberikan *on the job training* pengukuran antropometrik pada anak kepada perawat poliklinik eksekutif
 - Sosialisasi kepada petugas lain untuk melakukan "Klik" di akun perawat agar data dapat di tarik sesuai DO dan melakukan pendekatan ke DPJP dan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk bisa mendorong DPJP mengisi slot dipagi hari

- Sosialisasi yang terus menerus dan di evaluasi setiap hari mana yang tidak mengklik dan di informasikan

c) IKU-35: Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Tabel 3.8.35
Capaian IKU-35 : Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
35	Waktu pelayanan Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Petugas penanganan pengaduan masyarakat menangani pengaduan sesuai dengan SOP-AP serta koordinasi berkala kepada unit kerja yang terkena pengaduan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Petugas penanganan keluhan pelanggan menerima keluhan dari pelanggan serta melakukan konfirmasi ke unit terkait untuk

mendapatkan hasil korektif/ preventif yang akan disampaikan kepada pelanggan sebagai penyelesaian keluhan

2. Melakukan proses koordinasi dengan unit kerja terkait, Manajer Pelayanan Pasien (MPP) serta *Manajer On Duty* (MOD) agar waktu tanggap keluhan oleh *customer service* atau pranata humas ketika menerima keluhan secara lisan/tatap muka, telepon, maupun *link* ditanggapi dengan baik.

Pencapaian Kinerja

Periode	Respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit	Jumlah seluruh komplain Non-Medis	% Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
Januari	8	8	100%
Februari	7	7	100%
Maret	10	10	100%
April	1	1	100%
Mei	2	2	100%
Juni	7	7	100%
Juli	9	9	100%
Agustus	8	8	100%
September	5	5	100%
Oktober	10	10	100%
November	1	1	100%
Desember	4	4	100%
Tahun 2024	72	72	100%

Pencapaian kinerja IKU-35, yakni Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan) mencapai 100%. Dimana dari 72 Jumlah seluruh komplain Non-Medis kesemuanya berhasil ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai masing-masing standar waktu.

Analisa Capaian

IKU-35 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan efektivitas dan responsivitas setiap unsur :

- Sarana dan Prasarana: Diukur dengan perbaikan dan pemeliharaan yang tepat waktu serta ketersediaan fasilitas yang memadai.
- Perilaku Pelaksana: Dapat dilihat dari sikap profesional, cepat tanggap, dan transparansi dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
- Kompetensi Pelaksana: Diukur berdasarkan kemampuan teknis dalam menyelesaikan pengaduan dan kualitas solusi yang diberikan

Permasalahan

1. Unsur Sarana Prasarana (Fasilitas yang mendukung pelaksanaan layanan) yaitu AC mati di ruang perawatan dan tidak tersedia tempat parkir di dikarenakan RSAB Harapan Kita sedang melakukan kegiatan
2. Unsur Perilaku Pelaksana (Sikap dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat)
3. Unsur Kompetensi Pelaksana (kemampuan dan keahlian petugas dalam memberikan layanan), yaitu penyampaian edukasi, informasi, dan hasil pemeriksaan laboratorium dan lainnya oleh tim dokter dan perawat kepada orangtua pasien cenderung kurang informatif, kurang seimbang, kurang koordinasi, kurang etik, kurang empati, dan kurang komunikatif sehingga beberapa kali terjadi perbedaan pendapat dan mekanisme penanganan pasien antar dokter atau perawat dalam tim, yang akhirnya membuat orang tua menjadi bingung, terpaksa mengikuti, dan tertekan secara mental.

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan IPSRS secara berkala terkait perbaikan sarana dan prasarana RS serta melakukan monitoring dan evaluasi melalui kegiatan Halo Pasien
2. Sosialisasi dan Monitoring Evaluasi Penerapan Standar Interaksi Pelayanan Publik yang berkesinambungan untuk mempertahankan target dengan unit kerja terkait

d) IKU-36: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Tabel 3.8.36
Capaian IKU-36 : Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	-	-	-	80%	98.25%	123%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan rumah sakit pada 10 layanan prioritas.

Cara Perhitungan

Indikator Klinis terpilih pada RS Khusus: sesuai kekhususannya
 Kekhususan RSAB Harapan Kita adalah pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dengan Indikator Klinis KIA adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr
2. Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr
3. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS
4. Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan

Rumus:

- Terlebih dulu *cut-off* capaian indicator dikonversi ke 100%
- (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indikator klinis yang diukur)

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mempersiapkan SDM yang kompeten (mengikuti pelatihan baik di dalam negeri maupun di luar negeri),
2. Sarana prasarana yang memadai
3. Membangun kerjasama tim.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Membuat alur dan SOP-AP pelayanan sehingga dapat menunjang rencana aksi tersebut
2. Melakukan monitoring layanan.
3. Mengadakan diskusi kasus sulit

Pencapaian Kinerja

No.	Indikator Standar Klinis KIA	Total kumulatif capaian setelah konversi	jumlah indikator klinis yang diukur	% Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis
1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	96%	1	96%
2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	97%	1	97%
3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	100%	1	100%
4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	100%	1	100%
TAHUN 2024		393%	4	98.25%

Pencapaian kinerja IKU-36 sebesar 98.25% Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis mencapai 393%, dengan jumlah indikator klinis yang diukur sebanyak 4 indikator.

Analisa Capaian

IKU-36 ini sudah mencapai 123% dari target yang diharapkan, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan adanya SDM yang kompeten, kerjasama tim serta sarana dan prasarana yang memadai.

Permasalahan

Peningkatan kompetensi SDM untuk bisa lebih kompeten.

Rencana Tindak Lanjut

Mempersiapkan SDM yang kompeten, sarana prasarana yang lengkap serta kerja sama tim.

- e) IKU-37: Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik

Tabel 3.8.37

Capaian IKU-37 : Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
37	Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik	-	-	-	100%	100%	100%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

1. Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100
2. Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50

3. Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100
 4. Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50
 5. Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja
- Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100
- Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99
- Nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio POBO dibagi dua.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan rasio kas dan rsio POBO sesuai dengan rentang nilai standar

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Meningkatkan tata kelola RS lebih baik lagi, dengan cara meningkatkan rasio kas dan rsio POBO sesuai dengan rentang nilai standar

Pencapaian Kinerja

URAIAN	Kriteria	Tahun 2024	Hasil Rasio	SKOR 2024	% Capaian Tata Kelola RSV BLU
Rasio Kas	Didalam rentang Standar 180-360%	Rp. 47.417.380.623	272,80%	100	100%
	Diluar rentang Standar 180-360%	Rp. 17.381.784.408			
Rasio POBO	Diatas nilai standar (>45% atau >65%)	Rp. 461.606.296.506	108%	100	
	Dibawah nilai standar (>45% atau >65%)	Rp. 427.295.080.848			

IKU-37 terealisasi sebesar 100% dimana realisasi rasio kas adalah sebesar 272,80% masih dalam rentang standar 180-360%. Dan juga realisasi rasio POBO sebesar 108% yang berada diatas

nilai standar (>45% atau >65%) sehingga masing-masing mendapat skor 100.

Analisa Capaian

IKU ini sudah mencapai 100% dari target yang diharapkan, dimana keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan rumah sakit sangat menjaga kinerja keuangan sesuai dengan standarnya sehingga semakin meningkatkan tata kelola rumah sakit yang lebih baik.

Permasalahan

Masih terdapat beberapa indikator yang belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

Monitoring indikator yang belum optimal dan mengusahakan agar indikator tersebut dapat dioptimalkan.

19) Sasaran Strategis: Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan

- a) IKU-38: Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Tabel 3.8.38
Capaian IKU-38 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	100%	105%	90%	100%	111%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor

40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit.

Cara Perhitungan

Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target (belum)

1. Memastikan kegiatan pemeliharaan sarana dan prasarana terlaksana dengan baik
2. Memastikan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) berfungsi baik dalam menunjang operasional Rumah Sakit

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan pemantauan kondisi sarana, prasarana, peralatan medik dan non medik
2. Melakukan perbaikan dan pemeliharaan sarana, peralatan medik dan non medik

Pencapaian Kinerja

Uraian	TAHUN 2024		
	Jumlah	Standar Acuan	% Pemenuhan
Pemenuhan Sarana (S)	100	100	100%
Pemenuhan Prasarana (P)	100	100	100%
Pemenuhan Alat Kesehatan (A)	184	184	100%
Pemenuhan SPA	384	384	100%

IKU-38, yakni Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar sudah terealisasi sebesar 100%, dimana pemenuhan Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan sudah mencapai 100% dari standar acuan.

Analisa Capaian

IKU-38 ini sudah mencapai target yang direncanakan dengan capaian sebesar 100%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini

dikarenakan pemantauan terhadap pemenuhan SPA berfungsi dengan baik.

Permasalahan

1. Pelaksanaan pemeliharaan gedung, terutama pemeliharaan koridor rawat inap mengalami kendala terkait spesifikasi pekerjaan yang dilaksanakan dan waktu pelaksanaan yang melebihi kontak. Vendor pelaksana kurang kompeten terkait pekerjaan dan tidak adanya tenaga ahli.
2. Terjadi kebocoran radiasi di ruang *CT Scan* di Instalasi Radiologi, dimana pengecekan *CT Scan* terkendala *charge* biaya di luar kontrak *service*
3. Kurangnya daya kapasitas trafo isolasi di ruang OK 3 dan 6 saat tindakan operasi besar (contoh: operasi jantung)
4. Kabel tegangan rendah dari trafo 1 ke LVMDP, suhu mencapai hampir 70°C
5. Pembagian beban listrik RSAB Harapan Kita antara trafo 1 dan 2 tidak seimbang
6. Belum difasilitasinya aplikasi *EcoStruxure Advisor Schneider* yang berfungsi untuk pemantauan dan monitoring panel induk RSAB Harapan Kita oleh Instalasi SIMRS
7. Belum tersedianya alat perkantoran (PC/Laptop) tambahan yang mendukung aplikasi arsitektur untuk proses perencanaan bangunan

Rencana Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan Unit Layanan Pengadaan (ULP) dan memperkuat persyaratan yang tertuang pada TOR pekerjaan
2. Upgrade daya trafo isolasi OK 3 dan 6 4.
3. Penambahan penarikan kabel dari trafo 1 ke panel LVMND
4. Penambahan 1 panel blokset pada LVMDP TR 2

5. Melakukan koordinasi dengan Instalasi SIMRS untuk langganan aplikasi dan ketersediaan alat perkantoran (PC/ laptop)
- b) IKU-39: Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Tabel 3.8.39
Capaian IKU-39 : Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
39	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	-	-	-	90%	100%	111%
	Capaian	-			Tercapai		

Definisi Operasional

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Melakukan monitoring terkait pelaksanaan kalibrasi agar sesuai dengan jadwal dan tidak melebihi tanggal *expired* kalibrasi tahun sebelumnya.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan rekap harian daftar alat yang telah dilakukan kalibrasi



Pencapaian Kinerja

Periode (Akumulasi)	Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi	Jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit	% Prasarana dan alat kesehatan
TW I 2024	826	1,738	48%
TW II 2024	1,573	1,738	91%
TW III 2024	1,738	1,738	100%
TW IV 2024	1,738	1,738	100%
TAHUN 2024	1,738	1,738	100%

Dari 1.738 jumlah alat yang wajib dikalibrasi, secara keseluruhan alat kesehatan telah dilakukan kalibrasi sampai dengan tahun 2024, dengan realisasi Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar sebesar 100%.

Analisa Capaian

IKU-38 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 111%. Adapun keberhasilan pencapaian IKU ini adalah terlaksananya kalibrasi alat medik yang telah dijadwalkan sehingga menjadi layak pakai.

Permasalahan

Pada tahun 2023 banyak alat yang sedang mengalami kerusakan dan tidak bisa dikalibrasi di tahun yang sama, sehingga jumlah alat yang dikalibrasi di tahun 2024 menjadi bertambah.

Rencana Tindak Lanjut

Dilakukan penambahan daftar alat medik yang belum terkalibrasi, pada pelaksanaan kalibrasi tahun 2024.

20) Sasaran Strategis: Meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan rujukan

a) IKU-40: % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Tabel 3.8.40
Capaian IKU-40 : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
40	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	-	-	-	100%	67.95%	68%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan- des) dengan capaian :

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

Jumlah pelaporan 13 INM setiap bulannya (Januari – Desember)

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Capaian INM yang sudah mencapai target rata-rata adalah 9 indikator dan yang tidak tercapai ada 4 indikator :

1. Kepatuhan kebersihan tangan (71,66%)
2. Kepatuhan penggunaan APD (98,11%)
3. Kepatuhan identifikasi pasien (98,24%)
4. Waktu tunggu rawat jalan (43,66%)

Rencana Aksi :

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : melakukan re-edukasi pelatihan PPI tentang kebersihan tangan untuk 5 moment melalui pelatihan korporat
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : melakukan re edukasi tentang penggunaan APD terutama sarung tangan sesuai standar PPI
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien melalui resosialisasi kepada PPA
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan koordinasi dengan perawat dan dokter terkait kepatuhan dalam mengklik panggil pasien sesuai waktu kedatangan pasien di pelayanan, baik pada saat tiba di perawat ataupun pada saat dokter mulai melakukan pemberian layanan terhadap pasien.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : mengingatkan dan melakukan edukasi individual saat pelatihan PPI korporat tentang 5 *moment* terutama untuk petugas yang kontak pasien/pelayanan pasien.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : pelatihan korporat dengan materi Alat Pelindung Diri kepada seluruh petugas
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi SOP AP Kepatuhan Identifikasi Pasien dan supervisi berjenjang
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan monitoring dan evaluasi dari hasil capaian dan melaporkan ke Komite Mutu

Pencapaian Kinerja

Periode	Jumlah Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target dibagi Total INM
Januari	8	61.54%
Februari	8	61.54%
Maret	8	61.54%
April	8	61.54%
Mei	8	61.54%
Juni	9	69.23%
Juli	9	69.23%
Agustus	10	76.92%
September	10	76.92%
Oktober	9	69.23%
November	10	76.92%
Desember	9	69.23%
TAHUN 2024	9	67.95%

IKU-40 ini terealisasi sebesar 67,95%. Dimana Indikator Nasional Mutu (INM) yang berhasil mencapai target pada Tahun 2024 bervariasi jumlahnya, antara 8-10 Indikator dari 13 Indikator yang diukur dengan rata-rata indikator yang berhasil mencapai target pada tahun 2024 ada sebanyak 9 indikator.

Analisa Capaian

IKU ini belum mencapai target yang diharapkan dengan tingkat capaian sebesar 68%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan ada beberapa Indikator Nasional Mutu (INM) yang



masih belum mencapai target, seperti Kepatuhan Kebersihan Tangan, Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), Kepatuhan Identifikasi Pasien dan Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit.

