



# RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020-2024 RSUP FATMAWATI

JL. RS FATMAWATI, CILANDAK,  
JAKARTA SELATAN 12430 TELP. (021) 7501524, 76660552 (HUNTING),  
FAX. 7690123

EMAIL : [RSUPF@FATMAWATIHOSPITAL.COM](mailto:RSUPF@FATMAWATIHOSPITAL.COM) WEBSITE:  
[WWW.FATMAWATIHOSPITAL.COM](http://WWW.FATMAWATIHOSPITAL.COM)



Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan Rumah Sakit Kelas A dan tersertifikasi sebagai RS Pendidikan. Selama kiprah RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Kelas A, berbagai sertifikat dan penghargaan telah diraih oleh RSUP Fatmawati, yaitu sertifikat ISO dan OHSAS pada tahun 2011, terakreditasi nasional KARS dan internasional *Joint Commission Accreditation (JCI)* pada tahun 2013, terakreditasi paripurna KARS Versi 2012 dan internasional *Joint Commission Accreditation (JCI)* pada tahun 2016, reakreditasi KARS pada tahun 2017, Juara II *Green Hospital* Kategori RS UPT Vertikal se-Indonesia dan penghargaan sebagai Layanan Kesehatan yang mematuhi Ketaatan Program Penilaian Kinerja Lingkungan Tingkat Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2017, Juara I *Green Hospital* Kategori RS UPT Vertikal se-Indonesia dan sebagai Perusahaan yang mematuhi ketaatan program penilaian kinerja perusahaan daerah (Properda) Tingkat Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2018, terakreditasi KARS paripurna dan penghargaan nilai tertinggi SAKIP tahun 2019.

Begitu banyaknya penghargaan yang telah diraih oleh RSUP Fatmawati tidak membuat jajaran Direksi dan staf berpuas diri. RSUP Fatmawati selalu berupaya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang terbaik sehingga RSUP Fatmawati terwujud menjadi rumah sakit dengan pelayanan multidisiplin yang handal.

Salah satu upaya yang dilakukan dalam mewujudkan RSUP menjadi Rumah Sakit dengan pelayanan multidisiplin yang handal bagi masyarakat, RSUP Fatmawati menetapkan arah, prioritas, strategi, sasaran-sasaran strategis, indikator kinerja utama dan program kerja strategis.

Direktur Utama RSUP Fatmawati



Dr. Mochamad Syafak Hanung, Sp. A, MPH  
NIP. 198010091986101002

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

**dengan Visi :**

*“Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang  
Handal bagi Masyarakat”*

Disahkan : Jakarta

Pada tanggal : Agustus 2020

Oleh:

**Plt. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**



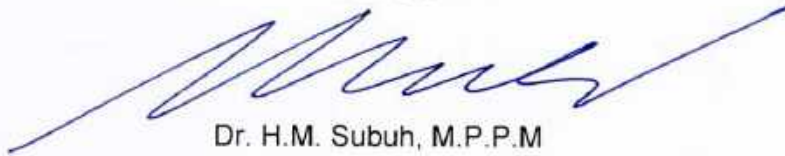
**Prof. dr. Abdul Kadir, PhD, SpTHT-KL(K), MARS  
NIP 196205231989031001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**

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

DEWAN PENGAWAS  
KETUA



Dr. H.M. Subuh, M.P.P.M

Anggota



Dr. Sri Henni Setiawati, MHA

Anggota



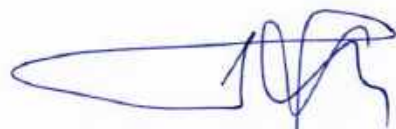
Dr. Armendi Nasution, Sp. KFR (K)

Anggota



R.M. Wiwieng Handayaningsih

Anggota



Drs. Herry Purnomo

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL .....	ix
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan RSB.....	3
1.3 Dasar Hukum.....	4
1.4 Sistematika Penyusunan RSB .....	5
BAB II. KONDISI RSUP FATMAWATI .....	6
2.1. Profil RSUP Fatmawati .....	6
2.2. Gambaran Kinerja .....	14
A. Kinerja Aspek Pelayanan.....	14
B. Kinerja Aspek Keuangan .....	58
C. Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia (SDM) .....	60
D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana .....	68
2.3. Tantangan Strategis .....	69
2.4. Benchmarking .....	69
2.5. Analisis SWOT .....	75
2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategi.....	76
2.7. Analisa TOWS .....	81

2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko.....	83
A. Identifikasi Risiko .....	83
B. Penilaian Tingkat Risiko .....	85
C. Rencana Mitigasi Risiko .....	90
<b>BAB III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS.....</b>	<b>98</b>
3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi dan Tata Nilai .....	98
3.2. Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti .....	101
3.3. Rancangan Peta Strategi Balance Scorecard (BSC).....	103
3.4. Indikator Kinerja Utama .....	104
3.5. Roadmap 5 Tahun Kedepan .....	125
3.6. Program Kerja Strategis .....	133
<b>BAB IV. PROYEKSI KEUANGAN .....</b>	<b>154</b>
4.1. Estimasi Pendapatan.....	154
4.2. Estimasi Beban.....	154
4.3. Rencana Kebutuhan Anggaran .....	155
4.4. Rencana Pendanaan .....	161
<b>BAB V. PENUTUP .....</b>	<b>162</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Sistematika Penyusunan RSB .....	5
Gambar 2.1.	Susunan Direksi RSUP Fatmawati .....	8
Gambar 2.2.	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan Reguler RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	14
Gambar 2.3.	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan Eksekutif Griya Husada Per Hari RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	15
Gambar 2.4.	Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat Umum RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	17
Gambar 2.5.	Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	17
Gambar 2.6.	Pertumbuhan Hari Perawatan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	18
Gambar 2.7.	Pertumbuhan Pemeriksaan Khusus RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	19
Gambar 2.8.	Pertumbuhan Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	20
Gambar 2.9.	Pertumbuhan Rehabilitasi Medik RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	22
Gambar 2.10.	Pertumbuhan Patologi Klinik RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	23
Gambar 2.11.	Pertumbuhan Patologi Anatomi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	24
Gambar 2.12.	Pertumbuhan Radiologi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	24
Gambar 2.13.	Pertumbuhan Hemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	25
Gambar 2.14.	Pertumbuhan Kemoterapi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	26
Gambar 2.15.	Pertumbuhan Thalassaemia RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	26
Gambar 2.16.	Pertumbuhan Resep Farmasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	27
Gambar 2.17.	BOR, BTO, TOI dan ALOS RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	28
Gambar 2.18.	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam dan Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	30

Gambar 2.19. Angka Pembatalan Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	30
Gambar 2.20. Angka Kegagalan Hasil Radiologi dan Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	31
Gambar 2.21. Penulisan Resep Sesuai Formularium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	32
Gambar 2.22. Rata-Rata Jam Pelatihan per Karyawan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	33
Gambar 2.23. Persentase Dosen Pendidik Klinis yang Mendapat TOT RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	34
Gambar 2.24. Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran dan Penelitian Internal yang Dipublikasikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	34
Gambar 2.25. Emergency Respon Time Rate (ERT) RSUP Fatmawati Tahun 2017 – Semester 1 Tahun 2020.....	36
Gambar 2.26. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	36
Gambar 2.27. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	37
Gambar 2.28. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	38
Gambar 2.29. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	38
Gambar 2.30. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	39
Gambar 2.31. Angka Kematian Gawat Darurat RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	40
Gambar 2.32. Angka Kematian $\geq$ 48 Jam RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	41
Gambar 2.33. Post Operative Death Rate RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	41
Gambar 2.34. Angka Infeksi Luka Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	42
Gambar 2.35. Angka Infeksi Jarum Infus/Phlebitis RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	43
Gambar 2.36. Angka Infeksi Saluran Kemih RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	44
Gambar 2.37. Penanganan Pengaduan/Komplain RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	44



Gambar 2.38. Indeks Kepuasan Pelanggan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	45
Gambar 2.39. Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lainnya oleh RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019 .....	46
Gambar 2.40. Penyuluhan Kesehatan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	48
Gambar 2.41. Rasio Tempat Tidur Kelas 3 RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	49
Gambar 2.42. Piagam PROPER RSUP Fatmawati Tahun 2013 – 2018 .....	52
Gambar 2.43. Piagam PROPERDA RSUP Fatmawati Tahun 2013 – 2018 .....	53
Gambar 2.44. Piagam Green Hospital RSUP Fatmawati Tahun 2016 – 2018.....	54
Gambar 2.45. TPS dan Proses Daur Ulang RSUP Fatmawati .....	55
Gambar 2.46. Limbah Medis Non Infeksius yang di Daur Ulang (kg) RSUP Fatmawati Tahun 2016 – Semester 1 Tahun 2020 .....	56
Gambar 2.47. Bank Sampah RSUP Fatmawati .....	56
Gambar 2.48. Kegiatan Hidroponik RSUP Fatmawati .....	57
Gambar 2.49. Taman TOGA RSUP Fatmawati .....	58
Gambar 2.50. Piagam WBK RSUP Fatmawati Tahun 2015 .....	60
Gambar 2.51. Jumlah SDM berdasarkan Status Kepegawaian RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	61
Gambar 2.52. Jumlah SDM berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	62
Gambar 2.53. Jumlah SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	63
Gambar 2.54. Jumlah SDM Medis berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	63
Gambar 2.55. Jumlah SDM Keperawatan berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	64
Gambar 2.56. Jumlah SDM Kebidanan berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	65
Gambar 2.59. Jumlah Penghargaan yang diberikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019 .....	65
Gambar 2.60. Posisi Bersaing RSUP Fatmawati .....	80

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Program Pengelolaan Lingkungan RSUP Fatmawati Tahun 2013 – Semester 1 Tahun 2020.....	50
Tabel 2.2.	Rasio Keuangan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	59
Tabel 2.3.	Target dan Realisasi BLU RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020 .....	59
Tabel 2.4.	Jumlah Penghargaan Fatmawati Award yang diberikan RSUP Fatmawati Tahun 2016 dan 2018.....	66
Tabel 2.5.	Jumlah Hukuman Disiplin yang diberikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020.....	67
Tabel 2.6.	Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUP Fatmawati Semester 1 Tahun 2020 .....	68
Tabel 2.6.	Faktor-faktor Peluang dan Ancaman RSUP Fatmawati .....	75
Tabel 2.7.	Faktor-faktor Kekuatan dan Kelemahan RSUP Fatmawati .....	76
Tabel 2.8.	Total Nilai Terbobot Peluang.....	77
Tabel 2.9.	Total Nilai Terbobot Ancaman.....	77
Tabel 2.10.	Total Nilai Terbobot Kekuatan.....	78
Tabel 2.11.	Total Nilai Terbobot Kelemahan.....	79
Tabel 2.12.	Matriks TOWS.....	81
Tabel 2.13.	Identifikasi Risiko .....	83
Tabel 2.14.	Matriks Penentuan Tingkat Risiko.....	87
Tabel 2.15.	Tingkat Risiko.....	87
Tabel 2.16.	Rencana Mitigasi Risiko .....	91
Tabel 3.1.	Harapan dan Kekhawatiran Utama Stakeholder Kunci RSUP Fatmawati .....	101
Tabel 4.1.	Proyeksi Indikator Kinerja Aspek Keuangan - Rasio Keuangan RSUP Fatmawati Tahun 2020 – 2024.....	159

# BAB I. PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Dirjen Yankes) yang mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. Selain itu, sebagai rumah sakit pendidikan, maka RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan kesehatan lainnya sesuai dengan standar rumah sakit pendidikan. Berdasarkan tugas pokok dan fungsi seperti yang telah dipaparkan, RSUP Fatmawati memiliki sumber daya yang sangat besar dan membutuhkan pengelolaan yang tepat.

