

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

NIP 197106262000031002



Pihak Pertama
dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

NIP 196207231990011001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

| No. | Sasaran Program/Kegiatan | Indikator Kinerja | Target |
|-----|--|---|-------------------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1 | Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri | 1. <i>Return on Asset</i> (ROA) | 2% |
| | | 2. Persentase realisasi target pendapatan BLU | 95% |
| | | 3. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni | 97% |
| | | 4. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU | 95% |
| | | 5. Persentase nilai EBITDA Margin | 15% |
| 2 | Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan | 6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat | ≥80% |
| | | 7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat | 80% |
| | | 8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang | ≥80% |
| | | 9. Penundaan waktu operasi elektif | ≤3% |
| | | 10. Kecepatan waktu tanggap komplain | ≥80% |
| 3 | Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lain | 11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas | 2 layanan |
| | | 12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama | 1 layanan |
| | | 13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas | 1 RS |
| | | 14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional | 1 layanan |
| | | 15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit | 1 layanan |
| | | 16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU) | 1 indikator tercapai setiap layanan |

| | | | |
|---|---|--|------------|
| 4 | Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | 17. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP | 10% |
| | | 18. Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati yang menjadi <i>evidence based practice</i> | 35 |
| 5 | Terwujudnya peningkatan mutu dan keselamatan pasien | 19. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal | 85% |
| | | 20. Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap | ≥80% |
| | | 21. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal | <2,5 |
| | | 22. Waktu Tanggap operasi section cesarea darurat dalam waktu ≤ 30 menit | ≥80% |
| | | 23. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan | 2 kali |
| | | 24. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator | 12 laporan |
| | | 25. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol | 12 laporan |
| | | 26. Kepatuhan kebersihan tangan | ≥90% |
| | | 27. Kepatuhan penggunaan APD | 100% |
| | | 28. Kepatuhan identifikasi pasien | 100% |
| | | 29. Pelaporan hasil kritis laboratorium | 100% |
| | | 30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional | ≥90% |
| | | 31. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh | 100% |
| 6 | Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS | 32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya | 98% |
| | | 33. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan | 93% |

| | | | |
|---|--|--|----------|
| 7 | Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi | 34. Terselenggaranya integrasi sistem dan informasi surveilans berbasis digital | 1 sistem |
| | | 35. Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, operasi, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehabilitasi medik) dan farmasi. | 100% |
| 8 | Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS | 36. Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) RS sesuai standar | 95% |
| | | 37. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar | 70% |
| 9 | Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik | 38. Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>) | ≥85% |
| | | 39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan yang telah tuntas ditindaklanjuti | 92,5 % |

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN
2. Program Dukungan Manajemen

Total

Anggaran

Rp. 935.254.064.000

Rp. 124.303.479.000

Rp. 1.059.557.543.000

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

NIP 197106262000031002

Pihak Pertama,

dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

NIP 196207231990011001