Permasalahan

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : masih cukup banyak petugas yang kontak pasien yang belum memahami 5 *moment* kebersihan tangan sehingga kesadaran untuk melakukan kebersihan tangan sesuai 5 *moment* masih belum mencapai target baik.
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : masih ada petugas di layanan pasien yang belum mengikuti pelatihan korporat
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Masih ditemukan pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien belum memahami risiko yang dapat ditimbulkan terhadap pasien, sehingga kesadaran untuk melakukan kepatuhan identifikasi pasien perlu ditingkatkan
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Bila perawat dan dokter mengklik panggil pasien tidak sesuai alur layanan yang ada (mulai dari proses Registrasi, panggil Perawat dan panggil Dokter) dan tidak mematuhi alur layanan tersebut yang menyebabkan hasil capaian waktu tunggu yang tidak sesuai, seperti hasil data minus ataupun kosong sehingga data tersebut banyak di eksklusi dan hasil capaian untuk waktu tunggu belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan : Terus melakukan edukasi, sosialisasi dan bimbingan ulang untuk 5 *moment* kebersihan tangan. melakukan monitoring dan evaluasi dengan *tools*

- WHO *guideline* serta melaporkan hasilnya dengan nama petugas ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti. usulan ke Direksi untuk kepatuhan petugas yang kurang baik selama 3 bulan berturut turut akan diberikan sangsi
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : terus menerus melakukan edukasi dan mengingatkan petugas tentang penggunaan APD terutama sarung tangan agar sesuai standar dan tidak membahayakan pasien dan lingkungan.
 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi dan bimbingan ulang terkait identifikasi pasien, monitoring dan evaluasi dengan *tools* yang telah disepakati dan melaporkan secara rutin untuk capaian kepatuhannya ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti.
 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan sosialisasi dan mengingatkan perawat dan dokter agar patuh dalam melakukan klik panggil pasien dan penambahan *pop-up* pesan di menu klik panggil pasien berupa *notice* “tidak dapat melakukan klik pasien dikarenakan proses sebelumnya belum dilakukan”, agar tahapan perhitungan waktu tunggu sesuai dengan alur layanan yang ada.

b) IKU-41: Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

Tabel 3.8.41
Capaian IKU-41 : Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
41	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	-	-	-	75%	64.71%	86%
	Capaian	-			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Budaya keselamatan adalah pada *hand note*

Cara Perhitungan

Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target:

1. Meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien untuk meminimalkan insiden keselamatan pasien
2. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien, baik Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Pencapaian Kinerja

Periode	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan
TAHUN 2024	64.71

Analisa Capaian

1. Banyak SDM yang kurang memahami pentingnya survei Budaya keselamatan pasien
2. Banyaknya responden yang memilih jawaban "Netral" dimana jawaban ini tidak termasuk respon positif dan menjadi faktor penyebut / pembagi

Permasalahan

Skor Budaya Positif yang belum mencapai target :

- Pengaturan Staf dan tempo kerja
- Respon terhadap *Error*
- Dukungan Supervisor, Manajer atau Ketua Medis untuk Keselamatan Pasien
- Komunikasi tentang *Error*

- Keterbukaan Komunikasi
- Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien
- Dukungan Manajemen Rumah sakit Untuk Keselamatan pasien
- Penyerahan dan Pertukaran Informasi

Rencana Tindak Lanjut

1. Mengembangkan dan menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan untuk tenaga kesehatan. Materi pelatihan dapat mencakup cara bekerja dalam budaya keselamatan pasien, berinteraksi dengan pasien, dan melaporkan kejadian yang terjadi.
 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan pasien
 3. Memastikan pasien diidentifikasi dengan benar
 4. Mengembangkan sistem pelaporan
 5. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 6. Pimpinan rumah sakit memulai dan mengimplementasikan budaya keselamatan pasien, serta menilai dan merancang upaya untuk meningkatkannya
- c) IKU-42: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal pelayanan Kesehatan.

Tabel 3.8.42

Capaian IKU-42 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
42	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.5%	100%	108%	95%	100%	105%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan dikali 100%

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target:

1. Melaksanakan Tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
2. Dukungan manajemen/pimpinan dalam penguatan sumber daya yang diperlukan seperti anggaran, *personel*, sistem atau peralatan, untuk mengimplementasikan rekomendasi tindak lanjut sekaligus menjadi upaya pengendalian internal yang efektif, efisien dan akuntabel.
3. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
4. SPI Melakukan pendampingan dan pengawasan kepada *auditee* terkait rencana tindakan korektif atas temuan auditor eksternal BPK RI agar TL lebih spesifik, terukur, dan realistis untuk memperbaiki masalah yang diidentifikasi.
5. Pengawasan berjenjang oleh atasan langsung dalam pelaksanaan kegiatan di unit kerja.
6. Menyusun Daftar Risiko pengawasan dan mitigasi risiko terkait dengan pengawasan.

7. Memperbaiki kontrak kinerja seluruh unit kerja yang berlandaskan proses bisnis atau tata kelola manajemen yang akuntabel, sehingga meminimalkan risiko *mal-administrasi* atau temuan kesalahan kinerja.
8. Mendokumentasikan seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
2. SPI melakukan Pengawasan Internal/ Pendampingan terkait kegiatan operasional di RSAB Harapan Kita mulai dari Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring Evaluasi, dan Tindak Lanjut dan bekerjasama dengan unit kerja/ *auditee* agar meminimalisir temuan oleh auditor.
3. Menerapkan *Three Line Defense* dalam tata kelola manajemen risiko di RSAB Harapan Kita, dimulai dari lini pertama pemilik dan pengelola risiko, lini kedua SubKomite Manajemen Risiko dan lini ketiga oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) sebagai fungsi pengawasan/reviu dan evaluasi terhadap pengendalian risiko.
4. SPI sebagai unit kerja pengawasan melakukan pemantauan dan berkoordinasi dengan Dirjen Yankes dan Itjen APTLHP terkait update temuan BPK RI, dengan bukti kertas kerja Matriks Pemantauan temuan oleh APTLHP, Dirjen Pelayanan kesehatan dan Inspektorat I Kemenkes, hingga seluruh rekomendasi tindak lanjut dinyatakan tuntas paripurna.
5. SPI melibatkan peran pimpinan (Dirut dan Direksi) mengenai komitmen dari manajemen dalam upaya

penguatan sistem, sumber daya, dan regulasi untuk memastikan implementasi rekomendasi yang efektif dan efisien.

6. SPI intens melakukan pendampingan kepada unit kerja/ *auditee* mengenai pemahaman rekomendasi temuan tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
7. SPI memberikan saran dan masukan mengenai sistem pengendalian internal yang kuat kepada unit kerja/ *auditee* agar tidak menjadi temuan berulang.
8. SPI melakukan konsolidasi kepada *auditee* mengenai pendokumentasian seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor.

Pencapaian Kinerja

Periode (Akumulasi)	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK	% Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
TW I 2024	40	42	100%
TW II 2024	48	53	91%
TW III 2024	53	53	100%
TW IV 2024	53	53	100%
TAHUN 2024	53	53	100%

Dari 53 Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, secara keseluruhan rekomendasi telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, sehingga realisasi IKU-42 adalah sebesar 100%.

Analisa Capaian

IKU-42 ini berhasil mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 105%. Analisa keberhasilan pencapaian IKU ini:

1. Bahwa rekomendasi hasil audit BPK RI untuk TA 2023 sudah tuntas ditindaklanjuti selama periode kerja tahun anggaran 2024 dan dinyatakan tuntas.
2. Untuk audit BPK RI TA 2023 telah selesai periode pemeriksaan, namun matriks rekomendasi temuan baru terbit akhir Juni 2024 sedang proses surat perintah untuk Tindak Lanjut (TL) dari Sekjen dan Dirjen Yankes.
3. Adapun keberhasilan dalam memenuhi target penyelesaian rekomendasi BPK RI adalah dengan berkoordinasi dengan auditee dan melakukan pendampingan terkait dengan dokumen tindak lanjut.
4. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes

Permasalahan

1. Temuan oleh BPK RI baru terbit dan masih menunggu surat dari Sekjen dan Dirjen Yankes untuk keperluan administrasi dalam melakukan Tindak Lanjut hasil Pemeriksaan dari BPK-RI yang selanjutnya akan dibuatkan surat dari Dirut untuk tindak lanjut temuan tersebut.
2. adanya perbedaan Perhitungan Antara BPK-RI dengan Pihak Bank Syariah Indonesia serkait suku bunga antara Konvensional dan Sistem Bagi Hasil.

Rencana Tindak Lanjut

1. SPI aktif melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen temuan pemeriksaan TL LHP BPK dengan Tim BPK, IrJen Kemenkes dan DirJenYanKes.
2. SPI Melakukan Pengawasan Internal/Pendampingan terkait kegiatan operasional di RSAB Harapan Kita mulai dari Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring Evaluasi, dan Tindak



- Lanjut dan bekerjasama dengan unit kerja/auditee agar meminimalisir temuan oleh auditor.
3. SPI sebagai unit kerja pengawasan melakukan pemantauan dan berkoordinasi dengan Itjen APTLHP terkait update temuan BPK RI, dengan bukti kertas kerja Matriks Pemantauan temuan oleh APTLHP, Dirjen Pelayanan kesehatan dan Inspektorat I Kemenkes, hingga seluruh rekomendasi tindak lanjut dinyatakan tuntas paripurna.
 4. SPI melibatkan peran pimpinan (Dirut dan Direksi) mengenai komitmen dari manajemen dalam upaya penguatan sistem, sumber daya, dan regulasi untuk memastikan implementasi rekomendasi yang efektif dan efisien.
 5. SPI intens melakukan pendampingan kepada unit kerja/auditee mengenai pemahaman rekomendasi temuan tindak lanjut Pemeriksaan oleh BPK RI sesuai dengan rekomendasi paling lambat 60 hari setelah laporan diterima.
 6. SPI memberikan saran dan masukan mengenai sistem pengendalian internal yang kuat kepada unit kerja/auditee agar tidak menjadi temuan berulang.
 7. SPI melakukan konsolidasi kepada auditee mengenai pendokumentasian seluruh upaya perbaikan dengan rapi dan teratur sebagai bukti kepatuhan terhadap hasil rekomendasi auditor.
 8. SPI dalam membuat draft Surat yang dibutuhkan untuk Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK RI tahun Anggaran 2023 menunggu nomor surat dari Sekjen dan Dirjen Yankes sebagai dasar Surat dari Dirut RSAB Harapan Kita.
 9. SPI membuat draft tagihan kekurangan Bunga deposito pada pihak BSI dan melampirkan catatan dari BPK-RI terkait cara penghitungan Suku Bunga Deposito yang disepakati saat Kontrak di tandatangani

d) IKU-43: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tabel 3.8.43
Capaian IKU-43 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
43	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	111.34%	117%	90%	112.53%	125%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya

$$\text{Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU} = \frac{\text{Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan}} \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Percepatan pelaksanaan penagihan pasien pelayanan baik pasien BPJS, Umum Tunai dan Asuransi/ Perusahaan serta melakukan optimalisasi aset melalui KSO atau penyewaan lahan.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan monitoring dan optimalisasi untuk meningkatkan penerimaan dengan cara percepatan tagihan BPJS/ tagihan non BPJS maupun penerimaan pasien Umum /tunai, serta melakukan monitoring pelaksanaan kerjasama KSO dan penyewaan lahan.

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% REALISASI TARGET PENDAPATAN BLU
Pendapatan BLU (Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya)	Rp. 472.894.261.223	112.53%
Target Pendapatan BLU	Rp. 420.228.670.000	

Pada tahun 2024 ini IKU-43 terealisasi sebesar 112.53%. Dimana pendapatan BLU (Pendapatan Rawat Jalan + Pendapatan Rawat Inap + Pendapatan Layanan lainnya) adalah sebesar Rp. 472.894.261.223 dari target pendapatan BLU sebesar Rp. 420.228.670.000,-

Analisa Capaian

IKU-43 ini sudah mencapai target yang diharapkan dengan capaian sebesar 125%. Keberhasilan pencapaian IKU ini dikarenakan pendapatan BLU meningkat melebihi target pendapatan yang diharapkan.

Permasalahan

1. Masih adanya tagihan BPJS, Asuransi dan Perusahaan yang masih pending, tidak dibayarkan sesuai dengan tagihan, dan baru dibayarkan N+2 setelah bulan pelayanan
2. Masih belum maksimalnya penerimaan dari optimalisasi aset atau sewa lahan, sehingga lahan yang kosong belum dapat langsung disewakan kembali

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan kelengkapan dokumen penagihan dan menambah volume pasien serta memaksimalkan pemanfaat lahan.

e) IKU-44: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Tabel 3.8.44
Capaian IKU-44 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96.76%	99.8%	96%	98.61%	103%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Monitoring realisasi penyerapan bersumber Rupiah Murni.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melaksanakan Monev anggaran bersumber Rupiah Murni dengan 8 pengendali Anggaran setiap awal bulan.

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TH. 2024	% Realisasi Anggaran bersumber RM
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Rp. 62.541.417.590	98,61%
Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Rp. 63.420.272.000	

Pada tahun 2024 ini IKU-44 sudah terealisasi sebesar 98,61%. Dimana dari Rp. 63.420.272.000,- total anggaran yang bersumber

dari Rupiah Murni, yang terealisasi sebesar Rp. 62.541.417.590,-

Analisa Capaian

IKU ini tidak mencapai target yang diharapkan dengan realisasi sebesar 103%. Adapun kegagalan dalam pencapaian IKU dikarenakan ada beberapa anggaran yang belum dapat terealisasi maksimal, seperti belanja pengampunan jejaring.

Permasalahan

Realisasi pada belanja pengampunan jejaring yang belum maksimal sampai dengan triwulan IV tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut

Koordinasi dengan *user* agar segera merealisasikan belanja tersebut

- f) IKU-45: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Tabel 3.8.45

Capaian IKU-45 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
45	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	99.11%	104%	90%	97.41%	108%
	Capaian	Tercapai			Tercapai		

Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

Cara Perhitungan

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

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Monitoring penyerapan realisasi Anggaran bersumber BLU

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melaksanakan Monev anggaran bersumber Rupiah BLU dengan 8 pengendali Anggaran setiap awal bulan

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% REALISASI ANGGARAN BERSUMBER BLU
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Rp.451.964.356.035	97,41%
Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Rp.463.991.606.000	

IKU-45 sudah terealisasi sebesar 97,41%. Dimana dari Rp. 451.964.356.035,-, total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU, terdapat Rp.463.991.606.000,- yang baru terealisasi.

Analisa Capaian

IKU-45 ini sudah mencapai 108% dari target yang diharapkan. Dimana keberhasilan IKU ini dikarenakan adanya optimalisasi realisasi belanja dengan cara melakukan pekerjaan yang sudah siap melakukan penagihan.

Permasalahan

Penambahan belanja remunerasi yang di sebabkan adanya Keputusan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 335 Tahun 2024 mengenai Penetapan Remunerasi bagi Pejabat Pengelola, Pegawai dan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit pada Kementerian Kesehatan.

Rencana Tindak Lanjut

Mengusulkan pemakaian saldo Awal, Koordinasi dengan Pengendali Anggaran OSDM untuk mengusulkan kekurangan pagu Remunerasi.

g) IKU-46: Persentase nilai EBITDA Margin

Tabel 3.8.46
Capaian IKU-46 : Persentase EBITDA Margin

IKU	Indikator Kinerja	TH. 2023			TH. 2024		
		Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
46	Persentase EBITDA Margin	15%	5.21%	35%	15%	6,80%	45%
	Capaian	Tidak Tercapai			Tidak Tercapai		

Definisi Operasional

Usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.