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

Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati 2020-2024 telah ditetapkan pada bulan Januari 2020. Dalam RSB RSUP Fatmawati 2020-2024, arah dan strategi serta kegiatan untuk

pengembangan RSUP Fatmawati selama 5 tahun ke depan dikembangkan dengan mempertimbangkan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit termasuk kinerja dan sumber daya yang dicapai tahun-tahun sebelumnya. Serangkaian strategi dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi RSUP Fatmawati. RSB ini dipergunakan sebagai panduan dalam proses implementasi di seluruh bagian RSUP Fatmawati.

Namun, pada awal tahun 2020 muncul masalah penyebaran penyakit *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) yang dinyatakan WHO sebagai sebuah pandemi. Penyebaran COVID-19 di Indonesia hingga kini sudah semakin meluas dengan peningkatan jumlah kasus dan/atau jumlah kematian. Pandemi ini pun mulai berdampak pada aspek politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan, dan keamanan, serta kesejahteraan masyarakat di Indonesia. Dalam upaya mengendalikan penularan penyakit ini dan dampaknya, Pemerintah melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) telah menyatakan COVID-19 sebagai jenis penyakit yang menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat dan menetapkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) di Indonesia yang wajib dilakukan upaya penanggulangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain itu, Presiden juga telah menetapkan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).

Selanjutnya, untuk meningkatkan penanganan kasus Covid-19 tersebut, Kementerian Kesehatan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu yang salah satunya menetapkan RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit rujukan penanggulangan penyakit infeksi emerging tertentu. RSUP Fatmawati juga ditetapkan sebagai Jejaring Laboratorium Pemeriksaan Covid-19 bekerjasama dengan Dinkes DKI Jakarta dan Labkesda berdasarkan Surat Keputusan Menkes Nomor HK.01.07/Menkes/182/2020. Oleh karena itu, RSUP Fatmawati harus meningkatkan kapasitas sumber daya sehingga mampu melakukan penatalaksanaan dugaan kasus yang potensi KLB penyakit infeksi emerging tertentu serta mampu

memberikan pelayanan rujukan pasien dan rujukan specimen yang berkualitas sesuai dengan standar.

Di lain sisi, pandemi COVID-19 telah mempengaruhi proses pelayanan dan kinerja RSUP Fatmawati. Rumah sakit telah dianggap sebagai rumah sakit infeksius yang tidak aman untuk dikunjungi. Masyarakat enggan berobat ke rumah sakit dan lebih memilih pengobatan sendiri atau menggunakan aplikasi kesehatan berbasis telemedicine. Akibatnya kunjungan pelayanan dan pendapatan rumah sakit mengalami penurunan yang cukup signifikan. Pencapaian target kinerja pelayanan RSUP Fatmawati tidak terpenuhi dengan baik. RSUP Fatmawati pun mengalami penurunan pendapatan bersumber pasien walaupun pemasukan yang diperoleh berasal sumber lain mengalami peningkatan yang signifikan.

Berdasarkan situasi tersebut, RSUP Fatmawati perlu melakukan penyesuaian arah strategi dan program kegiatan yang sebelumnya telah ditetapkan dalam RSB 2020-2024. Pandemi COVID-19 dan Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) bagi rumah sakit harus dipertimbangkan dalam pengembangan RSUP Fatmawati di masa depan.

## **1.2 Tujuan RSB**

Tujuan umum dari penyusunan RSB RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan RSUP Fatmawati selama periode untuk tahun 2020-2024 yang sejalan dengan rencana Aksi Program Dirjen Yankes.
- 2) Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Fatmawati.
- 3) Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Fatmawati dan dalam pencapaian visi yang telah ditentukan.
- 4) Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* inti RSUP Fatmawati.

Sedangkan tujuan RSB RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) Sebagai sarana untuk memfasilitasi terciptanya anggaran yang efektif.

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

### **1.3 Dasar Hukum**

Landasan hukum penyusunan RSB RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- 2) UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- 3) Rancangan Teknokratik Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024
- 4) Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 90 Tahun 2010 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga
- 5) PP Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
- 6) Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)
- 7) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8/Menkes/SK/IV/2010 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati sebagai Rumah Sakit kelas A
- 8) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/275 /2016 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati sebagai Rumah Sakit Pendidikan
- 9) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Fatmawati Jakarta
- 10) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu
- 11) Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia Nomor 5 Tahun

### 1.4 Sistematika Penyusunan RSB



Gambar 1.1. Sistematika Penyusunan RSB

## **BAB II. KONDISI RSUP FATMAWATI**

### **2.1. Profil RSUP Fatmawati**

Pada bab sebelumnya khususnya di bagian latar belakang, telah dituliskan bahwa RSUP Fatmawati merupakan UPT Kementerian Kesehatan di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. Selain itu, sebagai rumah sakit pendidikan, maka RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan kesehatan lainnya sesuai dengan standar rumah sakit pendidikan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1678/MENKES/PER/XII/2005 tanggal 27 Desember 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Fatmawati, dinyatakan bahwa RSUP Fatmawati dipimpin oleh seorang Direktur Utama dan dibantu oleh Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Direktur Umum, SDM dan Pendidikan, dan Direktur Keuangan. Organisasi RSUP Fatmawati mengalami perubahan dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Fatmawati Jakarta. Dalam peraturan tersebut, susunan organisasi RSUP Fatmawati dipimpin oleh Direktur Utama dengan terdiri atas empat direktorat yaitu: Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang; Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian; Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara; dan Direktorat Perencanaan, Organisasi, dan Umum.

Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, RSUP Fatmawati sebagai badan layanan umum memiliki Dewan Pengawas yang diangkat oleh Kementerian Kesehatan. Adapun susunan Dewan Pengawas RSUP Fatmawati berdasarkan Keputusan Menteri



Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/531/2018 tanggal 20 September 2018 adalah sebagai berikut:

Ketua : dr. HM. Subuh, M.P.P.M

Anggota : dr. Sri Henni Setiawati, M.H.A

dr. Amendi Nasution, Sp.KFR (K)

R. M Wiwieng Handayaningsih, S.H

Drs. Herry Purnomo

Selama melaksanakan tugas yang diemban oleh dewan pengawas, dewan pengawas mendapatkan dukungan dari RSUP Fatmawati yaitu dengan menugaskan salah seorang SDM sebagai sekretaris dewan pengawas yaitu Sri Erna Nengsih sesuai dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor: KP.01.02/VII.2/14754/2018 tanggal 30 November 2018 tentang Pengangkatan Sekretaris Dewan Pengawas RSUP Fatmawati.

Adapun tugas dari Dewan Pengawas adalah sebagai berikut:

1. Menentukan arah kebijakan rumah sakit;
2. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
3. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
4. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
5. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
6. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
7. Mengawasi kepatuhan penetapan hukum rumah sakit, hukum profesi dan peraturan perundang-undangan.
8. Melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan dan BMN.

Sedangkan susunan direksi RSUP Fatmawati saat ini dapat terlihat pada gambar 2.1 berikut ini:



**Gambar 2.1. Susunan Direksi RSUP Fatmawati**

Adapun uraian tugas dan fungsi Direksi adalah sebagai berikut:

1. **Direktur Utama**

Direktur utama mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja RSUP Fatmawati berdasarkan kebijakan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengkoordinasikan tugas dan fungsi kepada bawahan sesuai tugas dan tanggungjawabnya untuk kelancaran pelaksanaan program kerja RSUP Fatmawati;
- 3) Membina bawahan dilingkungan RSUP Fatmawati setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya yang diberikan agar proses pelaksanaan tugas dan fungsi berjalan tertib dan lancar;
- 4) Menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, fasilitas medis dan keperawatan dan pelayanan rujukan berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan dalam rangka melaksanakan upaya kesehatan rujukan;
- 5) Menyelenggarakan pengelolaan SDM, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang profesi kedokteran dan pendidikan kedokteran berkelanjutan, pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan lainnya serta penelitian dan pengembangan berdasarkan ketentuan dan arahan pimpinan

dalam rangka melaksanakan kebijakan dan standarisasi teknis dibidang pembinaan upaya kesehatan;

- 6) Menyelenggarakan urusan administrasi umum sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan untuk mendukung pelaksanaan kebijakan dan standarisasi teknis di bidang pembinaan Pelayanan kesehatan;
- 7) Menyelenggarakan urusan keuangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan untuk mendukung pelaksanaan kebijakan dan standarisasi teknis di bidang pembinaan Pelayanan kesehatan;
- 8) Mengarahkan pelaksanaan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan secara serasi, terpadu, berkesinambungan dan paripurna dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan pengembangan sesuai jadwal yang telah ditetapkan untuk mengetahui perkembangannya secara periodik;
- 9) Mengevaluasi pelaksanaan tugas di lingkungan RSUP Fatmawati dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
- 10) Membuat laporan pelaksanaan tugas di lingkungan RSUP Fatmawati sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai pertanggungjawaban dan bahan rencana yang akan datang;
- 11) Melaksanakan tugas kedinasan lain yg diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.

## 2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan penunjang nonmedis.
- 2) Merumuskan program kerja Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang berdasarkan kebijakan Direktur Utama sebagai pedoman pelaksanaan tugas.

- 3) Mengoordinasikan tugas dan fungsi kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan program kerja Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
- 4) Membina bawahan di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar proses pelaksanaan tugas dan fungsi berjalan tertib.
- 5) Melaksanakan pembinaan Bidang Pelayanan Medik berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 6) Melaksanakan pembinaan Bidang Pelayanan Keperawatan berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 7) Melaksanakan pembinaan Bidang Pelayanan Penunjang berdasarkan ketentuan yang berlaku arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 8) Menyelenggarakan pembinaan Instalasi dan Kelompok Staf Medik (KSM), serta Unit serta dilingkungan Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang berdasarkan ketentuan yang berlaku arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 9) Mengevaluasi pelaksanaan tugas di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang
- 10) Membuat laporan pelaksanaan tugas di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai pertanggungjawaban dan bahan rencana yang akan datang.
- 11) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.

### 3. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia dan pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan.
- 2) Merumuskan program kerja Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian berdasarkan kebijakan Direktur Utama sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
- 3) Mengoordinasikan tugas dan fungsi kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan program kerja Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian.
- 4) Membina bawahan di Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar proses pelaksanaan tugas dan fungsi berjalan tertib dan lancar.
- 5) Melaksanakan pembinaan di Bagian Sumber Daya Manusia berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 6) Melaksanakan pembinaan di Bagian Pendidikan dan Penelitian berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 7) Menyelenggarakan pembinaan instalasi dan unit dilingkungan Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 8) Mengevaluasi pelaksanaan tugas di Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang.
- 9) Membuat laporan pelaksanaan tugas di Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai pertanggungjawaban dan bahan rencana yang akan datang.
- 10) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.

#### 4. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara (BMN)

Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara (BMN) mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan penyusunan rencana dan pelaksanaan anggaran, urusan perbendaharaan, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan anggaran.
- 2) Merumuskan Program Kerja Direktorat Keuangan dan BMN berdasarkan Kebijakan Direktur Utama sebagai pedoman pelaksanaan tugas
- 3) Mengoordinasikan tugas dan fungsi kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan program kerja Direktorat Keuangan dan BMN.
- 4) Membina bawahan di Direktorat Keuangan dan BMN setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar proses pelaksanaan tugas dan fungsi berjalan tertib dan lancar.
- 5) Melaksanakan pembinaan di Bagian Anggaran berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 6) Melaksanakan pembinaan di Bagian Anggaran berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 7) Melaksanakan pembinaan di Bagian Akuntansi dan BMN berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 8) Menyelenggarakan pembinaan instalasi dan unit dilingkungan Direktorat Keuangan dan BMN berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 9) Mengevaluasi pelaksanaan tugas di Direktorat Keuangan dan BMN dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang.
- 10) Membuat laporan pelaksanaan tugas di Direktorat Keuangan dan BMN sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai pertanggungjawaban dan bahan rencana yang akan datang.

- 11) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.

#### 5. Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum

Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan penyusunan rencana program, urusan hukum, organisasi, hubungan masyarakat, kerja sama, dan umum, dan pengelolaan sistem informasi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.
- 2) Merumuskan program kerja Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum berdasarkan kebijakan Direktur Utama sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
- 3) Mengoordinasikan tugas dan fungsi kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan program kerja Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum.
- 4) Membina bawahan di Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar proses pelaksanaan tugas dan fungsi berjalan tertib dan lancar.
- 5) Melaksanakan pembinaan di Bagian Perencanaan dan Evaluasi berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 6) Melaksanakan pembinaan di Bagian Hukum Organisasi dan Hubungan Masyarakat berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 7) Melaksanakan pembinaan di Bagian Umum berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 8) Menyelenggarakan pembinaan instalasi dan unit dilingkungan Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum berdasarkan ketentuan yang berlaku dan arahan pimpinan agar dapat di tindak lanjuti tepat pada waktunya.
- 9) Mengevaluasi pelaksanaan tugas di Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang.

- 10) Membuat laporan pelaksanaan tugas di Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai pertanggungjawaban dan bahan rencana yang akan datang.
- 11) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.

## 2.2. Gambaran Kinerja

### A. Kinerja Aspek Pelayanan

Kinerja aspek pelayanan melingkupi aspek pertumbuhan produktivitas, efektivitas pelayanan, pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi, mutu pelayanan, mutu klinik, kepuasan pelanggan dan kepedulian kepada masyarakat. Berikut merupakan kinerja aspek pelayanan di RSUP Fatmawati pada tahun 2015 – 2019.

#### 1) *Pertumbuhan Produktivitas*

Pada indikator kinerja pertumbuhan produktivitas terdiri atas pertumbuhan rawat jalan, gawat darurat, hari perawatan dan pelayanan penunjang.

#### a) *Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan Reguler dan Kunjungan Rawat Jalan Eksekutif Griya Husada*

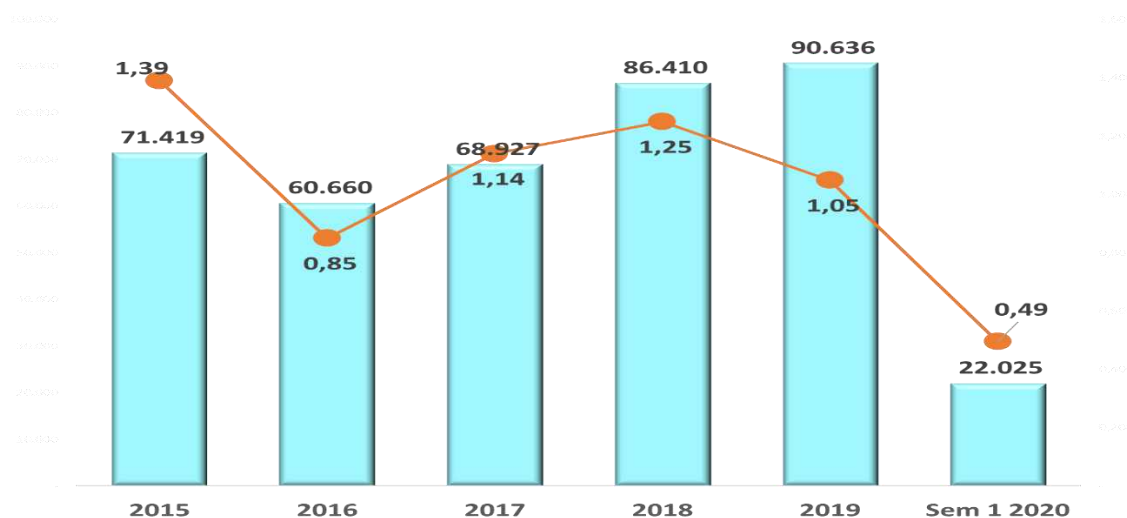


**Gambar 2.2. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan Reguler RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**



Penurunan kunjungan rawat jalan tergambar sejak tahun 2017 hingga tahun 2018, hal ini menunjukkan sudah mulai optimalnya rujukan berjenjang sesuai dengan kebijakan yang berlaku, kemudian pada tahun 2019, kunjungan rawat jalan reguler meningkat kembali sehingga pada tahun 2019 mencapai 1,06%. Sedangkan selama semester 1 tahun 2020, kunjungan rawat jalan tidak mencapai target yang telah ditetapkan dan mengalami penurunan jika dibandingkan semester 1 tahun 2019. Sejak Maret 2020, kunjungan pasien menurun karena adanya pandemi Covid-19. Masyarakat enggan menggunakan pelayanan di rumah sakit karena khawatir tertular penyakit Covid-19. Selama PSBB, pelayanan rawat jalan dibatasi. Sesuai anjuran organisasi profesi, adanya edukasi untuk menyarankan masyarakat tidak datang ke rumah sakit jika tidak emergensi. Pembatasan tenaga kesehatan yang berusia diatas 60 tahun tidak diperkenankan memberikan pelayanan. Sesuai protocol kesehatan, adanya pembatasan jumlah kunjungan yaitu 50% agar jaga jarak antar orang dapat dilaksanakan.

Sedangkan pada kunjungan rawat jalan eksekutif Griya Husada mengalami peningkatan pertumbuhan kunjungan rawat jalan pada tahun 2017 dan 2018 sedangkan pada tahun 2019 jumlah kunjungan meningkat tetapi persentase pertumbuhan lebih rendah dari tahun 2018. Hal ini seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut ini.



**Gambar 2.3. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan Eksekutif Griya Husada Per Hari RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Peningkatan kunjungan rawat jalan eksekutif Griya Husada pada tahun 2018 dan 2019 disebabkan karena adanya peningkatan pasien di sentra vaksin meningitis. Selain itu, ada beberapa pasien BPJS yang juga tercatat dalam pasien yang melakukan kunjungan ke rawat jalan eksekutif Griya Husada dikarenakan ingin mendapatkan pelayanan yang cepat tanpa menunggu antrian yang panjang serta dapat memilih dokter sesuai yang diinginkan walaupun harus mengeluarkan biaya tambahan. Namun, selama pandemi Covid-19, kunjungan rawat jalan eksekutif Griya Husada juga mengalami penurunan dan tidak mencapai target yang ditetapkan.

***b) Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat Umum dan Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan***

Pada Gambar 2.4 dapat terlihat bahwa pertumbuhan kunjungan gawat darurat umum RSUP Fatmawati cenderung menurun dengan rata-rata pertumbuhan kunjungan gawat darurat umum sebesar 0,95%. Penurunan pertumbuhan kunjungan gawat darurat umum sesuai dengan kebutuhan rujukan pasien berdasarkan regulasi sistem rujukan berjenjang melalui sistem SPGDT dan Sistem Rujukan Emergensi Terpadu (Sisrute) yang membantu rujukan pasien lebih ke arah penyelenggara pelayanan kesehatan yang tersedia ruang perawatan, alat medik, dokter spesialisasi/ subspecialis yang terkait dengan kebutuhan pasien yang akan dirujuk. Namun, selama semester 1 tahun 2020, jumlah kunjungan gawat darurat umum pun mengalami penurunan akibat pandemi Covid-19. Pertumbuhan pada semester 1 tahun 2020 dibandingkan semester yg sama pada tahun 2019 adalah sebesar 0,72.



**Gambar 2.4. Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat Umum RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Berbeda dengan pertumbuhan kunjungan gawat darurat umum, pada pertumbuhan kunjungan gawat darurat kebidanan cenderung mengalami peningkatan. Bahkan kunjungan pelayanan gawat darurat kebidanan ini sangat baik walaupun dalam masa pandemi Covid-19.



**Gambar 2.5. Pertumbuhan Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Sehubungan dengan kebutuhan pasien ibu hamil dengan komplikasi dan gawat janin, RSUP Fatmawati telah menyiapkan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang telah mempunyai jejaring dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta, praktek Dokter, klinik bersalin maupun Bidan praktek di sekitar RSUP Fatmawati dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 0,89%.

Tetap meningkatnya kunjungan pasien pada pelayanan gawat darurat kebidanan pada RSUP Fatmawati selama pandemi Covid-19 mungkin disebabkan persepsi pasien RSUP Fatmawati sebagai rujukan Covid-19 lebih siap dalam sarana dan prasarana termasuk APD sehingga memenuhi standar pencegahan penularan Covid-19. Sebagaimana diketahui, pasien ibu hamil dengan komplikasi dan gawat janin tidak bisa menunda untuk mendapatkan pelayanan atau tindakan medis sehingga harus mendatangi fasilitas kesehatan segera mungkin.

**c) *Pertumbuhan Hari Perawatan***



**Gambar 2.6. Pertumbuhan Hari Perawatan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pertumbuhan hari perawatan cenderung menurun sejak tahun 2017 dengan rata-rata pertumbuhan hari perawatan periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebesar 0,97%. Penurunan ini menunjukkan berjalannya sistem rujukan secara berjenjang dan sesuai dengan peraturan jaminan kesehatan.

#### **d) *Pertumbuhan Pelayanan Penunjang***

Pada indikator kinerja pertumbuhan pelayanan penunjang terdiri atas pemeriksaan khusus, operasi, rehabilitasi medik, patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, kemoterapi, thalassaemia dan resep farmasi.

##### **(1) *Pertumbuhan Pemeriksaan Khusus***

Kegiatan pemeriksaan khusus terdiri atas pemeriksaan EEG, EMG, EKHO, FFT, Treadmill, Audiometri, Timpanometri, Spirometri, BERA, Doppler, TCD, TTB, Endoscopy, Bronkoskopi, Holter Monitoring, Fibroscan, Bone Marrow Puncture, Spasmofilia, Harvey Maslan Test, dan Fungsi Asites. Capaian indikator pertumbuhan pemeriksaan khusus RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut ini.