Keterangan :

1. Bunga adalah biaya yang harus dikeluarkan sebagai imbalan atas pembiayaan yang diberikan oleh pihak lain
2. Pajak adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Rumah sakit vertikal merupakan salah satu satuan kerja instansi pemerintah pusat yang tidak dibebankan Pajak atas pendapatan yang diterima
3. Depresiasi atau Penyusutan Barang Milik Negara (BMN) adalah penyesuaian nilai sehubungan dengan penurunan kapasitas dan manfaat dari suatu aset. BMN berupa aset tetap selain tanah dan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) disusutkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang penyusutan aset tetap pada entitas pemerintah pusat. Depresiasi atau Penyusutan BMN diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan

4. Amortisasi adalah alokasi harga perolehan aset tak berwujud secara sistematis dan rasional selama masa manfaatnya, yang hanya dapat diterapkan atas aset tak berwujud yang memiliki masa manfaat terbatas. Barang Milik Negara (BMN) berupa aset tak berwujud dilakukan amortisasi sesuai ketentuan yang berlaku tentang amortisasi pada pemerintah pusat. Amortisasi diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan

Cara Perhitungan

$$\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA dibagi Pendapatan}) \times 100\%$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Meningkatkan Pendapatan serta efisiensi pada biaya

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

melakukan analisis atas capaian pendapatan, serta monitoring atas penggunaan biaya

Pencapaian Kinerja

URAIAN	TAHUN 2024	% EBITDA Margin
EBITDA	Rp. 25.261.597.099	6,80%
Pendapatan RS	Rp. 371.543.908.082	

Pada tahun 2024 ini IKU-46 sudah terealisasi sebesar 6,80%. Dimana dari Pendapatan Rumah Sakit sebesar Rp25.261.597.099,- EBITDA adalah sebesar Rp. 371.543.908.082,-

Analisa Capaian

IKU-46 ini belum mencapai target yang diharapkan, dengan tingkat capaian sebesar 45%. Adapun kegagalan pencapaian IKU ini dikarenakan capaian masih dibawah standard, dimana biaya masih belum efisien dan pengembangan layanan masih belum optimal untuk menambah pendapatan.

Permasalahan

Ebitda margin belum optimal.

Rencana Tindak Lanjut

Meningkatkan efisiensi biaya serta melakukan pengembangan layanan-layanan.

6. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Sumber daya yang dimaksud pada laporan ini merupakan sumber daya energi sistem utilitas, SDM, dan anggaran. RSAB Harapan Kita sebagai salah satu unit vertikal pelayanan publik di bidang kesehatan ikut serta dalam program efisiensi energi, maka harus berupaya semaksimal mungkin untuk mencari alternatif-alternatif dalam efisiensi energi.

a. Penggunaan sumber daya listrik

Pemakaian sumber daya listrik tidak dapat dihindarkan lagi dalam operasional rumah sakit. Namun demikian bukan berarti pemakaian listrik dapat dipergunakan secara bebas dan tidak terkontrol.

Penghematan pemakaian listrik harus diupayakan dari tahun ke tahun, karena merupakan program pemerintah tentang efisiensi energi atau efisiensi sumber daya (air, listrik, gas, dan lain-lain). RSAB Harapan Kita sebagai salah satu unit vertikal pelayanan publik di bidang kesehatan turut berperan dalam program pemerintah yaitu efisiensi energi. Dimana rumah sakit hari berupaya semaksimal mungkin untuk mencari alternatif - alternatif dalam program efisiensi energi. Berikut data penggunaan listrik TA. 2024 dan TA. 2023:

TABEL 3.9
PENGUNAAN LISTRIK RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Pemakaian (dibandingkan 2023)
			2024		2023		
			Kwh	Rp	Kwh	Rp	
1	Januari	1,070,622	1,088,700	Rp 1,121,556,790	1,019,640	Rp 1,050,582,250	7%
2	Februari	1,097,754	1,101,480	Rp 1,133,968,735	1,045,480	Rp 1,078,826,830	5%
3	Maret	928,326	1,016,580	Rp 1,046,712,475	884,120	Rp 912,780,040	15%
4	April	1,033,242	1,094,820	Rp 1,128,035,080	984,040	Rp 1,015,286,080	11%
5	Mei	1,020,600	1,076,760	Rp 1,109,431,495	972,000	Rp 1,003,571,650	11%
6	Juni	1,159,158	1,188,288	Rp 1,223,400,669	1,103,960	Rp 1,137,542,305	8%
7	Juli	1,174,068	1,086,036	Rp 1,117,446,229	1,118,160	Rp 1,153,059,625	-3%
8	Agustus	1,187,424	1,098,162	Rp 1,129,368,003	1,130,880	Rp 1,165,844,215	-3%
9	September	1,158,759	1,169,268	Rp 1,202,985,456	1,103,580	Rp 1,136,290,600	6%
10	Oktober	1,092,987	1,188,528	Rp 1,223,286,009	1,040,940	Rp 1,072,109,665	14%
11	November	1,253,700	1,194,168	Rp 1,228,964,545	1,194,000	Rp 1,229,021,875	0%
12	Desember	1,180,242	1,088,778	Rp 1,119,902,820	1,124,040	Rp 1,156,872,070	-3%
JUMLAH			13,391,568	Rp 13,785,058,306	12,720,840	Rp 13,111,787,205	5%
RATA-RATA			1,115,964		1,060,070		

Pemakaian listrik pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% dibandingkan dengan pemakaian listrik pada tahun 2023. Peningkatan pemakaian listrik dapat disebabkan karena semakin berkembangnya layanan yang ditawarkan oleh RSAB Harapan Kita diantaranya Klinik Amarylis, serta untuk menunjang pelayanan rumah sakit selama tahun 2024 terdapat penambahan alat medik baru, penambahan unit AC split, FCU, serta videotron media informasi dan iklan.

Tindak lanjut yang terus dilakukan yaitu dengan mensosialisasikan hemat energi dengan menerbitkan Surat Edaran tentang penggunaan sumber daya energi listrik, yang dapat dilihat dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan berikut:

- a. Mematikan AC sentral selesai jam kerja kantor yang bukan pelayanan
- b. Mematikan seluruh alat yang memakai listrik apabila sedang tidak digunakan

- c. Mematikan salah satu lift yang ada di gedung utama pada saat jam operasional kantor sudah selesai
- d. Mematikan Alat Rumah Tangga seperti dispenser, rice cooker, teko listrik dan lain lain

b. Penggunaan Sumber Daya LPG

Peruntukan utama Gas LPG adalah untuk memasak makanan pasien sehingga ketersediaannya harus kontinu. Meskipun demikian, upaya efisiensi penggunaan bahan bakar LPG merupakan prioritas yang harus dilaksanakan. Berikut tabel penggunaan LPG tahun 2024 dan tahun 2023.

TABEL 3.10
PENGUNAAN LPG RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Penggunaan LPG (dibandingkan 2024)
			2024		2023		
			Kg	Rp	Kg	Rp	
1	Januari	1,229	1,149	Rp 21,171,474	1,068.30	Rp 21,075,454	8%
2	Februari	1,097	673	Rp 12,400,698	954.10	Rp 18,822,513	-29%
3	Maret	1,404	1,123	Rp 21,519,570	1,220.47	Rp 24,185,426	-8%
4	April	1,320	891	Rp 18,197,784	1,148	Rp 22,100,910	-22%
5	Mei	1,092	1,232	Rp 24,923,940	950	Rp 18,883,464	30%
6	Juni	915	796	Rp 15,645,339	796	Rp 23,922,720	0%
7	Juli	1,150	1,272	Rp 24,090,441	1,000	Rp 17,828,709	27%
8	Agustus	978	918	Rp 17,118,864	850	Rp 14,384,603	8%
9	September	1,401	700	Rp 13,103,106	1,218	Rp 19,779,170	-43%
10	Oktober	1,088	919	Rp 17,341,530	946	Rp 16,302,015	-3%
11	November	1,197	807	Rp 15,228,090	1,041	Rp 18,848,133	-22%
12	Desember	868	868	Rp 16,379,160	755	Rp 13,879,884	15%
JUMLAH			11,348	Rp 217,119,996	11,946	Rp 230,013,002	-5%
RATA-RATA			946		996		

Penggunaan LPG pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 5% dari tahun 2023. Tidak dapat kendala berarti pada operasional dapur gizi. Efisiensi pemakaian LPG harus terus dijaga dan ditingkatkan dengan melakukan koordinasi dan sosialisasi secara berkala terkait cara pola memasak para juru masa atau tata boga. Pemantauan instalasi gas LPG juga harus terus dilakukan untuk memastikan tidak terjadi kebocoran gas yang dapat menyebabkan peningkatan konsumsi gas LPG.

c. Penggunaan Sumber Daya Solar

Penggunaan sumber daya solar diperlukan sebagai bahan bakar untuk produksi *steam* dan pembangkit listrik cadangan di rumah sakit, dimana ketersediaanya harus kontinyu. Meskipun demikian, upaya efisiensi penggunaan bahan bakar solar merupakan prioritas yang harus dilaksanakan. Berikut tabel perbandingan penggunaan solar tahun 2024 dengan tahun 2023.

TABEL 3.11
PENGGUNAAN SOLAR RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	TARGET	PEMAKAIAN				Persentase Penggunaan (dibandingkan 2023)
			2024		2023		
			Liter	Rp	Liter	Rp	
1	Januari	13,650	12,820	Rp 260,092,880	13,000	Rp 298,573,920	-1%
2	Februari	15,750	14,500	Rp 301,658,000	15,000	Rp 347,452,200	-3%
3	Maret	15,225	15,000	Rp 312,060,000	14,500	Rp 326,950,920	3%
4	April	15,225	13,650	Rp 280,909,850	14,500	Rp 313,788,000	-6%
5	Mei	18,900	14,900	Rp 295,928,900	18,000	Rp 373,300,000	-17%
6	Juni	17,850	13,050	Rp 259,186,050	17,000	Rp 341,031,000	-23%
7	Juli	11,340	17,400	Rp 345,581,400	10,800	Rp 207,308,800	61%
8	Agustus	15,645	14,000	Rp 278,054,000	14,900	Rp 278,685,100	-6%
9	September	15,225	14,900	Rp 295,928,900	14,500	Rp 269,511,500	3%
10	Oktober	13,031	17,300	Rp 297,380,300	12,410	Rp 231,699,840	39%
11	November	14,564	15,000	Rp 244,967,600	13,870	Rp 281,339,080	8%
12	Desember	13,440	16,610	Rp 279,847,090	12,800	Rp 259,635,200	30%
JUMLAH			179,130	Rp 3,451,594,970	171,280	Rp 3,529,275,560	5%
RATA-RATA			14,928		14,273		

Penggunaan solar pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5% bila dibandingkan dengan pemakaian tahun 2023 dengan total pemakaian sebesar 179.130 liter. Sesuai rekomendasi dari SPI, pencatatan persediaan stok solar termasuk dengan stok pada tangki mesin genset dan boiler. Pemakaian solar digunakan untuk mesin genset dan boiler.

- 1) Genset, terdapat 2 (dua) unit genset dengan kapasitas 1500 KVA. Pemanasan dilakukan selama 30-40 menit setiap minggunya. Pada tahun 2024 telah dilaksanakan uji beban genset dan pengambilan sampel emisi, pemeliharaan trafo, selain itu telah terjadi beberapa kali trip PLN sehingga mesin

genset dioperasikan sebagai sumber listrik alternatif RSAB Harapan Kita.

- 2) Boiler kapasitas 2 ton. Boiler ini digunakan setiap hari pukul 04.00 s.d. 21.00 WIB. Selain itu, setiap tahunnya dilakukan juga uji emisi, uji beban, uji K3 sertifikasi mesin boiler.

Efisiensi penggunaan minyak solar tetap terus dilakukan, salah satunya dengan pemantauan instalasi steam boiler agar tidak terjadi kebocoran yang dapat menyebabkan peningkatan penggunaan minyak solar.

d. Penggunaan Sumber Daya Air

Penggunaan air sangat diperlukan sebagai bahan operasional utama untuk kegiatan pelayanan kesehatan di RSAB Harapan Kita, sehingga ketersediaannya harus tetap terjaga. Meskipun air sangat dibutuhkan tetapi dalam penggunaannya harus dilakukan secara efisien, sehingga perlu dilakukan kajian/analisis data pemakaian air setiap triwulan serta mencari upaya-upaya yang mungkin dapat mengurangi pemakaian air secara efisien. Berikut tabel perbandingan penggunaan air pada tahun 2024 dengan 2023.

TABEL 3.12
PENGUNAAN AIR RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024 DAN TAHUN 2023

NO	BULAN	PEMAKAIAN					Persentase Penggunaan Air (dibandingkan 2024)
		TARGET	2024		2023		
		M ³	M ³	Rp	M ³	Rp	
1	Januari	11,172	3,517	Rp 5,602,095	9,715	Rp 15,363,945	-64%
2	Februari	10,562	3,983	Rp 6,336,045	9,184	Rp 14,527,620	-57%
3	Maret	10,623	4,146	Rp 6,592,770	9,237	Rp 15,697,845	-55%
4	April	11,416	4,555	Rp 7,236,945	9,927	Rp 15,603,525	-54%
5	Mei	12,073	3,871	Rp 6,159,645	10,498	Rp 16,597,170	-63%
6	Juni	12,016	4,193	Rp 6,666,795	10,449	Rp 16,519,995	-60%
7	Juli	11,183	7,496	Rp 11,869,020	9,724	Rp 15,378,120	-23%
8	Agustus	11,852	9,818	Rp 15,526,170	10,306	Rp 16,436,520	-5%
9	September	11,270	9,681	Rp 15,310,395	9,800	Rp 15,497,820	-1%
10	Oktober	10,603	9,226	Rp 14,593,770	9,220	Rp 14,584,320	0%
11	November	13,567	9,823	Rp 15,534,045	11,797	Rp 18,643,095	-17%
12	Desember	13,567	9,471	Rp 14,979,645	11,797	Rp 18,643,095	-20%
JUMLAH		139,902	79,780	Rp 126,407,340	121,654	Rp 193,493,070	-34%
RATA-RATA			6,648		10,138		

Penggunaan air pada tahun 2024 mengalami penurunan sebesar -34% bila dibandingkan dengan pemakaian pada tahun 2023. Efisiensi penggunaan terus dilakukan dengan melakukan monitoring instalasi air dalam kondisi baik, serta melakukan perbaikan pipa-pipa yang mengalami kebocoran, dan terus dilakukan sosialisasi hemat energi dengan menerbitkan Surat Edaran tentang penggunaan sumber daya air, yang dapat dilihat dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan berikut:

- 1) Menggunakan air secukupnya dan secara bijak
- 2) Mematikan kran
- 3) Tidak menggunakan air untuk kebutuhan pribadi seperti mencuci mobil jemputan pegawai di gedung parkir
- 4) Memperbaiki dan melaporkan apabila terjadi kebocoran air

e. Analisis Efisiensi Sumber Daya Manusia

Secara kuantitas kinerja SDM RSAB Harapan Kita tahun 2024 mengalami peningkatan, yang diketenggarai dengan peningkatan jumlah pasien dan pencapaian target pendapatan RS, namun secara kualitas banyak hal perlu dievaluasi, agar capaian tersebut benar-benar dapat diukur lebih konsisten dan bermakna. Salah satu yang perlu dievaluasi adalah cara pengukuran kinerja individu yang melakukan kegiatan administratif. Upaya ini perlu dilakukan agar setiap individu memiliki kesadaran untuk berprestasi sebagaimana dengan SDM yang memberikan pelayanan langsung. Upaya ini juga diperlukan agar ada keseimbangan prestasi antara pelayanan dan non-pelayanan, juga meningkatkan kerjasama antara *back office* dan *front office*.

Pencapaian target jam pelatihan perlu diantisipasi bukan hanya menggugurkan kewajiban tetapi juga meningkatkan kualitas pegawai dan kualitas pelayanan.