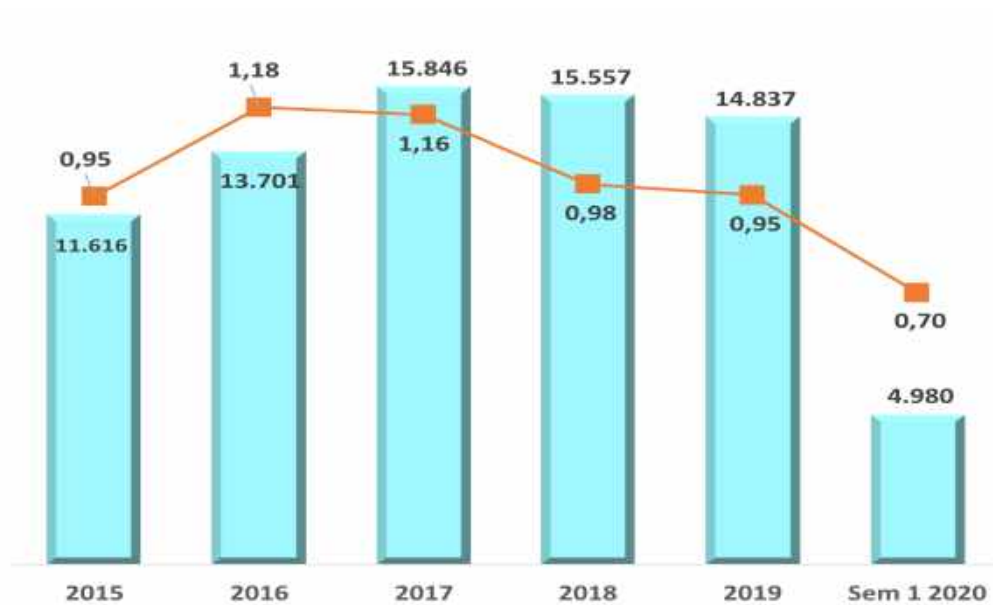


**Gambar 2.7. Pertumbuhan Pemeriksaan Khusus RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada Gambar 2.7 dapat terlihat pertumbuhan pemeriksaan khusus cenderung stabil dengan rata-rata sebesar 1,05% dan meningkat di tahun 2019, namun dalam melaksanakan pemeriksaan khusus harus sangat memperhatikan pilihan pemeriksaan penunjang yaitu harus sesuai Panduan Praktik Klinik yang berlaku agar efisiensi terlaksana dengan baik dan sesuai kebutuhan pasien itu sendiri. Adapun peningkatan cakupan pemeriksaan khusus di tahun 2019 disebabkan karena upaya optimalisasi beberapa alat medik yaitu sebagai berikut :

1. Audiologi, karena beberapa rumah sakit sekitar tidak memiliki alat tersebut, sehingga RS Fatmawati menjadi satu-satunya yang menerima rujukan pasien yang membutuhkan pemeriksaan Audiologi di wilayah sekitarnya,
2. *Doppler* : dengan bertambahnya keahlian dari Dokter Spesialis Penyakit Dalam menjadi Sub Spesialis Hematologi, maka pemeriksaan Doppler untuk kasus pasien vaskularisasi jadi meningkat,
3. *Bone Marrow* : dengan adanya penambahan pelatihan terkait monitoring musculoskeletal dari Dokter Spesialis saraf, maka pemeriksaan ini meningkat.

## (2) *Pertumbuhan Operasi*



**Gambar 2.8. Pertumbuhan Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pertumbuhan operasi mengalami peningkatan dengan rata-rata sebesar 1,04%. Peningkatan pertumbuhan operasi RSUP Fatmawati dikarenakan pada tahun 2016 adanya penambahan kamar operasi telah dilakukan pada tahun 2016 menjadi total 21 kamar operasi, mencakup 17 kamar operasi elektif dan kebidanan serta 4 kamar operasi *cito*. Selain itu juga dikarenakan, RSUP Fatmawati merupakan RS Kelas A dengan jumlah tenaga ahli Spesialis dan subspecialis yang lebih lengkap. Namun, sejak awal tahun 2018 dan juga tahun 2019 pertumbuhan operasi cenderung menurun dikarenakan banyaknya kasus

operasi yang telah dapat ditangani di fasilitas kesehatan di tingkat bawahnya (rumah sakit kelas B dan C), RSUP Fatmawati lebih banyak menangani kasus operasi yang lebih kompleks dan jumlahnya masih sedikit, selain itu di tahun 2018 terjadi kekurangan tenaga perawat terlatih dan adanya kerusakan 2 kamar operasi (OK), yaitu terjadinya kebocoran di OK 16 dan OK 17 lantai 6 Gedung Bougenvile, dan di tahun 2019 kamar operasi *cito* mengalami kerusakan sehingga operasi *cito* dilakukan di kamar operasi elektif yang mengakibatkan kapasitas kamar operasi elektif menjadi berkurang 2 kamar operasi.

Pada semester 1 tahun 2020, kinerja pelayanan operasi pun turut menurun dan tidak mencapai target yang ditetapkan. Selama pandemi, pelayanan operasi diutamakan adalah pada kasus emergensi dengan harus menjalani pemeriksaan terkait Covid-19. Sedangkan operasi yang tidak urgen yang bersifat elektif terjadi penundaan selama masa Covid-19 ini karena harus dilakukan penapisan terlebih dahulu. Pasien dan petugas kesehatan yang terkait pelayanan operasi harus melakukan pemeriksaan rapid test dimana prosedur pemeriksaan tersebut membutuhkan waktu sehingga ini mempengaruhi proses pelayanan operasi. Bahkan sejak bulan Mei, penapisan tidak hanya rapid test tetapi juga pemeriksaan PCR. Penurunan kinerja pelayanan operasi juga disebabkan turunnya kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap di RSUP Fatmawati selama masa pandemi Covid-19.

### ***(3) Pertumbuhan Rehabilitasi Medik***

Sedangkan pada pertumbuhan rehabilitasi medik cenderung menurun di tahun 2017 dan 2018, namun kemudian mulai meningkat perlahan pada tahun 2019. Sedangkan pada semester 1 tahun 2020, kunjungan pelayanan rehabilitasi medik menurun sangat besar dan jauh dari target yang ditetapkan.



**Gambar 2.9. Pertumbuhan Rehabilitasi Medik RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

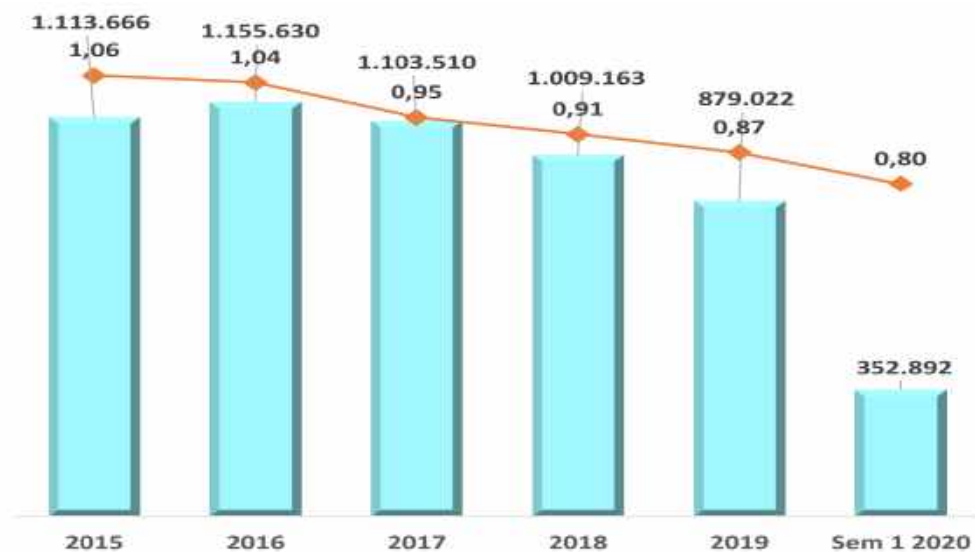
Nilai selisih penurunan pertumbuhan rehabilitasi medik pada tahun 2016 sebesar 0,21% dan tahun 2017 sebesar 0,22% disebabkan karena ada beberapa RS tipe B dan C yang telah memiliki fasilitas Rehabilitasi Medik (Fisioterapi) dan sejak akhir tahun 2018 ada peraturan dari BPJS yang membatasi kunjungan Fisioterapi sebanyak 8 kunjungan/bulan. Walaupun demikian pada tahun 2018, pertumbuhan rehabilitasi medik mengalami peningkatan dengan nilai selisih peningkatan sebesar 0,11%. Peningkatan pertumbuhan rehabilitasi medik disebabkan dengan adanya pelayanan baru. Sebagai penunjang pelayanan *spine*, di Instalasi Rehabilitasi medik telah ada pelayanan baru yaitu *Documented Base Care* (DBC) sejak bulan Februari 2019, yaitu alat aktif rehabilitasi medik untuk kasus penyakit tulang belakang (*spine*) yang disebut sebagai *Active spine rehabilitation* yang merupakan alat medik satu-satunya yang tersedia di wilayah Jakarta Selatan dengan jumlah kunjungan kira-kira 117 pasien/bulan, atau 5-6 orang per hari. Jumlah kunjungan ini masih perlu ditingkatkan dengan mempromosikan kepada rumah sakit sekitar. Selain itu di tahun 2019 telah ada pelayanan alat baru ESWT untuk pemeriksaan kasus pasien dengan *musculoskeletal*.

Menurunnya kunjungan pelayanan rehabilitasi medik selama masa pandemi Covid-19 disebabkan kekhawatiran pasien terhadap penularan Covid-19. Karena umumnya layanan rehabilitasi medik berdekatan bahkan bersentuhan dengan



pasien sehingga biasanya pada kondisi darurat pasien baru ke rumah sakit. Rehabilitasi medik saat pandemi cenderung sebisa mungkin dilakukan sendiri oleh pasien maupun keluarga pasien dengan didedukasi terlebih dahulu oleh tenaga kesehatan.

#### **(4) Pertumbuhan Patologi Klinik**



**Gambar 2.10. Pertumbuhan Patologi Klinik RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pertumbuhan patologi klinik cenderung menurun dengan rata-rata angka pertumbuhan sebesar 0,96%. Penurunan kunjungan pun semakin besar pada masa pandemi Covid-19. Penurunan ini sejalan dengan kelas rumah sakit yang memang sesuai dengan tingkat rujukan, dan selain itu Rumah sakit telah menerapkan program efisiensi dengan lebih mengoptimalkan pemeriksaan pada pasien yang benar-benar membutuhkan pemeriksaan laboratorium untuk dokter dalam menegakkan diagnosa, memonitor kondisi perawatan pasien serta menerapkan rencana terapi selanjutnya.

#### **(5) Pertumbuhan Patologi Anatomi**

Sama seperti dengan pertumbuhan patologi klinik, pada pertumbuhan patologi anatomi juga mengalami kecenderungan penurunan, walaupun pada tahun 2017 sempat mengalami peningkatan yang tidak terlalu besar dengan angka peningkatan pertumbuhan sebesar 0,03%, hal ini disebabkan tahun 2018 berlaku kebijakan berjenjang secara online dengan sistem *Health Facility*

*Information System* (HFIS). Rata-rata angka pertumbuhan patologi anatomi periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebesar 1,07%. Situasi pelayanan patologi anatomi pun terdampak oleh pandemi Covid-19 sehingga pada semester 1 tahun 2020, jumlah kunjungan pada pelayanan ini menurun signifikan dan tidak mencapai target. Capaian indikator pertumbuhan patologi anatomi ditunjukkan pada gambar berikut ini.



**Gambar 2.11. Pertumbuhan Patologi Anatomi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

**(6) Pertumbuhan Radiologi**



**Gambar 2.12. Pertumbuhan Radiologi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada pertumbuhan radiologi cenderung mengalami penurunan karena sudah makin lengkapnya pelayanan Radiologi di layanan kesehatan di klas C dan B dengan rata-rata angka pertumbuhan radiologi periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebesar 1,01%. Selain itu beberapa bulan terakhir adanya kerusakan alat radiologi di IGD sehingga pasien IGD harus diperiksa di radiologi Induk. Kunjungan layanan radiologi pun semakin menurun pada semester 1 tahun 2020 seiring dengan menurunnya kunjungan pada rawat jalan dan rawat inap karena adanya pandemi Covid-19.

### **(7) Pertumbuhan Hemodialisa**



**Gambar 2.13. Pertumbuhan Hemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pertumbuhan hemodialisa cenderung meningkat dengan rata-rata angka pertumbuhan hemodialisa periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebesar 1,13%. Peningkatan pertumbuhan hemodialisa dikarenakan adanya rujukan langsung ke RSUP Fatmawati tanpa melalui rujukan berjenjang terutama kasus Hemodialisa (HD) *cito* di luar jam kerja yang juga pasien tunai. Saat ini kapasitas HD perhari rata-rata adalah 65 pasien (81%).

### **(8) Pertumbuhan Kemoterapi**

Gambar 2.14 memperlihatkan mengenai pertumbuhan kemoterapi yang cenderung mengalami penurunan dari tahun 2015 sampai tahun 2017, yaitu

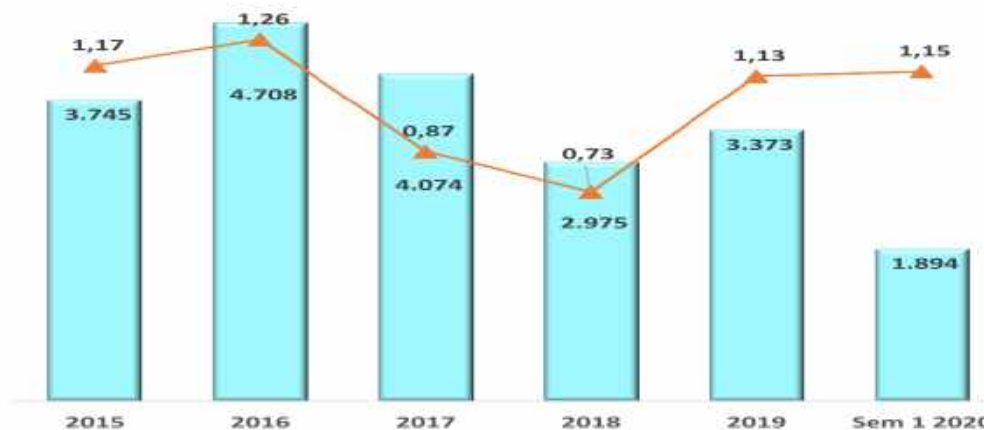
dengan rata-rata angka pertumbuhan sebesar 1,23%. Namun pada tahun 2018 dan awal tahun 2019, angka pertumbuhan kemoterapi mengalami peningkatan.



**Gambar 2.14. Pertumbuhan Kemoterapi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Peningkatan pertumbuhan kemoterapi periode tahun 2018 sampai dengan tahun 2019 dikarenakan belum banyak rumah sakit yang mengembangkan pelayanan ini di Jakarta Selatan. Selain itu penerapan sistem JKN yaitu Pelayanan Rujuk Balik (PRB) yang mengembalikan pasien berobat ke Puskesmas ataupun RSUD di wilayah sekitar tempat tinggal pasien, tidak dapat berjalan optimal karena tidak tersedianya obat-obat kemoterapi yang sama dengan yang diberikan di RSUP Fatmawati, sehingga pasien terpaksa harus kembali dirujuk karena tidak memungkinkan jika diberikan jenis obat yang tidak sesuai dengan pengobatan sebelumnya.

**(9) Pertumbuhan Thalassaemia**



**Gambar 2.15. Pertumbuhan Thalassaemia RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pertumbuhan Thalassaemia cenderung menurun dengan rata-rata angka pertumbuhan sebesar 1,03%. Penurunan pertumbuhan Thalassaemia di RSUP Fatmawati dikarenakan pasien thalassaemia sudah dapat dilayani di RSUD dan ada pembatasan obat serta pembatasan konsultasi. Namun, pada tahun 2019 terjadi peningkatan jumlah kunjungan pelayanan ini kembali dan pada masa pandemi semester 1 tahun 2020, kunjungan pelayanan ini pun tidak mengalami penurunan. Pasien Thalasemia adalah sebagian besar anak usia sekolah, sehingga lebih cenderung mencari sarana pelayanan Thalasemia yang lebih dekat dengan aktifitas kesehariannya. RSUP Fatmawati menerima pelayanan rujukan pasien dengan kasus hematologi anak dari 5 wilayah selain dari Jakarta Selatan yaitu rujukan dari Bogor, Tangerang Kota, Tangerang Selatan, Depok, dan Bekasi.

#### **(10) Pertumbuhan Resep Farmasi**



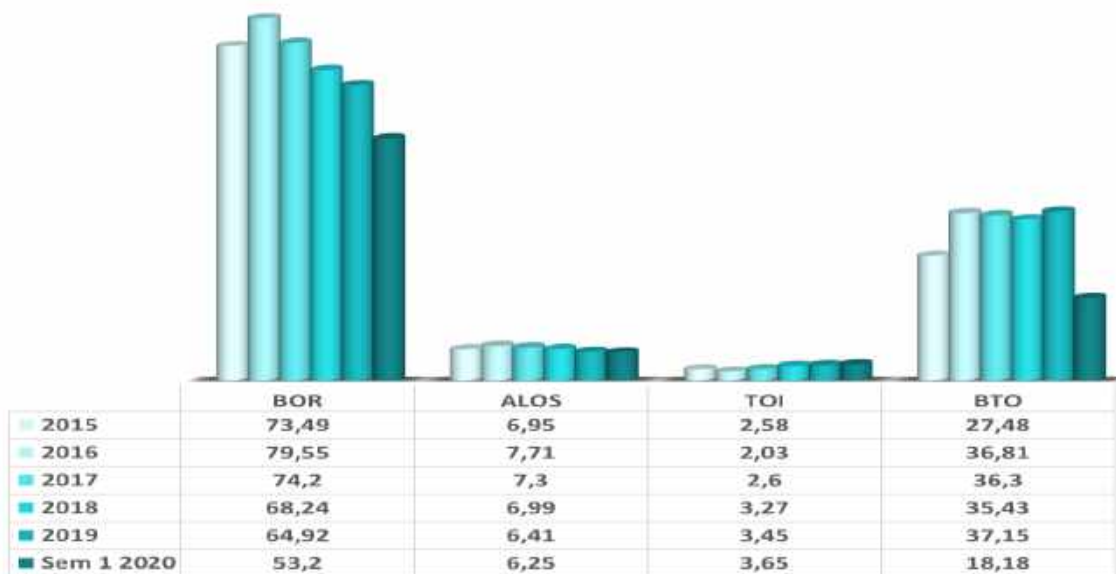
**Gambar 2.16. Pertumbuhan Resep Farmasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Gambar 2.16 memperlihatkan mengenai pertumbuhan resep farmasi yang cenderung mengalami penurunan, walaupun pada tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 0,45% dari tahun 2016. Rata-rata angka pertumbuhan resep farmasi periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebesar 0,99%. Penurunan pertumbuhan resep farmasi dikarenakan sistem rujukan berjenjang sudah berjalan dengan baik mengakibatkan kunjungan rawat jalan menurun, adapun yang masih perlu ditingkatkan adalah pengadaan jenis obat yang belum seluruhnya dapat tersedia di gudang farmasi, sehingga masih ada beberapa pasien yang terpaksa harus membeli obat di apotik luar Rumah sakit.

## 2) Efektivitas Pelayanan

Beberapa indikator yang termasuk dalam efisiensi pelayanan adalah *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Bed Turn Over* (BTO), *Turn Over Interval* (TOI) dan *Average Length of Stay* (ALOS), kelengkapan rekam medik 24 jam dan pengembalian rekam medik lengkap dalam 24 jam, angka pembatalan operasi, angka kegagalan hasil radiologi dan angka pengulangan pemeriksaan laboratorium serta penulisan resep sesuai formularium

### a) *Bed Occupancy Rate (BOR), Bed Turn Over (BTO), Turn Over Interval (TOI) dan Average Length of Stay (ALOS)*



**Gambar 2.17. BOR, BTO, TOI dan ALOS RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator BOR RSUP Fatmawati periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 mengalami penurunan sejak tahun 2017 hingga 2019. Namun pengukuran indikator BOR RSUP Fatmawati, sangat terkait dengan fleksibilitas perubahan kapasitas tempat tidur yang operasional, apabila ada kerusakan fasilitas, sarana dan prasarana kamar, maka untuk sementara kamar rawat inap tersebut harus ditutup untuk perbaikan, sehingga jumlah ruang perawatan yang dioperasionalkan sementara menjadi berkurang, selain itu penurunan nilai BOR RSUP Fatmawati memperlihatkan bahwa sistem rujukan berjenjang telah terlaksana dengan baik, selain itu, nilai capaian indikator BOR yang berada pada rentang parameter ideal menunjukkan bahwa pemanfaatan sarana prasarana khususnya pelayanan rawat inap telah optimal.

Berbeda dengan capaian indikator BOR, pada capaian indikator BTO RSUP Fatmawati periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 cukup stabil, walaupun masih kurang sedikit mengacu pada standar yaitu 40-50 kali. Pencapaian indikator BTO RSUP Fatmawati yang masih dibawah 40-50 kali menunjukkan bahwa frekuensi pemakaian tempat tidur masih belum optimal, perlu ditingkatkan pemasaran terhadap pelayanan-pelayanan baru yang tersedia di Rumah Sakit.

Sedangkan capaian indikator TOI RSUP Fatmawati periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 telah sesuai dengan standar yaitu dengan nilai rata-rata 2,8 hari. Nilai capaian ini menunjukkan bahwa efisiensi penggunaan tempat tidur di RSUP Fatmawati baik karena jarak antara tidak terisinya tempat tidur setelah pemakaian terakhir hanya berjarak 2,8 hari.