Pemenuhan tenaga yang sudah dilakukan di tahun 2024, harus dievaluasi secara berkala agar tujuan penambahan tenaga benar-benar memenuhi harapan, tugas selanjutnya yang masih menjadi



pekerjaan rumah adalah pemberdayaan tenaga dengan status Non-ASN yang sampai akhir tahun 2024 masih belum jelas pengelolaannya. Hal lain yang perlu dibudayakan adalah implementasi nilai BerAKHLAK sebagai *guidance* civitas RSAB Harapan Kita berkarya.

f. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran

- 1) Alokasi belanja daya dan jasa (listrik, telepon dan air) tahun anggaran 2024 bersumber dari BLU Besar alokasi untuk belanja daya dan jasa Rp.14.400.044.000,- serapan tahun 2024 sebesar Rp. 14.148.543.016,- atau 98,25%. Jika dibandingkan dengan tahun 2023 dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 12.492.078.000,- serapan triwulan IV (empat) tahun 2023 sebesar Rp.12.453.166.212,- atau 99.68%.
- 2) Alokasi pagu anggaran tahun 2024 untuk Rupiah Murni sebesar Rp.63.420.272.000,- terdiri dari gaji pegawai dan tunjangan Rp. 60.420.272.000,- Belanja Barang sebesar Rp 3.000.000.000,- Serapan tahun 2024 sebesar Rp 62.557.334.330 ,- atau 98,61%
- 3) Alokasi pagu anggaran Tahun 2024 untuk TW IV sebesar Rp 463.991.606.000,- terdiri dari belanja operasional dan modal. Serapan s.d TW IV Rp 451.964.356.035 ,- atau 97,41%

g. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSAB Harapan Kita adalah sebagaimana tercantum dalam dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Anggaran Tahun Anggaran 2023. Barang Milik Negara (BMN) gabungan intrakomptabel dan ekstrakomptabel RSAB Harapan Kita per tahun 2023 bernilai nominal sebesar Rp5.272.922.121.356 dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- 1) Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 70.811 M2 dengan nilai nominal sebesar Rp.4.040.526.790.000,-

- 2) Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, dengan nilai nominal sebesar Rp709.734.233.968,-
- 3) Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, dengan nilai nominal sebesar Rp496.801.972.251,-
- 4) Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, jalan seluas 16.111 M2 dengan nilai nominal sebesar Rp.156.558.000,-
- 5) Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 5 unit dengan nilai nominal sebesar Rp7.285.423.000,-
- 6) Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 6 unit dengan nilai nominal sebesar Rp3.578.880.098,-
- 7) Aset tetap lainnya, dengan kode kelompok barang 135121, sejumlah 1.381 buah dengan nilai nominal sebesar Rp376.827.151,-
- 8) Konstruksi Dalam Pengerjaan Rp14.230.932.038,-
- 9) *Software* dengan nilai nominal sebesar Rp230.504.850,-

7. Analisis Program/ Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja.

Program Kerja Strategis yang dilaksanakan pada tahun 2024 sesuai dengan yang tercantum dalam RSB tahun 2020 – 2024 revisi keempat tahun 2023. Dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicators* (KPI) RSAB Harapan Kita tahun 2024 terdiri dari 46 IKU, dari 46 IKU ini capaiannya adalah sebagai berikut: 38 indikator (82,61%) telah mencapai target kinerja $\geq 100\%$, 4 indikator (8,7%) mencapai 80-99%, 4 indikator (8,7%) masih di bawah 80%. Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini Hasil capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian tahun lalu, dimana IKU yang mencapai target sudah mencapai 81% di tahun ini.

Berikut adalah program/kegiatan yang perlu dievaluasi dan ditingkatkan pencapaiannya, dimana sebagian besar terdapat pada Sasaran strategis *given* dari Kementerian Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut :

1) Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri: Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Dengan capaian indikator yang masih rendah, yakni 25%, dimana kegiatan yang sudah dilakukan adalah melakukan koordinasi dengan supra sistem terkait pelaksanaan, pelaporan dan proses administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana loan SIHREN dan juga koordinasi internal dengan unit kerja terkait, seperti Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan (Diklat), Unit Layanan Pengadaan (ULP), Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Anggaran (PEA) dan Tim Kerja Pelaksana Keuangan dalam kegiatan pelatihan penunjang program pengampuan KIA.

Dikarenakan kegiatan visitasi dan pendampingan ke rumah sakit Madya menggunakan dana SIHREN, maka ada perubahan mekanisme anggaran (sesuai arahan dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kemenkes tanggal 20 Agustus 2024 bahwa pelaksanaan kegiatan visitasi ke RS yang diampu akan dilaksanakan pada bulan Oktober - Desember Tahun 2024 dan harus di sesuaikan dengan Petunjuk Khusus Revisi pasca Keputusan Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024), sehingga menghambat pelaksanaan kegiatan. Kedepannya akan dilakukan evaluasi dan koordinasi yang intensif dengan supra system terkait pelaporan dan proses Administrasi visitasi pendampingan ke RS yang diampu bersumber dana SIHREN, ataupun dana yang lain yang berasal dari pusat, selain itu akan meningkatkan koordinasi internal dana rangka mencari alternatif solusi terhadap pembiayaan kegiatan honor narasumber agar segera terbayarkan. Selain itu, koordinasi intensif kepada tim pengampuan KIA di RSCM mengenai proses klaim

pengadministrasian SPJ dan pelaporan kegiatan pelatihan pengampunan KIA.

2) Tersedianya sistem dan data pelayanan Kesehatan : Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS.

Dengan capaian indikator hanya sebesar 72%, dengan kegiatan yang sudah dilakukan secara internal dan eksternal. Dimana kegiatan internal yang dilakukan adalah melakukan koordinasi intensif dengan Tim humas dan pemasaran untuk dapat meningkatkan promosi layanan penelitian berbasis *genomic*, sekaligus mempromosikan layanan baru *genomic* melalui media sosial RSAB Harapan Kita. Selain itu, juga melakukan sosialisasi internal di RSAB Harapan Kita mengenai proses perekrutan sampel spesimen pemeriksaan *genomic* berbasis penelitian dan juga layanan dan juga mengadakan *money* berkala dan rapat internal. Sedangkan untuk kegiatan eksternal, melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk ikut membantu dalam proses perekrutan spesimen.

3) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan : % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Dengan capaian indikator hanya sebesar 68%, kegiatan yang sudah dilakukan seperti :

- a) Kepatuhan Kebersihan Tangan : mengingatkan dan melakukan edukasi individual saat pelatihan PPI korporat tentang 5 moment terutama untuk petugas yang kontak pasien/pelayanan pasien.
- b) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : pelatihan korporat dengan materi Alat Pelindung Diri kepada seluruh petugas
- c) Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan resosialisasi SOP AP Kepatuhan Identifikasi Pasien dan supervisi berjenjang



- d) Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan monitoring dan evaluasi dari hasil capaian dan melaporkan ke Komite Mutu.

Dan kedepannya Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kepatuhan Kebersihan Tangan : Terus melakukan edukasi, sosialisasi dan bimbingan ulang untuk 5 moment kebersihan tangan. melakukan monitoring dan evaluasi dengan *tools WHO guideline* serta melaporkan hasilnya berdasarkan nama petugas ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti. usulan ke Direksi untuk kepatuhan petugas yang jelek selama 3 bulan berturut turut akan diberikan sanksi
- b) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : terus menerus melakukan edukasi dan mengingatkan petugas tentang penggunaan APD terutama sarung tangan agar sesuai standar dan tidak membahayakan pasien dan lingkungan.
- c) Kepatuhan Identifikasi Pasien : Melakukan re-sosialisasi dan bimbingan ulang terkait identifikasi pasien, melakukan monitoring dan evaluasi dengan tools yang telah disepakati dan melaporkan secara rutin untuk capaian kepatuhannya ke unit kerja agar dapat ditindak lanjuti.
- d) Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit : Melakukan sosialisasi dan mengingatkan perawat dan dokter agar patuh dalam melakukan klik panggil pasien dan penambahan popup pesan di menu klik panggil pasien berupa notice tidak dapat melakukan klik pasien dikarenakan proses sebelumnya belum dilakukan agar tahapan perhitungan waktu tunggu sesuai dengan alur layanan yang ada.

4) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan : Persentase nilai EBITDA Margin

Capaian indikator ini adalah sebesar 47%. Kegiatan yang sudah dilakukan adalah melakukan analisis atas capaian pendapatan, serta

monitoring atas penggunaan biaya, dimana penyebab kegagalannya adalah beban yang melebihi standar, sehingga kedepannya perlu dilakukan efisiensi belanja dan peningkatan pengembangan layanan untuk menambah pendapatan.

B. Realisasi Anggaran

TABEL 3.13
REALISASI ANGGARAN BELANJA
PER 31 DESEMBER 2024

URAIAN	2024			2023		
	ANGGARAN	REALISASI	% THD ANGG	ANGGARAN	REALISASI	% THD ANGG
A. Pendapatan Negara dan Hibah						
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak						
Pendapatan BLU	420,228,670,000	472,894,261,223	112.53	350,564,882,000	390,999,290,939	111.53
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	-	203,040,488	-	-	354,077,309	-
JUMLAH PENDAPATAN	420,228,670,000	473,097,301,711	112.58	350,564,882,000	391,353,368,248	111.64
B. Belanja Negara						
Belanja Pegawai	60,420,272,000	59,845,140,981	99.05	50,459,994,000	49,068,461,340	97.24
Belanja Barang	426,838,575,000	415,680,839,944	97.39	358,148,501,000	354,005,509,657	98.84
Belanja Modal	40,153,031,000	38,979,792,700	97.08	77,880,644,000	77,488,886,791	99.50
JUMLAH BELANJA	527,411,878,000	514,505,773,625	97.55	486,489,139,000	480,562,857,788	98.78
Surplus/Defisit						
Surplus/(Defisit)	(107,183,208,000)	(41,408,471,914)	38.63	(135,924,257,000)	(89,209,489,540)	65.63
SILPA / (SILKA)	(107,183,208,000)	(41,408,471,914)	38.63	(135,924,257,000)	(89,209,489,540)	65.63

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 1 Januari - 31 Desember 2024.

Realisasi Pendapatan Negara per 31 Desember 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar **Rp. 473.097.301.711** atau mencapai **112,58 persen** dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar **Rp.420.228.670.000**.

Realisasi Belanja Negara pada per 31 Desember 2024 adalah sebesar **Rp. 514.505.773.625** atau mencapai **97,55 persen** dari alokasi anggaran sebesar **Rp. 527.411.878.000**.

Realisasi Belanja tersebut dirinci menurut Sumber Dana terdiri dari :

- Belanja Rupiah Murni sebesar **Rp. 62.541.417.590** atau **98,64 persen** dari anggaran sebesar **Rp. 63.420.272.000** tidak terdapat Belanja Pinjaman Luar Negeri, dan tidak terdapat Belanja Rupiah Murni Pendamping;
- Belanja BLU sebesar **Rp. 451.964.356.035** atau **97,41 persen** dari anggaran sebesar **Rp. 463.991.606.000**.

LAMPIRAN 1
KONTRAK KINERJA
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSAB HARAPAN KITA



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : dr. Okti Palupi Rahayuningtyas, MPH., MH.Kes
Jabatan : Direktur Utama RSAB Harapan Kita

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP 197106262000031002



dr. Okti Palupi Rahayuningtyas,
MPH., MH.Kes
NIP 197710032006042002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RSAB HARAPAN KITA**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terpenuhinya SDM yang kompeten	1 Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100 Persen
2	Terpenuhinya SIMRS terintegrasi	2 Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 Modul
3	Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan	3 Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100 Persen
4	Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan	4 Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥75 Persen
5	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak	5 Persentase keberhasilan penanganan kasus <i>severity level 3</i>	85 Persen
		6 Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82 Persen
		7 Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80 Persen
		8 Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan <i>kordosentesis dan amniosentesis</i>	90 Persen
		9 Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (<i>post-natal</i>)	95 Persen
		10 Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94 Persen
		11 Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95 Persen
6	Terselenggaranya layanan PINERE	12 Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100 Persen
7	Terwujudnya tata kelola klinis sesuai <i>best practice</i>	13 Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical pathway</i>)	85 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
8	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional	14 Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100 Persen
9	Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	15 Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi Pendidikan
		16 Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100 Persen
		17 Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	1.1 Skor
10	Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai <i>Good Governance</i>	18 Pembangunan WBK dan WBBM	86 Nilai
11	Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal	19 Kecepatan waktu tanggap komplain	100 Persen
12	Terwujudnya peningkatan pendapatan	20 Tingkat pertumbuhan pendapatan	10 Persen
13	Terwujudnya efisiensi biaya	21 Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80 Persen
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	22 Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 Persen
		23 Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 Laporan
15	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	24 Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10 Persen
		25 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS
		26 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		27 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS



No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
16	RPJMN	28	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60 Persen
		29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100 Persen
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10 Persen
18	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	31	Jumlah layanan berbasis genomik di <i>Hubs</i> RS	3 Layanan
		32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1000 Sampel
19	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80 Persen
		35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100 Persen
		36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80 Persen
		37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100 Persen

LAMPIRAN 2
KEKUATAN PERSONIL
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024

NO	URAIAN	KEADAAN DESEMBER 2023							TAMBAHAN							KURANG							KEADAAN DESEMBER 2024						
		PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	Menurut Jabatan																												
	A. Struktural																												
	- Eselon I																												
	- Eselon II	3			1			4															3			1			4
	- Manajer	11						11	2						2	1						1	12					12	
	- Asisten Manajer	22			3			25				2			2	2						2	20			5		25	
	B. Fungsional (JFT)	648		66			16	730	10		40			11	61	24		3			4	31	634		103			23	760
	C. Staf (JFU)	59			164	60		283	8			10	104	4	126	16			44	15	1	76	51			130	149	3	333
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	20	-	40	12	104	15	191	43	-	3	44	15	5	110	720	-	103	136	149	26	1.134
2	Menurut Golongan																												
	- Golongan IV	121						121	15						15	16						16	120					120	
	- Golongan III	484		26	77	35	16	638	23		25	14	59	12	133	16		2	29	14	2	63	491		49	62	80	26	708
	- Golongan II	138		40	91	25		294	6		15		60		81	35		1	17	16		69	109		54	74	69	306	
	- Golongan I																												
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	44	-	40	14	119	12	229	67	-	3	46	30	2	148	720	-	103	136	149	26	1.134
3	Menurut Pendidikan																												
	- S3	12			2			14	2		2			1	5	1						1	13		2	2		1	18
	- S2	51			4	1	16	72	74		7	2	19	11	113	6		3		2	3	14	119		4	6	18	24	171
	- S1	336		26	71	34		467	25		23	11	44	2	105	76		6	28	13	1	124	285		43	54	65	1	448
	- DIII / Sarjana Muda	316		40	52	25		433	1		15	2	47		65	38		1	15	6		60	279		54	39	66	438	
	- SLTA	28			39			67								4			4			8	24			35		59	
	- SLTP																												
	- SD																												
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	102	-	47	15	110	14	288	125	-	10	47	21	4	207	720	-	103	136	149	26	1.134

LAMPIRAN 3
LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024
(DALAM RUPIAH)

NO	KODE	URAIAN	ESTIMASI PENDAPATAN 3	ESTIMASI PENDAPATAN 3	PENDAPATAN 4	PENGEMBALIAN PENDAPATAN 5	PENDAPATAN NETTO 6 = 4 - 5	% REALISASI ANGGARAN 7 = 6:3	SISA ANGGARAN 8
A									
PENDAPATAN									
PENDAPATAN BLU									
424111		Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	387,815,358,000	387,815,358,000	447,312,085,404	-	447,312,085,404	115.34%	59,496,727,404
424311		Pendapatan Hasil Kerjasama Perorangan	17,307,609,000	17,307,609,000	15,788,840,523	-	15,788,840,523	91.22%	1,518,768,477
424421		Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pem Pusat	12,005,973,000	12,005,973,000	876,225,654	-	876,225,654	7.30%	11,129,747,346
424911		Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	3,099,730,000	3,099,730,000	8,917,109,642	-	8,917,109,642	287.67%	(5,817,379,642)
		JUMLAH PENDAPATAN BLU	420,228,670,000	420,228,670,000	472,894,261,223		472,894,261,223	112.53%	52,665,591,223
PENDAPATAN PNPB LAINNYA									
425122		Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	-	-	105,790,000	-	105,790,000	0.00%	-
		Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya	-	-	10,050,000	-	10,050,000	0.00%	-
425131		Pendapatan Sewa Tanah, Gedung dan Bangunan	-	-	35,837,000	-	35,837,000	0.00%	-
425811		Penerimaan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah	-	-	-	-	-	0.00%	-
425911		Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	-	-	51,363,488	-	51,363,488	0.00%	-
		JUMLAH PENDAPATAN PNPB LAINNYA	-	-	203,040,488	-	203,040,488	0.00%	-
		TOTAL PENDAPATAN	420,228,670,000	420,228,670,000	473,097,301,711	-	473,097,301,711	112.58%	52,665,591,223
B									
BELANJA									
BELANJA RM									
51 BELANJA PEGAWAI									
5111		Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	-	-	37,988,017,100	14,050,400	37,973,966,700	99.97%	26,858,300
511111		Belanja Gaji Pokok PNS	26,648,056,000	38,000,825,000	37,988,017,100	14,050,400	37,973,966,700	99.97%	26,858,300
511119		Belanja Pembulatan Gaji PNS	7,571,000	1,589,000	574,345	15,390	559,955	36.15%	1,030,045
511121		Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	1,832,054,000	2,550,952,000	2,548,951,820	-	2,548,951,820	99.92%	2,000,180
511122		Belanja Tunj. Anak PNS	492,081,000	670,697,000	669,134,934	-	669,134,934	99.77%	1,562,066
511123		Belanja Tunj. Struktural PNS	113,060,000	3,060,000	-	-	-	0.00%	3,060,000
511124		Belanja Tunj. Fungsional PNS	1,804,961,000	5,103,114,000	5,098,965,000	1,850,248.00	5,097,114,752	99.92%	5,999,248
511125		Belanja Tunj. PPh PNS	151,410,000	474,635,000	470,111,910	-	470,111,910	99.05%	4,523,090
511126		Belanja Tunj. Beras PNS	1,266,066,000	1,884,600,000	1,882,920,000	-	1,882,920,000	99.91%	1,680,000
511129		Belanja Uang Makan PNS	4,996,512,000	5,707,512,000	5,267,951,000	-	5,267,951,000	92.30%	439,561,000
511134		Belanja Tunjangan Beras PPPK	389,723,000	227,723,000	224,502,000	-	224,502,000	98.59%	3,221,000
511151		Belanja Tunj. Umum PNS	189,262,000	136,928,000	135,810,000	-	135,810,000	99.18%	1,118,000
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5111	37,690,295,000	54,723,100,000	54,250,486,109	15,916,038	54,234,570,071	99.14%	488,529,929
5116		Belanja Gaji dan Tunjangan PPPK	-	-	3,975,145,600	702	3,975,145,600	99.47%	21,002,400
511611		Belanja Gaji Pokok PPPK	6,072,316,000	3,996,148,000	3,975,145,600	702	3,975,145,600	99.47%	21,002,400
511619		Belanja Pembulatan Gaji PPPK	2,391,000	1,064,000	704,500	-	704,500	6.62%	994,252
511621		Belanja Tunjangan Suami/Istri PPPK	578,544,000	222,071,000	218,069,150	-	218,069,150	98.20%	4,001,850
511622		Belanja Tunjangan Anak PPPK	155,395,000	71,449,000	65,608,412	-	65,608,412	91.83%	5,840,588
511624		Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	573,762,000	430,463,000	426,780,000	-	426,780,000	99.14%	3,683,000
511625		Belanja Tunjangan Beras PPPK	389,723,000	227,723,000	224,502,000	-	224,502,000	98.59%	3,221,000
511628		Belanja Uang Makan PPPK	1,577,846,000	748,254,000	700,396,000	-	700,396,000	93.60%	47,858,000
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5116	9,359,977,000	5,697,172,000	5,610,571,612	702	5,610,570,910	98.48%	86,601,090
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 51	47,050,272,000	60,420,272,000	59,861,057,721	15,916,740	59,845,140,981	99.07%	575,131,019
52 BELANJA BARANG									
5211		Belanja Barang Operasional	-	-	26,502,360	-	26,502,360	90.39%	2,817,640
521119		Belanja Barang Operasional Lainnya	37,620,000	29,320,000	26,502,360	-	26,502,360	90.39%	2,817,640
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5211	37,620,000	29,320,000	26,502,360	-	26,502,360	90.39%	2,817,640
5212		Belanja Barang Non Operasional	-	-	29,281,684	-	29,281,684	25.24%	86,718,316
521211		Belanja Bahan	60,000,000	116,000,000	29,281,684	-	29,281,684	25.24%	86,718,316
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5212	60,000,000	116,000,000	29,281,684	-	29,281,684	25.24%	86,718,316
5218		Belanja Barang Persediaan	-	-	1,976,932,565	-	1,976,932,565	98.85%	23,067,435
521811		Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	2,000,000,000	2,000,000,000	1,976,932,565	-	1,976,932,565	98.85%	23,067,435
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5218	2,000,000,000	2,000,000,000	1,976,932,565	-	1,976,932,565	98.85%	23,067,435
5221		Belanja Jasa	-	-	326,230,000	-	326,230,000	67.28%	158,670,000
522141		Belanja Sewa	103,350,000	17,350,000	-	-	-	0.00%	17,350,000
522151		Belanja Jasa Profesi	476,600,000	484,900,000	326,230,000	-	326,230,000	67.28%	158,670,000
522191		Belanja Jasa Lainnya	15,000,000	45,000,000	42,402,000	-	42,402,000	94.23%	2,598,000
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5221	594,950,000	547,250,000	368,632,000	-	368,632,000	67.36%	178,618,000
5231		Belanja Pemeliharaan	-	-	-	-	-	0.00%	0
523123		Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5231	-	-	-	-	-	0.00%	-
5241		Belanja Perjalanan Dalam Negeri	-	-	294,928,000	-	294,928,000	95.93%	12,502,000
524114		Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	307,430,000.00	307,430,000	294,928,000	-	294,928,000	95.93%	12,502,000
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5241	307,430,000	307,430,000	294,928,000	-	294,928,000	95.93%	12,502,000
5242		Belanja Perjalanan Luar Negeri	-	-	-	-	-	0.00%	0
524219		Belanja Perjalanan Lainnya - Luar Negeri	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5242	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 52	3,000,000,000	3,000,000,000	2,696,276,609	-	2,696,276,609	89.88%	303,723,391
53 BELANJA MODAL									
5321		Belanja Modal Peralatan dan Mesin	-	-	-	-	-	0.00%	0
532111		Belanja Modal Peralatan dan Mesin	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5321	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 53	-	-	-	-	-	0.00%	0
		JUMLAH BELANJA RM	50,050,272,000	63,420,272,000	62,557,334,330	15,916,740	62,541,417,590	98.64%	878,854,410
BELANJA BLU									
52		BELANJA BARANG							
5251		Belanja Barang BLU	-	-	-	-	-	-	-
525111		Belanja Gaji dan Tunjangan	168,091,468,000	162,938,296,000	161,139,405,496	-	161,139,405,496	98.90%	1,798,890,504
525112		Belanja Barang	28,687,011,000	37,302,548,000	35,949,455,211	-	35,949,455,211	96.37%	1,353,092,789
525113		Belanja Jasa	77,234,932,000	90,508,167,000	87,656,129,921	-	87,656,129,921	96.85%	2,852,037,079
525114		Belanja Pemeliharaan	24,808,809,000	26,432,383,000	25,874,659,987	-	25,874,659,987	97.89%	557,723,013
525115		Belanja Perjalanan	530,719,000	1,369,097,000	1,265,096,326	-	1,265,096,326	92.40%	104,000,674
525119		Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	-	759,800,000	440,277,456	-	440,277,456	57.95%	319,522,544
525121		Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	83,321,747,000	103,945,064,000	100,101,121,238	-	100,101,121,238	96.30%	3,843,942,762
525162		Belanja Peralatan dan Mesin - Ekstrakomptabel BLU	600,000,000	583,220,000	558,417,700	-	558,417,700	95.75%	24,802,300
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5251	383,274,686,000	423,838,575,000	412,984,563,335	-	412,984,563,335	97.44%	10,854,011,665
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 52	383,274,686,000	423,838,575,000	412,984,563,335	-	412,984,563,335	97.44%	10,854,011,665
53		BELANJA MODAL							
5371		Belanja Modal BLU	-	-	-	-	-	-	-
537112		Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	22,379,354,000	27,373,491,000	26,735,589,337	-	26,735,589,337	97.67%	637,901,663
537113		Belanja Modal Gedung dan Bangunan - BLU	14,574,630,000	12,779,540,000	12,244,203,363	-	12,244,203,363	95.81%	535,336,637
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5371	36,953,984,000	40,153,031,000	38,979,792,700	-	38,979,792,700	97.08%	1,173,238,300
		JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 53	36,953,984,000	40,153,031,000	38,979,792,700	-	38,979,792,700	97.08%	1,173,238,300
		TOTAL BELANJA BLU	420,228,670,000	463,991,606,000	451,964,356,035	-	451,964,356,035	97.41%	12,027,249,965
		TOTAL BELANJA	470,278,942,000	527,411,878,000	514,521,690,365	15,916,740	514,505,773,625	97.56%	12,906,104,375

LAMPIRAN 4
NERACA TAHUN 2024

URAIAN	JUMLAH		KENAIKAN (PENURUNAN)	
	31 DESEMBER 2024	31 DESEMBER 2023	JUMLAH	%
ASET				
ASET LANCAR				
Kas di Bendahara Pengeluaran	-	-		
Kas Lainnya dan Setara Kas	513,154,204	154,835,889	358,318,315	231.42
Kas pada Badan Layanan Umum	47,417,380,622	121,487,475,434	(74,070,094,812)	(60.97)
Investasi Jangka Pendek - BLU	95,000,000,000	-	95,000,000,000	-
Pendapatan yang Masih Harus Diterima	-	159,215,767	(159,215,767)	(100.00)
Piutang Bukan Pajak	-	-	-	-
PIUTANG BUKAN PAJAK (NETTO)	-	-	-	-
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	11,639,341,874	67,502,946,600	(55,863,604,726)	(82.76)
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(7,914,357,769)	(8,102,139,245)	187,781,476	(2.32)
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum (Netto)	3,724,984,105	59,400,807,355	(55,675,823,250)	(93.73)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	7,434,564,811	8,571,207,263	(1,136,642,452)	(13.26)
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(7,114,419,106)	(7,120,102,329)	5,683,223	(0.08)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum (Netto)	320,145,705	1,451,104,934	(1,130,959,229)	(77.94)
Persediaan	40,317,354,397	13,373,416,812	26,943,937,585	201.47
Persediaan yang Belum Diregister	2			
Jumlah Aset Lancar	187,293,019,035	196,026,856,191	(8,733,837,158)	(4.46)
ASET TETAP				
Tanah	4,040,526,790,000	4,040,526,790,000	-	-
Peralatan dan Mesin	733,106,644,783	711,129,144,127	21,977,500,656	3.09
Gedung dan Bangunan	523,178,131,120	512,447,427,457	10,730,703,663	2.09
Jalan, Irigasi dan Jaringan	11,020,861,098	11,020,861,098	-	-
Aset Tetap Lainnya	376,827,151	376,827,151	-	-
Konstruksi Dalam Pengerjaan	570,161,767	570,161,767	-	-
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(650,691,095,752)	(612,163,620,537)	(38,527,475,215)	6.29
Jumlah Aset Tetap	4,658,088,320,167	4,663,907,591,063	(5,819,270,896)	(0.12)
ASET LAINNYA				
Aset Tak Berwujud	230,504,850	230,504,850	-	-
Aset Lain-Lain	7,652,213,030	10,486,535,399	(2,834,322,369)	(27.03)
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(7,699,121,768)	(10,427,904,109)	2,728,782,341	(26.17)
Jumlah Aset Lainnya	183,596,112	289,136,140	(105,540,028)	(36.50)
JUMLAH ASET	4,845,564,935,314	4,860,223,583,394	(14,658,648,082)	(0.30)
KEWAJIBAN				
Utang kepada Pihak Ketiga	17,378,630,205	19,313,320,566	(1,934,690,361)	(10.02)
Utang Yang Belum Ditagihkan	-	-	-	-
Pendapatan Diterima di Muka	7,568,024,702	7,186,103,071	381,921,631	5.31
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	24,946,654,907	26,499,423,637	(1,552,768,730)	(5.86)
JUMLAH KEWAJIBAN	24,946,654,907	26,499,423,637	(1,552,768,730)	(5.86)
EKUITAS				
Ekuitas	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)
JUMLAH EKUITAS	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	4,845,564,935,314	4,860,223,583,394	(14,658,648,080)	(0.30)

LAMPIRAN 5
LAPORAN OPERASIONAL
TAHUN 2024

URAIAN	CATATAN	JUMLAH		NAIK / TURUN	
		2024	2023	JUMLAH	%
KEGIATAN OPERASIONAL					
PENDAPATAN NEGARA BUKAN PAJAK					
Pendapatan Negara Bukan Pajak Lainnya	D.1	35,837,000	465,850,132,373	(465,814,295,373)	(99.99)
Pendapatan Badan Layanan Umum		417,788,457,440		417,788,457,440	-
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL		417,824,294,440	465,850,132,373	(48,025,837,933)	(10.31)
BEBAN OPERASIONAL					
Beban Pegawai	D.2	236,719,987,606	193,129,531,274	43,590,456,332	22.57
Beban Persediaan	D.3	72,570,239,245	86,307,286,136	(13,737,046,891)	(15.92)
Beban Barang dan Jasa	D.4	126,186,103,407	102,519,671,313	23,666,432,094	23.08
Beban Pemeliharaan	D.5	27,450,800,507	28,783,796,346	(1,332,995,839)	(4.63)
Beban Perjalanan Dinas	D.6	1,560,024,326	3,514,860,505	(1,954,836,179)	(55.62)
Beban Penyusutan dan Amortisasi	D.7	45,674,305,624	91,365,222,108	(45,690,916,484)	(50.01)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	D.8	-	479,599,221	(479,599,221)	(100.00)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL		510,161,460,715	506,099,966,903	4,061,493,812	0.80
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL		(92,337,166,275)	(40,249,834,530)	(52,087,331,745)	129.41
KEGIATAN NON OPERASIONAL					
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar		115,840,000	217,437,351	(101,597,351)	(46.72)
Beban Pelepasan Aset Non Lancar		-	41,744,928	(41,744,928)	(100.00)
Jumlah Surplus/(defisit) Pelepasan Aset Non Lancar		115,840,000	175,692,423	(59,852,423)	(34.07)
Pendapatan dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		401,103,765	234,853,430	166,250,335	70.79
Beban dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		187,199,445	1,632,034,318	(1,444,834,873)	(88.53)
Jumlah Surplus/(defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		213,904,320	(1,397,180,888)	1,611,085,208	(115.31)
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL		329,744,320	(1,221,488,465)	1,551,232,785	(127.00)
SURPLUS/DEFISIT LO	D3	(92,007,421,955)	(41,471,322,995)	(50,536,098,960)	121.86