Seiring dengan semakin baik capaian indicator TOI, pada capaian ALOS RSUP Fatmawati periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 juga telah sesuai dengan kebijakan jaminan kesehatan nasional yang mengurangi hari perawatan pasien, hal ini merupakan bentuk upaya efisiensi dari pelayanan pasien jaminan yang cenderung akan merugikan rumah sakit, apabila hari perawatan yang terlalu lama atau melebihi dari hari perawatan yang telah ditetapkan pada Panduan Praktek Klinik (PPK) terkait penyakit pasien, hal ini juga menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan DPJP terhadap PPK dan *Clinical pathway* telah meningkat.

#### ***b) Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam dan Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam***

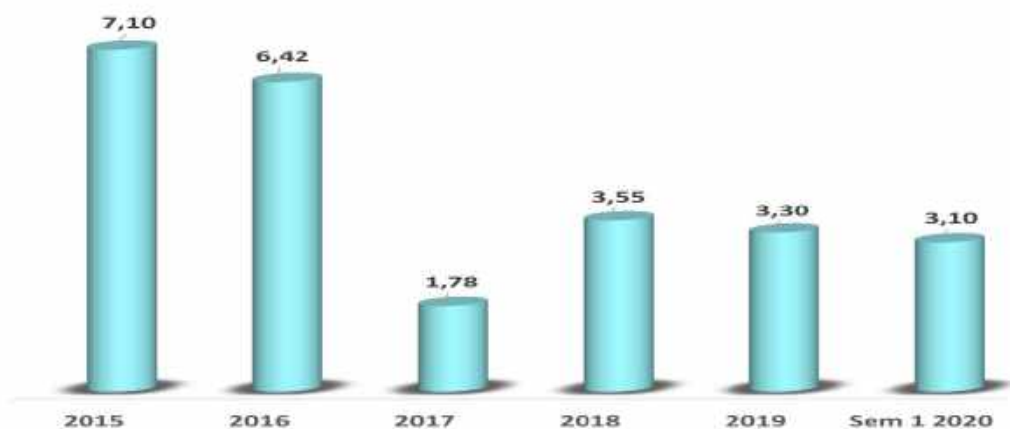
Capaian indikator efektifitas pelayanan terkait kelengkapan rekam medik 24 jam masih belum mencapai standar yaitu dengan rata-rata sebesar 90,2% dari standar 100%. Masih perlunya peningkatan kinerja dokter dalam melengkapi formulir dalam Rekam Medik, termasuk diantaranya Formulir Pengkajian awal, Formulir Laporan Tindakan dan Pengobatan, Formulir Edukasi, maupun Formulir Resume pasien pulang, masih seringkali kurang lengkap sehingga mengakibatkan kesulitan dalam pemberkasan klaim jaminan karena berkas klaim akan *di-pending* dan dikembalikan ke ruang rawat untuk dilengkapi lebih dulu.



**Gambar 2.18. Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam dan Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Sedangkan capaian indikator efektifitas pelayanan terkait pengembalian rekam medik lengkap dalam 24 jam telah sesuai dengan standar bahkan melebihi standar yaitu dengan rata-rata sebesar 94,7% yang menunjukkan 14,7% di atas standar yang hanya 80%, namun akan terus diupayakan pengembalian Rekam Medik yang tepat waktu dan dapat disertai kelengkapan pengisiannya dengan lebih lengkap.

**c) Angka Pembatalan Operasi**



**Gambar 2.19. Angka Pembatalan Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator efektifitas pelayanan terkait angka pembatalan operasi RSUP Fatmawati tahun 2015 – 2019 cenderung mengalami penurunan. Penurunan ini dapat dikarenakan adanya sistem penjadwalan operasi secara aplikasi yang



dikelola oleh bagian Manajemen Rawat jalan reguler, sehingga pasien dengan rencana operasi telah dipersiapkan untuk mengurangi angka pembatalan operasi karena kondisi pasien telah memenuhi kriteria pasien operasi, selain itu juga persiapan ruang perawatan sesuai kebutuhan pasien post operasi.

**d) Angka Kegagalan Hasil Radiologi dan Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium**



**Gambar 2.20. Angka Kegagalan Hasil Radiologi dan Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada capaian indikator efektifitas pelayanan terkait angka kegagalan hasil radiologi RSUP Fatmawati tahun 2015 – 2017 cenderung mengalami penurunan. Penurunan ini menunjukkan bahwa pelaksana teknis dalam penggunaan alat radiologi telah mengalami peningkatan keterampilan dan kompetensi. Namun, pada tahun 2018 hingga sekarang angka kegagalan hasil radiologi mengalami peningkatan. Pada semester 1 tahun 2020 kondisi tersebut disebabkan adanya kerusakan pada mesin printer sehingga film gagal cetak.

Sedangkan pada capaian indikator efektifitas pelayanan terkait angka pengulangan pemeriksaan laboratorium di RSUP Fatmawati cenderung mengalami penurunan. Penurunan ini dapat menggambarkan bahwa kapasitas keterampilan tenaga pemeriksaan laboratorium meningkat. Adapun masih terjadinya pengulangan dikarenakan tidak tepatan pengambilan sampel pada pasien, sehingga harus diulang, selain itu sampel yang telah diambil terjadi keterlambatan

pengiriman dari ruang perawatan ke laboratorium sehingga menyebabkan sampel menjadi rusak.

**e) Penulisan Resep Sesuai Formularium**



**Gambar 2.21. Penulisan Resep Sesuai Formularium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

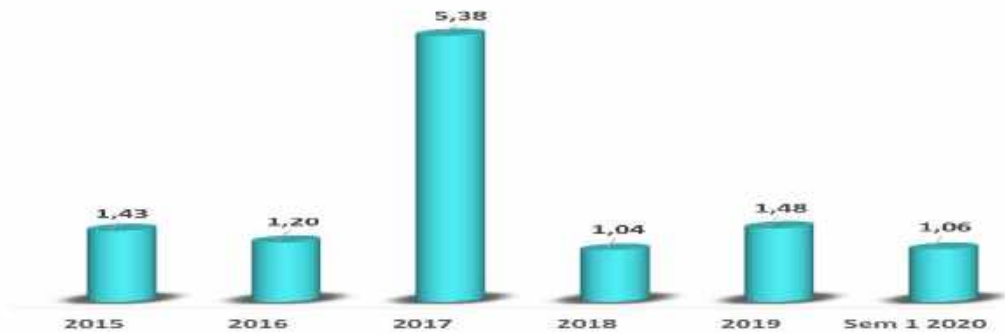
Capaian indikator efektifitas pelayanan mengenai penulisan resep sesuai formularium cenderung mengalami peningkatan. Angka ini menunjukkan peningkatan kompetensi sumber daya manusia terkait resep sesuai formularium.

**3) Pendidikan dan Pelatihan**

Indikator pada bagian pendidikan dan pelatihan meliputi indikator rata-rata jam pelatihan per karyawan, persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT, pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran dan penelitian internal yang dipublikasikan.

**a) Rata-Rata Jam Pelatihan Per Karyawan**

Tujuan indikator rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi. Capaian indikator rata-rata jam pelatihan per karyawan di RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut ini.

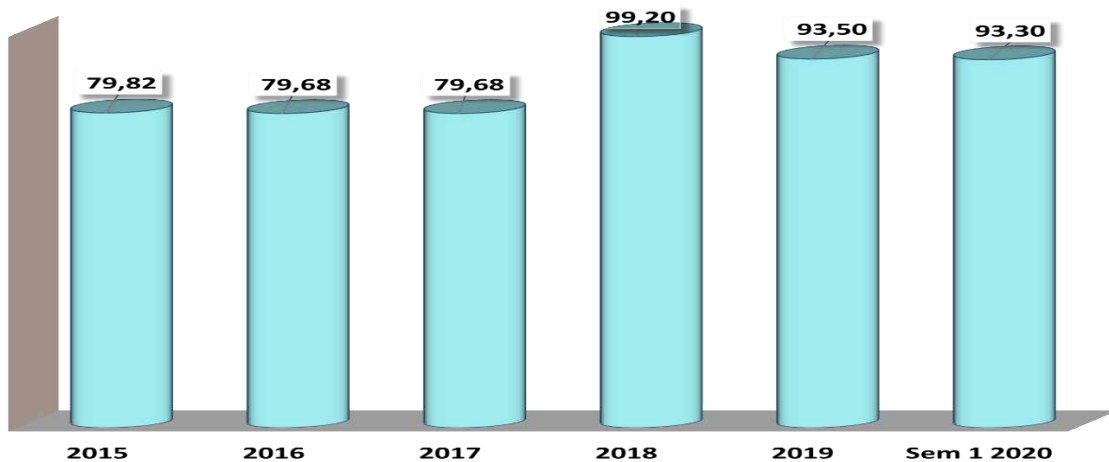


**Gambar 2.22. Rata-Rata Jam Pelatihan per Karyawan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada capaian indikator pendidikan dan pelatihan terkait rata-rata jam pelatihan per karyawan di RSUP Fatmawati cenderung dinamis, bahkan pada tahun 2017 mengalami peningkatan yang cukup tinggi. Capaian ini masih belum mencapai standar yaitu setiap karyawan mendapatkan pelatihan rata-rata 20 jam per tahun. Situasi ini disebabkan karena pelatihan-pelatihan ditiadakan. Selama ini pelatihan dilaksanakan atau diikuti oleh tenaga di rumah sakit bersifat tatap muka.

***b) Persentase Dosen Pendidik Klinis yang Mendapat TOT***

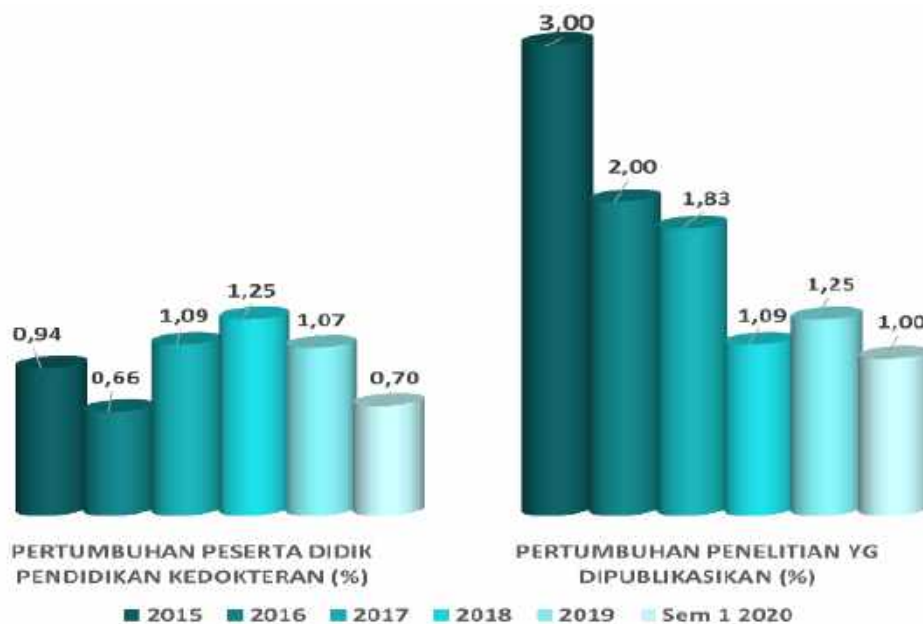
Persentase Dosen Pendidik Klinis yang mendapatkan TOT yang dimaksud adalah Jumlah persentase Dosen yang berasal dari Dokter spesialis yang mempunyai kriteria sebagai pembimbing, pendidik atau penguji telah mendapatkan TOT dan dibuktikan dengan sertifikasi pelatihan dari Fakultas Kedokteran mitra kerjanya, dalam rangka peningkatan kualitas belajar mengajar di RS Pendidikan. Capaian indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.