LAMPIRAN 6
LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

URAIAN	CATATAN	JUMLAH		NAIK / TURUN	
		2024	2023	JUMLAH	%
EKUITAS AWAL	E1	4,833,724,159,757	4,819,340,060,771	14,384,098,986	0.30
SURPLUS/DEFISIT LO	E2	(92,007,421,955)	(41,471,322,995)	(50,536,098,960.00)	121.86
KOREKSI YANG MENAMBAH /MENGURANGI EKUITAS	E3	16,496,687,953	(37,571,202,854)	54,067,890,807	(143.91)
Penyesuaian Nilai Aset		-	-	-	-
Koreksi Nilai Persediaan		31	1,159,360,149	(1,159,360,118)	(100.00)
Koreksi Atas Reklasifikasi		-	-	-	-
Koreksi Nilai Aset Tetap Non Revaluasi		(59,641,000)	2,402,650	(62,043,650)	(2,582.30)
LAIN-LAIN		16,556,328,922	(38,732,965,653)	55,289,294,575	(142.74)
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	E4	62,404,854,652	93,426,624,835	(31,021,770,183)	(33.20)
KENAIKAN/PENURUNAN ENTITAS	E5	(13,105,879,350)	14,384,098,986	(27,489,978,336)	(191.11)
EKUITAS AKHIR	E6	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)

LAMPIRAN 7

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
INTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 21/01/25 0:23 AM
Tgl Cetak : 21/01/25 10:45 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_intra_kel_salker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131111	Tanah	-	70,811	4,040,526,790,000	0	0	0	0	70,811	4,040,526,790,000
20101	TANAH PERSIL	-	70,811	4,040,526,790,000	0	0	0	0	70,811	4,040,526,790,000
132111	Peralatan dan Mesin	-	10,728	711,125,144,127	1,285	29,086,792,037	2,435	7,100,931,381	10,578	733,115,004,783
30101	ALAT BESAR DARAT	-	3	80,540,000	0	0	0	0	3	80,540,000
30103	ALAT BANTU	-	79	5,761,310,242	5	123,324,420	5	11,610,000	79	5,873,024,662
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	15	5,709,273,500	0	0	0	0	15	5,709,273,500
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	214	807,692,002	4	206,300,000	126	209,504,000	90	804,496,002
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	13	6,661,827,000	0	0	3	35,241,000	10	6,646,586,000
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	130	174,446,300	1	3,029,500	1	646,000	130	177,627,800
30303	ALAT UKUR	-	57	1,061,697,400	0	0	3	626,000	54	1,061,169,400
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	14	1,235,965,897	0	0	1	8,697,000	13	1,227,268,897
30501	ALAT KANTOR	-	1,666	5,948,376,373	86	624,124,550	290	276,559,000	1,464	6,496,941,923
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	5,852	43,791,719,297	629	5,536,325,676	1,136	2,911,622,593	5,545	46,416,422,590
30601	ALAT STUDIO	-	126	4,344,393,474	20	949,242,000	17	1,062,000	129	5,292,053,474
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	263	2,397,077,000	1	17,000,000	85	25,943,000	199	2,366,134,000
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	5	9,542,829,000	0	0	1	936,000	4	9,541,891,000
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	6,142	510,740,019,932	180	14,963,021,961	610	2,923,177,227	5,712	522,760,064,666
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	51	856,726,121	0	0	0	0	51	856,726,121
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	613	64,661,063,697	9	646,014,240	73	162,636,000	549	65,126,239,937
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	6	32,476,900	0	0	1	1,066,900	5	31,390,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	21	306,251,200	5	637,800,190	1	55,000	26	943,996,390
30806	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP	-	32	604,726,751	3	107,074,000	0	0	35	711,802,751
30807	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	-	17	9,307,072,413	3	1,065,600,000	4	24,292,000	16	10,346,860,413
30805	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI &	-	16	5,495,236,950	9	12,100,000	0	0	25	5,510,336,950
31001	KOMPUTER UNIT	-	535	20,492,442,376	62	1,377,405,600	9	96,460,644	566	21,773,367,532
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	505	5,264,520,234	56	2,579,529,500	60	296,464,917	561	7,567,564,817
31102	ALAT EKSPLORASI GEOFISIKA	-	2	56,094,000	0	0	2	56,094,000	0	0
31301	SUMUR	-	2	9,753,000	0	0	2	9,753,000	0	0
31303	PENGOLAHAN DAN PEMURNIAN	-	4	3,162,659,000	0	0	0	0	4	3,162,659,000
31502	ALAT PELINDUNG	-	1	13,431,000	0	0	0	0	1	13,431,000
31503	ALAT SAR	-	45	431,906,360	0	0	0	0	45	431,906,360
31504	ALAT KERJA PENERBANGAN	-	66	1,213,077,545	0	0	0	0	66	1,213,077,545
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	3	30,696,250	0	0	0	0	3	30,696,250
31701	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	-	70	562,133,400	0	0	3	27,616,000	67	534,317,400
31801	RAMBU-RAMBU LALU LINTAS DARAT	-	1	109,737,453	0	0	0	0	1	109,737,453
31901	PERALATAN ULAH RAGA	-	65	175,966,060	9	33,300,000	0	0	74	209,266,060
133111	Gedung dan Bangunan	-	70	512,447,427,457	5	15,101,171,619	5	4,284,412,828	70	523,264,186,248

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
INTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 21/01/25 6:23 AM

Tgl Cetak : 21/01/25 10:45 AM

Halaman : 2

Kode Lap : lap_bmn_intra_kel_satker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
40101	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	-	45	435.033.688,457	5	15.101.171,619	1	1.599.554,828	49	448.535.305,245
40102	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL	-	25	77.413.739,000	0	0	4	2.054.858,000	21	74.726.661,000
134111	Jalan dan Jembatan		16,111	156,558,000	0	0	0	0	16,111	156,558,000
50101	JALAN	-	16,111	156,558,000	0	0	0	0	16,111	156,558,000
134112	Irigasi		5	7,285,423,000	0	0	0	0	5	7,285,423,000
50201	BANGUNAN AIR IRIGASI	-	1	54,978,000	0	0	0	0	1	54,978,000
50203	BANGUNAN PENGEMBANGAN RAWA DAN POLDER	-	1	45,866,000	0	0	0	0	1	45,866,000
50204	BANGUNAN PENGAMAN SUNGAI/PANTAI & PENANGGULANGAN	-	1	508,623,000	0	0	0	0	1	508,623,000
50206	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	-	1	2,913,041,000	0	0	0	0	1	2,913,041,000
50207	BANGUNAN AIR KOTOR	-	1	3,762,915,000	0	0	0	0	1	3,762,915,000
134113	Jaringan		6	3,578,880,098	0	0	0	0	6	3,578,880,098
50301	INSTALASI AIR BERSIH / AIR BAKU	-	2	1,209,698,516	0	0	0	0	2	1,209,698,516
50302	INSTALASI AIR KOTOR	-	1	441,593,694	0	0	0	0	1	441,593,694
50309	INSTALASI PENGAMAN	-	1	658,913,188	0	0	0	0	1	658,913,188
50310	INSTALASI LAIN	-	2	1,068,674,700	0	0	0	0	2	1,068,674,700
135121	Aset Tetap Lainnya		1,380	376,827,151	0	0	0	0	1,380	376,827,151
60101	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	-	1,161	146,971,900	0	0	0	0	1,161	146,971,900
60201	BARANG BERCORAK KESENIAN	-	217	225,895,251	0	0	0	0	217	225,895,251
60202	ALAT BERCORAK KEBUDAYAAN	-	2	3,960,000	0	0	0	0	2	3,960,000
160112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		1,212	10,128,520,399	2,435	7,100,931,381	3,008	9,577,238,790	39	7,652,213,030
30103	ALAT BANTU	-	5	2,922,000	5	11,610,000	10	14,532,000	0	0
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	2	386,100,000	0	0	2	386,100,000	0	0
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	0	0	125	209,504,000	125	209,504,000	0	0
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	1	333,000	3	35,241,000	4	35,574,000	0	0
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	5	2,330,000	1	648,000	6	2,978,000	0	0
30303	ALAT UKUR	-	0	0	3	528,000	3	528,000	0	0
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	7	1,232,000	1	8,697,000	8	9,929,000	0	0
30501	ALAT KANTOR	-	16	24,294,000	290	276,559,000	306	300,853,000	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	590	1,303,186,920	1,136	2,911,622,593	1,716	4,187,809,513	10	26,950,000
30601	ALAT STUDIO	-	11	4,568,000	17	1,562,000	28	6,130,000	0	0
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	1	1,349,000	85	25,943,000	86	27,292,000	0	0
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	0	0	1	938,000	1	938,000	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	476	8,131,175,479	610	2,923,177,227	1,057	3,429,089,676	29	7,625,263,030
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	451,000	0	0	1	451,000	0	0
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	14	178,167,400	73	182,838,000	87	361,005,400	0	0
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	0	0	1	1,088,000	1	1,088,000	0	0

LAPORAN BARANG PENGGUNA
EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM

Tgl Cetak : 21/01/25 10:48 AM

Halaman : 1

Kode Lap : lap_bmn_ekstra_kel_satker_poc

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
					6	7	8	9		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
132111	Peralatan dan Mesin		3,576	848,656,008	990	583,520,709	224	55,196,033	4,342	1,376,980,675
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	35	3,657,500	0	0	0	0	35	3,657,500
30501	ALAT KANTOR	-	59	11,279,042	0	0	0	0	59	11,279,042
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	1,317	369,594,534	720	403,451,900	214	53,166,263	1,823	719,860,151
30601	ALAT STUDIO	-	25	1,000,000	0	0	0	0	25	1,000,000
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	10	1,612,500	0	0	0	0	10	1,612,500
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	1,660	293,612,117	267	179,183,800	10	2,029,750	1,917	470,766,167
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	65,000	0	0	0	0	1	65,000
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	192	36,389,863	0	0	0	0	192	36,389,863
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	11	2,406,900	0	0	0	0	11	2,406,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	12	3,786,594	0	0	0	0	12	3,786,594
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	2	1,414,000	0	0	0	0	2	1,414,000
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	206	110,346,500	0	0	0	0	206	110,346,500
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	46	13,491,456	3	665,000	0	0	49	14,376,456
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		127	42,329,120	224	55,196,033	351	97,525,153	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	112	39,322,670	214	53,166,263	326	82,469,153	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	15	3,006,250	10	2,029,750	25	5,036,000	0	0
TOTAL				890,985,128		638,716,733		152,721,186		1,376,980,675

Jakarta, 30 September 2024

Penanggung Jawab UAKPB

Direktur Utama

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.
197710032006042002

LAMPIRAN 8
LAPORAN BARANG KUASA PENGGUNA
GABUNGAN EKSTRAKOMPTABEL
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

LAPORAN BARANG PENGGUNA
EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM
Tgl Cetak : 21/01/25 10:48 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_ekstra_kel_satker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
132111	Peralatan dan Mesin		3,576	848,656,008	990	583,520,700	224	55,196,033	4,342	1,376,980,673
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	35	3,657,500	0	0	0	0	35	3,657,500
30501	ALAT KANTOR	-	59	11,279,042	0	0	0	0	59	11,279,042
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	1,317	369,594,534	720	403,451,900	214	53,166,203	1,823	719,660,151
30601	ALAT STUDIO	-	25	1,000,000	0	0	0	0	25	1,000,000
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	10	1,612,500	0	0	0	0	10	1,612,500
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	1,660	293,612,117	267	179,163,600	10	2,029,750	1,917	470,766,167
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	65,000	0	0	0	0	1	65,000
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	192	36,389,863	0	0	0	0	192	36,389,863
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	11	2,406,900	0	0	0	0	11	2,406,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	12	3,796,594	0	0	0	0	12	3,796,594
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	2	1,414,000	0	0	0	0	2	1,414,000
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	206	110,346,500	0	0	0	0	206	110,346,500
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	46	13,481,456	3	865,000	0	0	49	14,376,456
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		127	42,329,120	224	55,196,033	351	97,525,153	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	112	39,322,870	214	53,166,203	326	92,409,153	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	15	3,006,250	10	2,029,750	25	5,036,000	0	0
TOTAL				890,985,128		638,716,733		152,721,186		1,376,980,673

LAMPIRAN 1
KONTRAK KINERJA
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSAB HARAPAN KITA



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : dr. Okti Palupi Rahayuningtyas, MPH., MH.Kes
Jabatan : Direktur Utama RSAB Harapan Kita

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP 197106262000031002



dr. Okti Palupi Rahayuningtyas,
MPH., MH.Kes
NIP 197710032006042002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RSAB HARAPAN KITA**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terpenuhinya SDM yang kompeten	1 Persentase SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan pelayanan	100 Persen
2	Terpenuhinya SIMRS terintegrasi	2 Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	3 Modul
3	Terpenuhinya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai kebutuhan pelayanan	3 Persentase Ketersediaan Alat Medik Baru Sesuai Kebutuhan Pelayanan	100 Persen
4	Terwujudnya budaya kerja berorientasi pada pelayanan pelanggan	4 Tingkat Kesehatan Budaya Organisasi	≥75 Persen
5	Terselenggaranya layanan subspecialisasi ibu dan anak	5 Persentase keberhasilan penanganan kasus <i>severity level 3</i>	85 Persen
		6 Persentase keberhasilan layanan intervensi fetal	82 Persen
		7 Persentase keberhasilan penanganan intervensi kardiologi	80 Persen
		8 Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika prenatal yang dilakukan <i>kordosentesis dan amniosentesis</i>	90 Persen
		9 Persentase keberhasilan diagnostik sitogenetika pasien bayi/anak dengan kelainan bawaan (<i>post-natal</i>)	95 Persen
		10 Keberhasilan pembelahan sel pada tahap embrio	94 Persen
		11 Keberhasilan <i>treatment cycle</i> pada pasien yang mengikuti program bayi tabung	95 Persen
6	Terselenggaranya layanan PINERE	12 Kesiapsiagaan dalam penanggulangan pandemi Penyakit Infeksi	100 Persen
7	Terwujudnya tata kelola klinis sesuai <i>best practice</i>	13 Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical pathway</i>)	85 Persen

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
8	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional	14 Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100 Persen
9	Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	15 Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	23 Institusi Pendidikan
		16 Persentase pelaksanaan pelatihan sesuai perencanaan	100 Persen
		17 Pertumbuhan penelitian yang mendukung program prioritas dalam bidang Kesehatan ibu dan anak	1.1 Skor
10	Terwujudnya tata kelola manajemen sesuai <i>Good Governance</i>	18 Pembangunan WBK dan WBBM	86 Nilai
11	Terwujudnya kepuasan pemangku kepentingan internal dan eksternal	19 Kecepatan waktu tanggap komplain	100 Persen
12	Terwujudnya peningkatan pendapatan	20 Tingkat pertumbuhan pendapatan	10 Persen
13	Terwujudnya efisiensi biaya	21 Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional (POBO)	80 Persen
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	22 Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 Persen
		23 Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit khusus	2 Laporan
15	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	24 Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10 Persen
		25 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS
		26 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		27 Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS



No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
16	RPJMN	28	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60 Persen
		29	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100 Persen
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	30	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan	10 Persen
18	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	31	Jumlah layanan berbasis genomik di <i>Hubs</i> RS	3 Layanan
		32	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	1000 Sampel
19	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	33	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		34	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80 Persen
		35	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100 Persen
		36	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80 Persen
		37	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100 Persen

LAMPIRAN 2
KEKUATAN PERSONIL
RSAB HARAPAN KITA
TAHUN 2024

NO	URAIAN	KEADAAN DESEMBER 2023							TAMBAHAN							KURANG							KEADAAN DESEMBER 2024						
		PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML	PNS	CPNS	PPPK	BLU NON PNS	PKWT	PARUH WAKTU	JML
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	Menurut Jabatan																												
	A. Struktural																												
	- Eselon I																												
	- Eselon II	3			1			4															3			1			4
	- Manajer	11						11	2						2	1						1	12					12	
	- Asisten Manajer	22			3			25				2			2	2						2	20			5		25	
	B. Fungsional (JFT)	648		66			16	730	10		40			11	61	24		3			4	31	634		103			23	760
	C. Staf (JFU)	59			164	60		283	8			10	104	4	126	16			44	15	1	76	51			130	149	3	333
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	20	-	40	12	104	15	191	43	-	3	44	15	5	110	720	-	103	136	149	26	1.134
2	Menurut Golongan																												
	- Golongan IV	121						121	15						15	16						16	120					120	
	- Golongan III	484		26	77	35	16	638	23		25	14	59	12	133	16		2	29	14	2	63	491		49	62	80	26	708
	- Golongan II	138		40	91	25		294	6		15		60		81	35		1	17	16		69	109		54	74	69	306	
	- Golongan I																												
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	44	-	40	14	119	12	229	67	-	3	46	30	2	148	720	-	103	136	149	26	1.134
3	Menurut Pendidikan																												
	- S3	12			2			14	2		2			1	5	1						1	13		2	2		1	18
	- S2	51			4	1	16	72	74		7	2	19	11	113	6		3		2	3	14	119		4	6	18	24	171
	- S1	336		26	71	34		467	25		23	11	44	2	105	76		6	28	13	1	124	285		43	54	65	1	448
	- DIII / Sarjana Muda	316		40	52	25		433	1		15	2	47		65	38		1	15	6		60	279		54	39	66		438
	- SLTA	28			39			67								4			4			8	24			35		59	
	- SLTP																												
	- SD																												
	Jumlah	743	-	66	168	60	16	1.053	102	-	47	15	110	14	288	125	-	10	47	21	4	207	720	-	103	136	149	26	1.134

LAMPIRAN 3
LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024
(DALAM RUPIAH)

NO	KODE	URAIAN	ESTIMASI PENDAPATAN	ESTIMASI PENDAPATAN	PENDAPATAN	PENGEMBALIAN PENDAPATAN	PENDAPATAN NETTO	% REALISASI ANGGARAN	SISA ANGGARAN
1	2	3	3	4	5	6 = 4 - 5	7 = 6 : 3	8	
A									
PENDAPATAN									
PENDAPATAN BLU									
424111		Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	387,815,358,000	387,815,358,000	447,312,085,404	-	447,312,085,404	115.34%	59,496,727,404
424311		Pendapatan Hasil Kerjasama Perorangan	17,307,609,000	17,307,609,000	15,788,840,523	-	15,788,840,523	91.22%	1,518,768,477
424421		Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pem Pusat	12,005,973,000	12,005,973,000	876,225,654	-	876,225,654	7.30%	11,129,747,346
424911		Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	3,099,730,000	3,099,730,000	8,917,109,642	-	8,917,109,642	287.67%	(5,817,379,642)
JUMLAH PENDAPATAN BLU			420,228,670,000	420,228,670,000	472,894,261,223		472,894,261,223	112.53%	52,665,591,223
PENDAPATAN PNPB LAINNYA									
425122		Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	-	-	105,790,000	-	105,790,000	0.00%	-
		Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya	-	-	10,050,000	-	10,050,000	0.00%	-
425131		Pendapatan Sewa Tanah, Gedung dan Bangunan	-	-	35,837,000	-	35,837,000	0.00%	-
425811		Penerimaan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah	-	-	-	-	-	0.00%	-
425911		Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	-	-	51,363,488	-	51,363,488	0.00%	-
JUMLAH PENDAPATAN PNPB LAINNYA			-	-	203,040,488		203,040,488	0.00%	-
TOTAL PENDAPATAN			420,228,670,000	420,228,670,000	473,097,301,711		473,097,301,711	112.58%	52,665,591,223
B									
BELANJA									
BELANJA RM									
51 BELANJA PEGAWAI									
5111		Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	-	-	37,988,017,100	14,050,400	37,973,966,700	99.97%	26,858,300
511111		Belanja Gaji Pokok PNS	26,648,056,000	38,000,825,000	37,988,017,100	14,050,400	37,973,966,700	99.97%	26,858,300
511119		Belanja Pembulatan Gaji PNS	7,571,000	1,589,000	574,345	15,390	559,955	36.15%	1,030,045
511121		Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	1,832,054,000	2,550,952,000	2,548,951,820	-	2,548,951,820	99.92%	2,000,180
511122		Belanja Tunj. Anak PNS	492,081,000	670,697,000	669,134,934	-	669,134,934	99.77%	1,562,066
511123		Belanja Tunj. Struktural PNS	113,060,000	3,060,000	-	-	-	0.00%	3,060,000
511124		Belanja Tunj. Fungsional PNS	1,804,961,000	5,103,114,000	5,098,965,000	1,850,248.00	5,097,114,752	99.92%	5,999,248
511125		Belanja Tunj. PPh PNS	151,410,000	474,635,000	470,111,910	-	470,111,910	99.05%	4,523,090
511126		Belanja Tunj. Beras PNS	1,266,066,000	1,884,600,000	1,882,920,000	-	1,882,920,000	99.91%	1,680,000
511129		Belanja Uang Makan PNS	4,996,512,000	5,707,512,000	5,267,951,000	-	5,267,951,000	92.30%	439,561,000
511134		Belanja Tunjangan Beras PPPK	189,262,000	227,723,000	188,050,000	-	188,050,000	99.40%	1,138,000
511151		Belanja Tunj. Umum PNS	189,262,000	136,928,000	135,810,000	-	135,810,000	99.18%	1,118,000
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5111			37,690,295,000	54,723,100,000	54,250,486,109	15,916,038	54,234,570,071	99.14%	488,529,929
5116		Belanja Gaji dan Tunjangan PPPK	-	-	3,975,145,600	702	3,975,145,600	99.47%	21,002,400
511611		Belanja Gaji Pokok PPPK	6,072,316,000	3,996,148,000	3,975,145,600	702	3,975,145,600	99.47%	21,002,400
511619		Belanja Pembulatan Gaji PPPK	2,391,000	1,064,000	704,500	-	704,500	6.62%	994,252
511621		Belanja Tunjangan Suami/Istri PPPK	578,544,000	222,071,000	218,069,150	-	218,069,150	98.20%	4,001,850
511622		Belanja Tunjangan Anak PPPK	155,395,000	71,449,000	65,608,412	-	65,608,412	91.83%	5,840,588
511624		Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	573,762,000	430,463,000	426,780,000	-	426,780,000	99.14%	3,683,000
511625		Belanja Tunjangan Beras PPPK	389,723,000	227,723,000	224,502,000	-	224,502,000	98.59%	3,221,000
511628		Belanja Uang Makan PPPK	1,577,846,000	748,254,000	700,396,000	-	700,396,000	93.60%	47,858,000
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5116			9,359,977,000	5,697,172,000	5,610,571,612	702	5,610,570,910	98.48%	86,601,090
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 51			47,050,272,000	60,420,272,000	59,861,057,721	15,916,740	59,845,140,981	99.07%	575,131,019
52 BELANJA BARANG									
5211 Belanja Barang Operasional									
521119		Belanja Barang Operasional Lainnya	37,620,000	29,320,000	26,502,360	-	26,502,360	90.39%	2,817,640
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5211			37,620,000	29,320,000	26,502,360		26,502,360	90.39%	2,817,640
5212 Belanja Barang Non Operasional									
521211		Belanja Bahan	60,000,000	116,000,000	29,281,684	-	29,281,684	25.24%	86,718,316
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5212			60,000,000	116,000,000	29,281,684		29,281,684	25.24%	86,718,316
5218 Belanja Barang Persediaan									
521811		Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	2,000,000,000	2,000,000,000	1,976,932,565	-	1,976,932,565	98.85%	23,067,435
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5218			2,000,000,000	2,000,000,000	1,976,932,565		1,976,932,565	98.85%	23,067,435
5221 Belanja Jasa									
522141		Belanja Sewa	103,350,000	17,350,000	-	-	-	0.00%	17,350,000
522151		Belanja Jasa Profesi	476,600,000	484,900,000	326,230,000	-	326,230,000	67.28%	158,670,000
522191		Belanja Jasa Lainnya	15,000,000	45,000,000	42,402,000	-	42,402,000	94.23%	2,598,000
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5221			594,950,000	547,250,000	368,632,000		368,632,000	67.36%	178,618,000
5231 Belanja Pemeliharaan									
523123		Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	-	-	-	-	-	0.00%	0
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5231			-	-	-		-	0.00%	-
5241 Belanja Perjalanan Dalam Negeri									
524114		Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	307,430,000.00	307,430,000	294,928,000	-	294,928,000	95.93%	12,502,000
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5241			307,430,000	307,430,000	294,928,000		294,928,000	95.93%	12,502,000
5242 Belanja Perjalanan Luar Negeri									
524219		Belanja Perjalanan Lainnya - Luar Negeri	-	-	-	-	-	0.00%	0
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5242			-	-	-		-	0.00%	0
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 52			3,000,000,000	3,000,000,000	2,696,276,609		2,696,276,609	89.88%	303,723,391
53 BELANJA MODAL									
5321 Belanja Modal Peralatan dan Mesin									
532111		Belanja Modal Peralatan dan Mesin	-	-	-	-	-	0.00%	0
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5321			-	-	-		-	0.00%	0
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 53			-	-	-		-	0.00%	0
JUMLAH BELANJA RM			50,050,272,000	63,420,272,000	62,557,334,330	15,916,740	62,541,417,590	98.64%	878,854,410
BELANJA BLU									
52		BELANJA BARANG							
5251		Belanja Barang BLU							
525111		Belanja Gaji dan Tunjangan	168,091,468,000	162,938,296,000	161,139,405,496	-	161,139,405,496	98.90%	1,798,890,504
525112		Belanja Barang	28,687,011,000	37,302,548,000	35,949,455,211	-	35,949,455,211	96.37%	1,353,092,789
525113		Belanja Jasa	77,234,932,000	90,508,167,000	87,656,129,921	-	87,656,129,921	96.85%	2,852,037,079
525114		Belanja Pemeliharaan	24,808,809,000	26,432,383,000	25,874,659,987	-	25,874,659,987	97.89%	557,723,013
525115		Belanja Perjalanan	530,719,000	1,369,097,000	1,265,096,326	-	1,265,096,326	92.40%	104,000,674
525119		Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	-	759,800,000	440,277,456	-	440,277,456	57.95%	319,522,544
525121		Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	83,321,747,000	103,945,064,000	100,101,121,238	-	100,101,121,238	96.30%	3,843,942,762
525162		Belanja Peralatan dan Mesin - Ekstrakomptabel BLU	600,000,000	583,220,000	558,417,700	-	558,417,700	95.75%	24,802,300
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5251			383,274,686,000	423,838,575,000	412,984,563,335		412,984,563,335	97.44%	10,854,011,665
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 52			383,274,686,000	423,838,575,000	412,984,563,335		412,984,563,335	97.44%	10,854,011,665
53		BELANJA MODAL							
5371		Belanja Modal BLU							
537112		Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	22,379,354,000	27,373,491,000	26,735,589,337	-	26,735,589,337	97.67%	637,901,663
537113		Belanja Modal Gedung dan Bangunan - BLU	14,574,630,000	12,779,540,000	12,244,203,363	-	12,244,203,363	95.81%	535,336,637
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 5371			36,953,984,000	40,153,031,000	38,979,792,700		38,979,792,700	97.08%	1,173,238,300
JUMLAH SUB KELOMPOK BELANJA 53			36,953,984,000	40,153,031,000	38,979,792,700		38,979,792,700	97.08%	1,173,238,300
TOTAL BELANJA BLU			420,228,670,000	463,991,606,000	451,964,356,035		451,964,356,035	97.41%	12,027,249,965
TOTAL BELANJA			470,278,942,000	527,411,878,000	514,521,690,365	15,916,740	514,505,773,625	97.56%	12,906,104,375

LAMPIRAN 4
NERACA TAHUN 2024

URAIAN	JUMLAH		KENAIKAN (PENURUNAN)	
	31 DESEMBER 2024	31 DESEMBER 2023	JUMLAH	%
ASET				
ASET LANCAR				
Kas di Bendahara Pengeluaran	-	-		
Kas Lainnya dan Setara Kas	513,154,204	154,835,889	358,318,315	231.42
Kas pada Badan Layanan Umum	47,417,380,622	121,487,475,434	(74,070,094,812)	(60.97)
Investasi Jangka Pendek - BLU	95,000,000,000	-	95,000,000,000	-
Pendapatan yang Masih Harus Diterima	-	159,215,767	(159,215,767)	(100.00)
Piutang Bukan Pajak	-	-	-	-
PIUTANG BUKAN PAJAK (NETTO)	-	-	-	-
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	11,639,341,874	67,502,946,600	(55,863,604,726)	(82.76)
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(7,914,357,769)	(8,102,139,245)	187,781,476	(2.32)
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum (Netto)	3,724,984,105	59,400,807,355	(55,675,823,250)	(93.73)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	7,434,564,811	8,571,207,263	(1,136,642,452)	(13.26)
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(7,114,419,106)	(7,120,102,329)	5,683,223	(0.08)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum (Netto)	320,145,705	1,451,104,934	(1,130,959,229)	(77.94)
Persediaan	40,317,354,397	13,373,416,812	26,943,937,585	201.47
Persediaan yang Belum Diregister	2			
Jumlah Aset Lancar	187,293,019,035	196,026,856,191	(8,733,837,158)	(4.46)
ASET TETAP				
Tanah	4,040,526,790,000	4,040,526,790,000	-	-
Peralatan dan Mesin	733,106,644,783	711,129,144,127	21,977,500,656	3.09
Gedung dan Bangunan	523,178,131,120	512,447,427,457	10,730,703,663	2.09
Jalan, Irigasi dan Jaringan	11,020,861,098	11,020,861,098	-	-
Aset Tetap Lainnya	376,827,151	376,827,151	-	-
Konstruksi Dalam Pengerjaan	570,161,767	570,161,767	-	-
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(650,691,095,752)	(612,163,620,537)	(38,527,475,215)	6.29
Jumlah Aset Tetap	4,658,088,320,167	4,663,907,591,063	(5,819,270,896)	(0.12)
ASET LAINNYA				
Aset Tak Berwujud	230,504,850	230,504,850	-	-
Aset Lain-Lain	7,652,213,030	10,486,535,399	(2,834,322,369)	(27.03)
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(7,699,121,768)	(10,427,904,109)	2,728,782,341	(26.17)
Jumlah Aset Lainnya	183,596,112	289,136,140	(105,540,028)	(36.50)
JUMLAH ASET	4,845,564,935,314	4,860,223,583,394	(14,658,648,082)	(0.30)
KEWAJIBAN				
Utang kepada Pihak Ketiga	17,378,630,205	19,313,320,566	(1,934,690,361)	(10.02)
Utang Yang Belum Ditagihkan	-	-	-	-
Pendapatan Diterima di Muka	7,568,024,702	7,186,103,071	381,921,631	5.31
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	24,946,654,907	26,499,423,637	(1,552,768,730)	(5.86)
JUMLAH KEWAJIBAN	24,946,654,907	26,499,423,637	(1,552,768,730)	(5.86)
EKUITAS				
Ekuitas	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)
JUMLAH EKUITAS	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	4,845,564,935,314	4,860,223,583,394	(14,658,648,080)	(0.30)