**Gambar 2.23. Persentase Dosen Pendidik Klinis yang Mendapat TOT RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator pendidikan dan pelatihan terkait persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT di RSUP Fatmawati cenderung mengalami peningkatan dan telah mencapai standar yaitu  $\geq 80\%$ . Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan kualitas dosen pendidik klinis dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar di RSUP Fatmawati sehingga sasaran strategis terkait kualifikasi tenaga dosen pada proses belajar mengajar telah tercapai.

**c) *Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran dan Penelitian Internal yang Dipublikasikan***



**Gambar 2.24. Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran dan Penelitian Internal yang Dipublikasikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada capaian indikator pendidikan dan pelatihan terkait pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran di RSUP Fatmawati cenderung mengalami peningkatan. Peningkatan ini menunjukkan RSUP Fatmawati diakui memiliki kualitas yang mumpuni dalam penyelenggaraan proses pendidikan kedokteran.

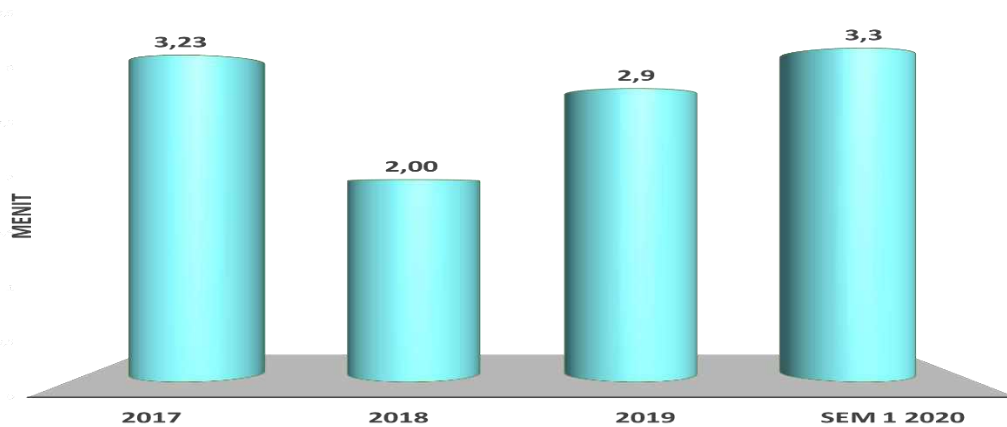
Sedangkan capaian indikator pendidikan dan pelatihan terkait pertumbuhan penelitian internal yang dipublikasikan di RSUP Fatmawati cenderung mengalami penurunan. Pada tahun 2015 capaian pertumbuhan penelitian internal yang dipublikasikan telah sesuai standar yaitu 2%. Namun, sejak tahun 2016 sampai dengan tahun 2019 capaian pertumbuhan penelitian internal yang dipublikasikan masih belum mencapai standar. Adapun standar penelitian yang dipublikasikan tahun 2016 sebesar 4%, tahun 2017 sebesar 6%, tahun 2018 sebesar 8% dan tahun 2019 sebesar 10%. Capaian pertumbuhan penelitian internal yang dipublikasikan yang belum mencapai standar menunjukkan bahwa perlu ditingkatkan minat dan kemampuan tenaga rumah sakit RSUP Fatmawati untuk melakukan penelitian dan mempublikasikan penelitian tersebut.

#### **4) Mutu Pelayanan**

Pada kinerja aspek pelayanan terkait dengan mutu pelayanan, melingkupi *ncy Respon Time Rate* (ERT), Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ), Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ), Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif (WTE), Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL), dan Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR).

##### **a. Emergency Respon Time Rate (ERT)**

*Emergency Respon Time* (ERT) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito. Pengukuran terhadap Indikator *Emergency Respon Time* (ERT) ada 2 macam, yaitu ERT ke satu (1) adalah waktu atau respon time yang dilaksanakan pada saat pasien baru datang di IGD dan harus mendapat penanganan petugas kurang dari 5 menit. Pengukuran ini selalu terlaksana < 5 menit. ERT ke dua (2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi. Capaian indikator ERT RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

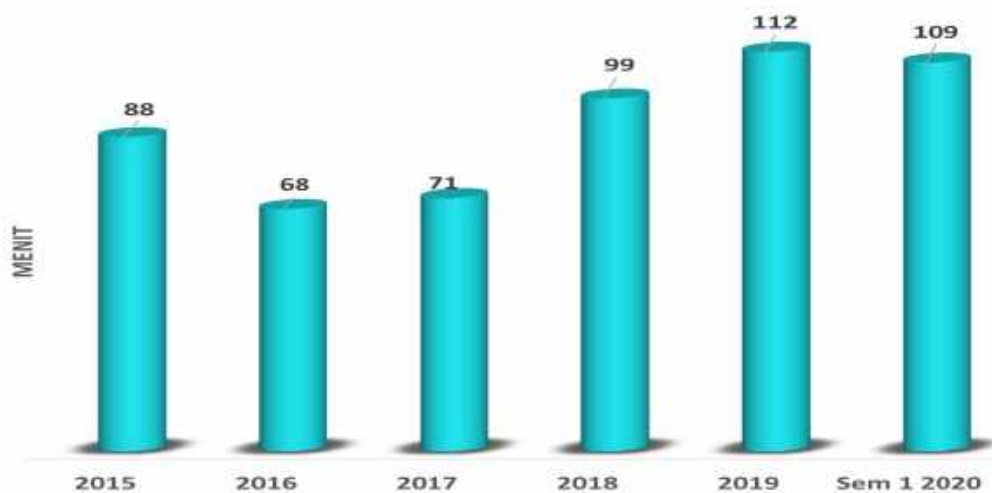


**Gambar 2.25. *Emergency Respon Time Rate (ERT)* RSUP Fatmawati Tahun 2017 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada gambar di atas, capaian indikator ERT RSUP Fatmawati cenderung mengalami penurunan, yang berarti waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi tidak berlangsung lama, yaitu dengan rata-rata 2 menit per pasien. Pada semester 1 tahun 2020 ERT meningkat lebih lama waktu pelayanannya karena pada masa pandemi Covid-19 dilakukan skrining tambahan terkait Covid-19 seperti skrining suhu dan anamnesa tambahan berupa pertanyaan terkait kontak langsung dan daerah transmisi lokal.

***b. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)***

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter. Capaian indikator WTRJ RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

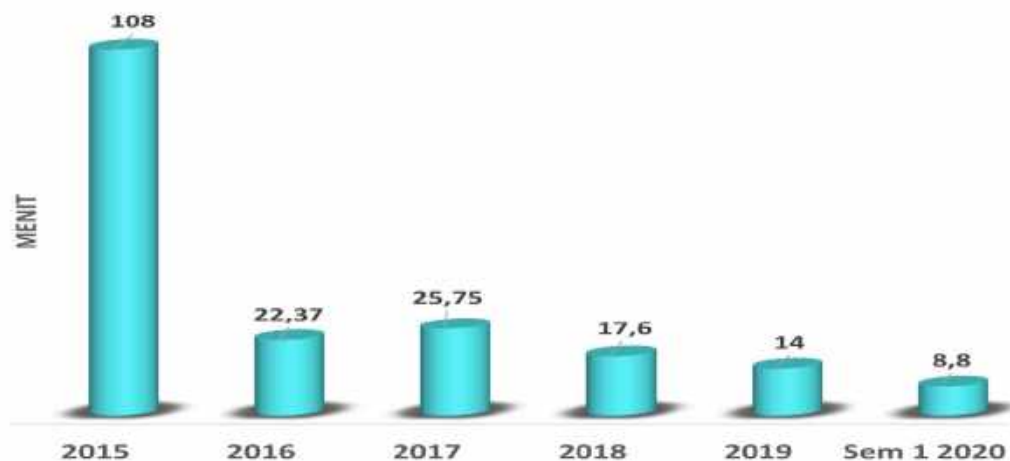


**Gambar 2.26. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada gambar 2.26, ditunjukkan capaian indikator mutu pelayanan terkait dengan Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) cenderung mengalami peningkatan mulai tahun 2018. Namun, hingga semester 1 tahun 2020 RSUP Fatmawati telah sesuai standar dalam indikator mutu pelayanan terkait dengan WTRJ yaitu  $\leq 120$  menit.

**c. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)**

Definisi operasional dari Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ) adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan. Capaian indikator WTOJ RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

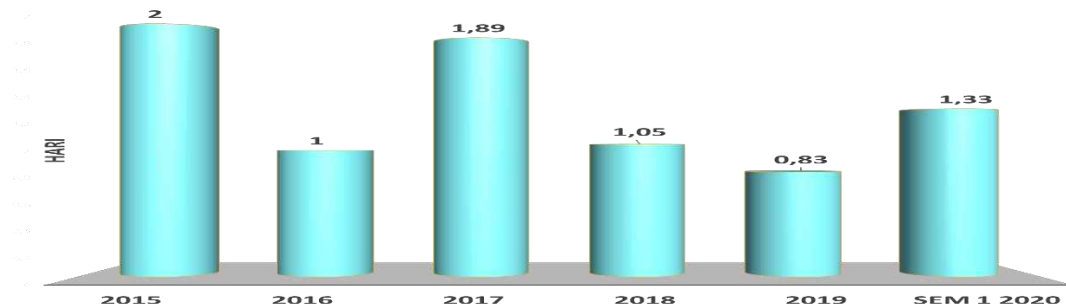


**Gambar 2.27. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada gambar di atas, capaian indikator mutu pelayanan terkait dengan Waktu Tunggu Obat Jadi (WTOJ) pada tahun 2015 masih jauh dibawah standar, yaitu melebihi 30 menit. Namun sejak tahun 2016 sampai dengan tahun 2019, capaian indicator WTOJ cenderung mengalami penurunan dan telah sesuai standar yaitu  $\leq 30$  menit. Bahkan pada semester 1 tahun 2020, waktu tunggu tersebut semakin cepat. Capaian ini menunjukkan rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan RSUP Fatmawati sudah baik.