LAMPIRAN 5
LAPORAN OPERASIONAL
TAHUN 2024

URAIAN	CATATAN	JUMLAH		NAIK / TURUN	
		2024	2023	JUMLAH	%
KEGIATAN OPERASIONAL					
PENDAPATAN NEGARA BUKAN PAJAK					
Pendapatan Negara Bukan Pajak Lainnya	D.1	35,837,000	465,850,132,373	(465,814,295,373)	(99.99)
Pendapatan Badan Layanan Umum		417,788,457,440		417,788,457,440	-
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL		417,824,294,440	465,850,132,373	(48,025,837,933)	(10.31)
BEBAN OPERASIONAL					
Beban Pegawai	D.2	236,719,987,606	193,129,531,274	43,590,456,332	22.57
Beban Persediaan	D.3	72,570,239,245	86,307,286,136	(13,737,046,891)	(15.92)
Beban Barang dan Jasa	D.4	126,186,103,407	102,519,671,313	23,666,432,094	23.08
Beban Pemeliharaan	D.5	27,450,800,507	28,783,796,346	(1,332,995,839)	(4.63)
Beban Perjalanan Dinas	D.6	1,560,024,326	3,514,860,505	(1,954,836,179)	(55.62)
Beban Penyusutan dan Amortisasi	D.7	45,674,305,624	91,365,222,108	(45,690,916,484)	(50.01)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	D.8	-	479,599,221	(479,599,221)	(100.00)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL		510,161,460,715	506,099,966,903	4,061,493,812	0.80
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL		(92,337,166,275)	(40,249,834,530)	(52,087,331,745)	129.41
KEGIATAN NON OPERASIONAL					
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar		115,840,000	217,437,351	(101,597,351)	(46.72)
Beban Pelepasan Aset Non Lancar		-	41,744,928	(41,744,928)	(100.00)
Jumlah Surplus/(defisit) Pelepasan Aset Non Lancar		115,840,000	175,692,423	(59,852,423)	(34.07)
Pendapatan dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		401,103,765	234,853,430	166,250,335	70.79
Beban dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		187,199,445	1,632,034,318	(1,444,834,873)	(88.53)
Jumlah Surplus/(defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		213,904,320	(1,397,180,888)	1,611,085,208	(115.31)
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL		329,744,320	(1,221,488,465)	1,551,232,785	(127.00)
SURPLUS/DEFISIT LO	D3	(92,007,421,955)	(41,471,322,995)	(50,536,098,960)	121.86

LAMPIRAN 6
LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

URAIAN	CATATAN	JUMLAH		NAIK / TURUN	
		2024	2023	JUMLAH	%
EKUITAS AWAL	E1	4,833,724,159,757	4,819,340,060,771	14,384,098,986	0.30
SURPLUS/DEFISIT LO	E2	(92,007,421,955)	(41,471,322,995)	(50,536,098,960.00)	121.86
KOREKSI YANG MENAMBAH /MENGURANGI EKUITAS	E3	16,496,687,953	(37,571,202,854)	54,067,890,807	(143.91)
Penyesuaian Nilai Aset		-	-	-	-
Koreksi Nilai Persediaan		31	1,159,360,149	(1,159,360,118)	(100.00)
Koreksi Atas Reklasifikasi		-	-	-	-
Koreksi Nilai Aset Tetap Non Revaluasi		(59,641,000)	2,402,650	(62,043,650)	(2,582.30)
LAIN-LAIN		16,556,328,922	(38,732,965,653)	55,289,294,575	(142.74)
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	E4	62,404,854,652	93,426,624,835	(31,021,770,183)	(33.20)
KENAIKAN/PENURUNAN ENTITAS	E5	(13,105,879,350)	14,384,098,986	(27,489,978,336)	(191.11)
EKUITAS AKHIR	E6	4,820,618,280,407	4,833,724,159,757	(13,105,879,350)	(0.27)

LAMPIRAN 7

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
INTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 21/01/25 0:23 AM
Tgl Cetak : 21/01/25 10:45 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_intra_kel_salker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131111	Tanah	-	70,811	4,040,526,790,000	0	0	0	0	70,811	4,040,526,790,000
20101	TANAH PERSIL	-	70,811	4,040,526,790,000	0	0	0	0	70,811	4,040,526,790,000
132111	Peralatan dan Mesin	-	10,728	711,125,144,127	1,285	29,086,792,037	2,435	7,100,931,381	10,578	733,115,004,783
30101	ALAT BESAR DARAT	-	3	80,540,000	0	0	0	0	3	80,540,000
30103	ALAT BANTU	-	79	5,761,310,242	5	123,324,420	5	11,610,000	79	5,873,024,662
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	15	5,709,273,500	0	0	0	0	15	5,709,273,500
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	214	807,692,002	4	206,300,000	126	209,504,000	90	804,495,002
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	13	6,661,827,000	0	0	3	35,241,000	10	6,646,586,000
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	130	174,446,300	1	3,029,500	1	646,000	130	177,627,800
30303	ALAT UKUR	-	57	1,061,697,400	0	0	3	626,000	54	1,061,169,400
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	14	1,235,965,897	0	0	1	8,697,000	13	1,227,268,897
30501	ALAT KANTOR	-	1,666	5,948,376,373	86	624,124,550	290	276,559,000	1,464	6,496,941,923
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	5,852	43,791,719,297	629	5,536,325,676	1,136	2,911,622,593	5,545	46,416,422,590
30601	ALAT STUDIO	-	126	4,344,393,474	20	949,242,000	17	1,062,000	129	5,292,053,474
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	263	2,397,077,000	1	17,000,000	85	25,943,000	199	2,366,134,000
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	5	9,542,829,000	0	0	1	936,000	4	9,541,891,000
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	6,142	510,740,019,932	180	14,963,021,961	610	2,923,177,227	5,712	522,760,064,666
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	51	856,726,121	0	0	0	0	51	856,726,121
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	613	64,661,063,697	9	646,014,240	73	162,636,000	549	65,126,239,937
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	6	32,476,900	0	0	1	1,066,900	5	31,390,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	21	306,251,200	5	637,800,190	1	55,000	26	943,996,390
30806	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP	-	32	604,726,751	3	107,074,000	0	0	35	711,802,751
30807	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	-	17	9,307,072,413	3	1,065,600,000	4	24,292,000	16	10,346,860,413
30805	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI &	-	16	5,495,236,950	9	12,100,000	0	0	25	5,510,336,950
31001	KOMPUTER UNIT	-	535	20,492,442,376	62	1,377,405,600	9	96,460,644	566	21,773,367,532
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	505	5,264,520,234	56	2,579,529,500	60	296,464,917	561	7,567,564,817
31102	ALAT EKSPLORASI GEOFISIKA	-	2	56,094,000	0	0	2	56,094,000	0	0
31301	SUMUR	-	2	9,753,000	0	0	2	9,753,000	0	0
31303	PENGOLAHAN DAN PEMURNIAN	-	4	3,162,659,000	0	0	0	0	4	3,162,659,000
31502	ALAT PELINDUNG	-	1	13,431,000	0	0	0	0	1	13,431,000
31503	ALAT SAR	-	45	431,906,360	0	0	0	0	45	431,906,360
31504	ALAT KERJA PENERBANGAN	-	26	1,213,077,545	0	0	0	0	26	1,213,077,545
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	3	30,696,250	0	0	0	0	3	30,696,250
31701	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	-	70	562,133,400	0	0	3	27,616,000	67	534,317,400
31801	RAMBU-RAMBU LALU LINTAS DARAT	-	1	109,737,453	0	0	0	0	1	109,737,453
31901	PERALATAN ULAH RAGA	-	65	175,966,060	9	33,300,000	0	0	74	209,266,060
133111	Gedung dan Bangunan	-	70	512,447,427,457	5	15,101,171,619	5	4,284,412,828	70	523,264,186,248

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
INTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 21/01/25 6:23 AM

Tgl Cetak : 21/01/25 10:45 AM

Halaman : 2

Kode Lap : lap_bmn_intra_kel_satker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
40101	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	-	45	435.033.688,457	5	15.101.171,619	1	1.599.554,828	49	448.535.305,245
40102	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL	-	25	77.413.739,000	0	0	4	2.054.858,000	21	74.726.661,000
134111	Jalan dan Jembatan		16,111	156,558,000	0	0	0	0	16,111	156,558,000
50101	JALAN	-	16,111	156,558,000	0	0	0	0	16,111	156,558,000
134112	Irigasi		5	7,285,423,000	0	0	0	0	5	7,285,423,000
50201	BANGUNAN AIR IRIGASI	-	1	54,978,000	0	0	0	0	1	54,978,000
50203	BANGUNAN PENGEMBANGAN RAWA DAN POLDER	-	1	45,866,000	0	0	0	0	1	45,866,000
50204	BANGUNAN PENGAMAN SUNGAI/PANTAI & PENANGGULANGAN	-	1	508,623,000	0	0	0	0	1	508,623,000
50206	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	-	1	2,913,041,000	0	0	0	0	1	2,913,041,000
50207	BANGUNAN AIR KOTOR	-	1	3,762,915,000	0	0	0	0	1	3,762,915,000
134113	Jaringan		6	3,578,880,098	0	0	0	0	6	3,578,880,098
50301	INSTALASI AIR BERSIH / AIR BAKU	-	2	1,209,698,516	0	0	0	0	2	1,209,698,516
50302	INSTALASI AIR KOTOR	-	1	441,593,694	0	0	0	0	1	441,593,694
50309	INSTALASI PENGAMAN	-	1	658,913,188	0	0	0	0	1	658,913,188
50310	INSTALASI LAIN	-	2	1,068,674,700	0	0	0	0	2	1,068,674,700
135121	Aset Tetap Lainnya		1,380	376,827,151	0	0	0	0	1,380	376,827,151
60101	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	-	1,161	146,971,900	0	0	0	0	1,161	146,971,900
60201	BARANG BERCORAK KESENIAN	-	217	225,895,251	0	0	0	0	217	225,895,251
60202	ALAT BERCORAK KEBUDAYAAN	-	2	3,960,000	0	0	0	0	2	3,960,000
160112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		1,212	10,128,520,399	2,435	7,100,931,381	3,008	9,577,238,790	39	7,652,213,030
30103	ALAT BANTU	-	5	2,922,000	5	11,610,000	10	14,532,000	0	0
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	2	386,100,000	0	0	2	386,100,000	0	0
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	0	0	125	209,504,000	125	209,504,000	0	0
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	1	333,000	3	35,241,000	4	35,574,000	0	0
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	5	2,330,000	1	648,000	6	2,978,000	0	0
30303	ALAT UKUR	-	0	0	3	528,000	3	528,000	0	0
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	7	1,232,000	1	8,697,000	8	9,929,000	0	0
30501	ALAT KANTOR	-	16	24,294,000	290	276,559,000	306	300,853,000	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	590	1,303,186,920	1,136	2,911,622,593	1,716	4,187,809,513	10	26,950,000
30601	ALAT STUDIO	-	11	4,568,000	17	1,562,000	28	6,130,000	0	0
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	1	1,349,000	85	25,943,000	86	27,292,000	0	0
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	0	0	1	938,000	1	938,000	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	476	8,131,175,479	610	2,923,177,227	1,057	3,429,089,676	29	7,625,263,030
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	451,000	0	0	1	451,000	0	0
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	14	178,167,400	73	182,838,000	87	361,005,400	0	0
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	0	0	1	1,088,000	1	1,088,000	0	0

LAPORAN BARANG PENGGUNA
EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM

Tgl Cetak : 21/01/25 10:48 AM

Halaman : 1

Kode Lap : lap_bmn_ekstra_kel_satker_poc

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
					6	7	8	9		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
132111	Peralatan dan Mesin		3,576	848,656,008	990	583,520,709	224	55,196,033	4,342	1,376,980,675
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	35	3,657,500	0	0	0	0	35	3,657,500
30501	ALAT KANTOR	-	59	11,279,042	0	0	0	0	59	11,279,042
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	1,317	369,594,534	720	403,451,900	214	53,166,263	1,823	719,860,151
30601	ALAT STUDIO	-	25	1,000,000	0	0	0	0	25	1,000,000
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	10	1,612,500	0	0	0	0	10	1,612,500
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	1,660	293,612,117	267	179,183,800	10	2,029,750	1,917	470,766,167
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	65,000	0	0	0	0	1	65,000
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	192	36,389,863	0	0	0	0	192	36,389,863
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	11	2,406,900	0	0	0	0	11	2,406,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	12	3,786,594	0	0	0	0	12	3,786,594
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	2	1,414,000	0	0	0	0	2	1,414,000
31801	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	206	110,346,500	0	0	0	0	206	110,346,500
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	46	13,491,456	3	665,000	0	0	49	14,376,456
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		127	42,329,120	224	55,196,033	351	97,525,153	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	112	39,322,670	214	53,166,263	326	82,489,153	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	15	3,006,250	10	2,029,750	25	5,036,000	0	0
TOTAL				890,985,128		638,716,733		152,721,186		1,376,980,675

Jakarta, 30 September 2024

Penanggung Jawab UAKPB

Direktur Utama

dr. Ockti Palupi Rahayuningtyas, MPH, MH.
197710032006042002

LAMPIRAN 8
LAPORAN BARANG KUASA PENGGUNA
GABUNGAN EKSTRAKOMPTABEL
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

LAPORAN BARANG PENGGUNA
EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 520611 RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA HARAPAN KITA

Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM
Tgl Cetak : 21/01/25 10:48 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_ekstra_kel_salker_poc

AKUN NERACA KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
132111	Peralatan dan Mesin		3,576	848,656,008	990	583,520,700	224	55,196,033	4,342	1,376,980,675
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	35	3,657,500	0	0	0	0	35	3,657,500
30501	ALAT KANTOR	-	59	11,279,042	0	0	0	0	59	11,279,042
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	1,317	369,594,534	720	403,451,900	214	53,166,263	1,823	719,660,151
30601	ALAT STUDIO	-	25	1,000,000	0	0	0	0	25	1,000,000
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	10	1,612,500	0	0	0	0	10	1,612,500
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	1,660	293,612,117	267	179,163,600	10	2,029,750	1,917	470,766,167
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	1	65,000	0	0	0	0	1	65,000
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	192	36,389,863	0	0	0	0	192	36,389,863
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	11	2,406,900	0	0	0	0	11	2,406,900
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	12	3,796,594	0	0	0	0	12	3,796,594
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	2	1,414,000	0	0	0	0	2	1,414,000
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	206	110,346,500	0	0	0	0	206	110,346,500
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	46	13,481,456	3	865,000	0	0	49	14,376,456
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan		127	42,329,120	224	55,196,033	351	97,525,153	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	112	39,322,870	214	53,166,263	326	92,409,153	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	15	3,006,250	10	2,029,750	25	5,036,000	0	0
TOTAL				890,985,128		638,716,733		152,721,186		1,376,980,675