#### **d. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif (WTE)**

Definisi operasional dari Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif (WTE) adalah rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan. Capaian indikator WTE RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

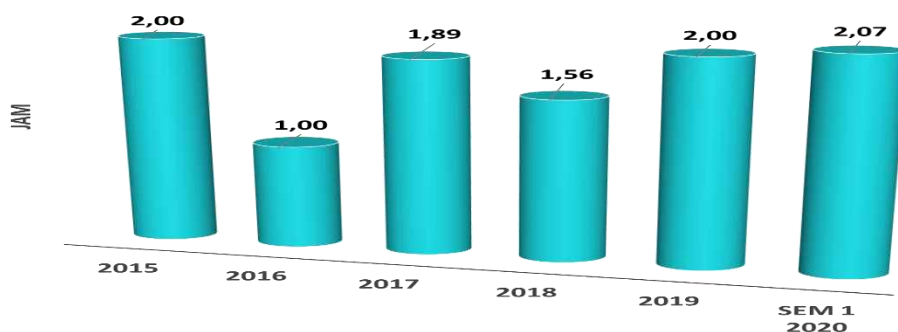


**Gambar 2.28. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada gambar di atas, capaian indikator Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif (WTE) cenderung dinamis. Namun, walaupun capaian ini dinamis, telah sesuai standar, yaitu  $\leq 48$  jam. Hal ini menggambarkan bahwa kecepatan pelayanan bedah dalam penjadwalan operasi di RSUP Fatmawati telah berjalan baik.

#### **e. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)**

Definisi operasional dari Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL) adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dilanjutkan dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang telah di ekspertise dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik. Capaian indikator WTPL RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.



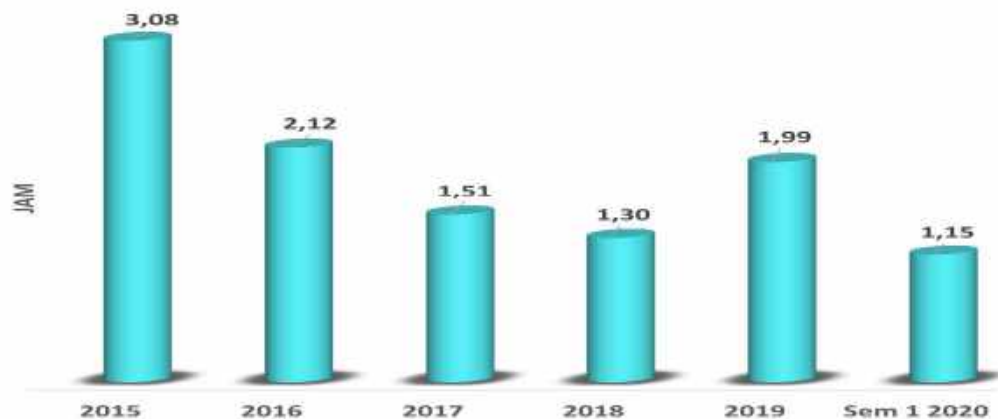
**Gambar 2.29. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**



Pada gambar 2.29., capaian indikator mutu pelayanan terkait dengan Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL) RSUP Fatmawati cenderung stabil dan telah sesuai dengan standar yaitu  $\leq 2$  jam. Walaupun pada semester 1 tahun 2020 sedikit lebih lama dari 2 jam. Ada penugasan pemeriksaan swab terkait Covid-19 untuk pasien di seluruh ruangan rawat inap, dan seluruh tenaga yang memberi pelayanan di poli ISPA dan IGD sehingga menyebabkan pelayanan laboratorium menjadi lebih lama.

**f. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)**

Definisi operasional dari Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang telah di ekspertise dan divalidasi dokter spesialis radiologi. Capaian indikator WTPR RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.



**Gambar 2.30. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

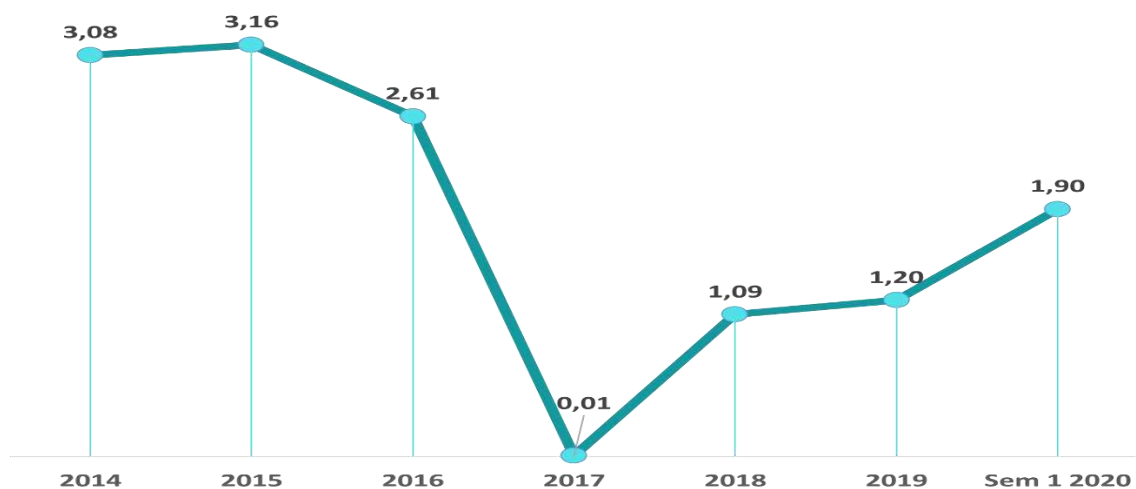
Pada gambar di atas, capaian indikator mutu pelayanan terkait dengan Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL) RSUP Fatmawati cenderung stabil dan telah sesuai dengan standar yaitu  $\leq 2$  jam. Capaian ini menggambarkan bahwa kecepatan pelayanan laboratorium di RSUP Fatmawati telah sesuai standar. Sedangkan capaian indikator Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) cenderung dinamis namun telah sesuai standar yaitu  $\leq 3$  jam. Capaian ini menunjukkan bahwa di RSUP Fatmawati kecepatan pelayanan radiologi telah mencapai nilai skor 100.

## 5) Mutu Klinik

Pada kinerja aspek pelayanan terkait dengan mutu klinik, melingkupi angka kematian gawat darurat, angka kematian  $\geq 48$  jam, *post operative death rate*, angka infeksi luka operasi, angka infeksi jarum infus/phlebitis dan angka infeksi saluran kemih.

### a) Angka Kematian Gawat Darurat

Angka Kematian Gawat Darurat adalah angka kematian pasien yang terjadi dalam periode  $\leq 8$  jam sejak pasien datang ke instalasi gawat darurat. Capaian indikator Angka Kematian Gawat Darurat RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

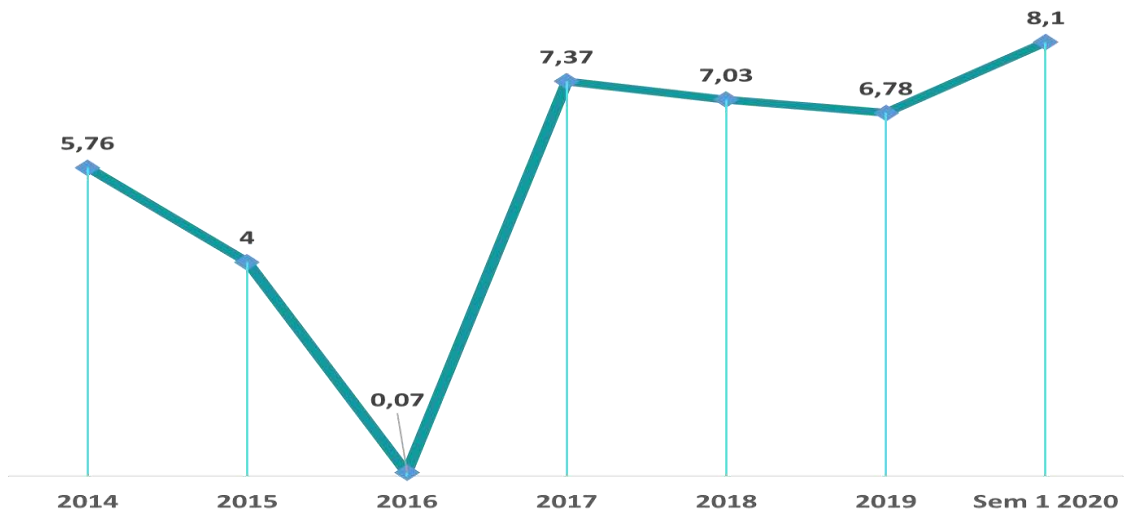


**Gambar 2.31. Angka Kematian Gawat Darurat RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator mutu klinik terkait Angka Kematian Gawat Darurat sejak tahun 2017 sampai semester 1 tahun 2019 cenderung mengalami penurunan dan telah sesuai dengan standar yaitu  $\leq 2,5\%$ . Hal ini menunjukkan bahwa di RSUP Fatmawati telah terselenggara pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di instalasi gawat darurat.

### b) Angka Kematian $\geq 48$ Jam

Definisi operasional dari Angka Kematian  $\geq 48$  jam adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit. Capaian indikator Angka Kematian  $\geq 48$  jam RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

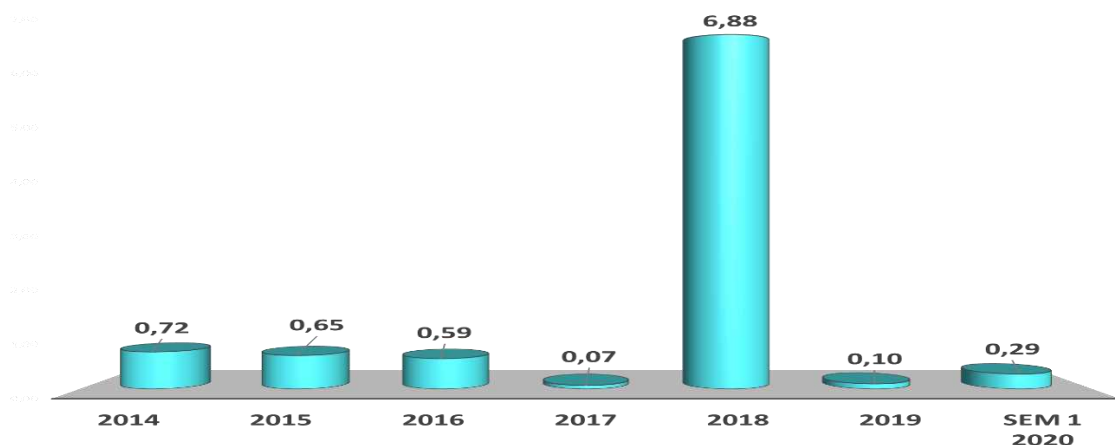


**Gambar 2.32. Angka Kematian ≥ 48 Jam RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada capaian indikator mutu klinik terkait angka kematian  $\geq 48$  jam cenderung mengalami penurunan pada 5 tahun terakhir. Namun, angka ini menunjukkan peningkatan pada semester 1 tahun 2020. Walaupun demikian, angka indikator ini masih sesuai standar yaitu  $\leq 24$  ‰. Hal ini menggambarkan bahwa di RSUP Fatmawati telah terselenggara pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan.

**c) *Post Operative Death Rate***

*Post Operative Death Rate* adalah suatu kematian yang terjadi dalam  $< 10$  hari sesudah operasi. Capaian indikator *Post Operative Death Rate* RSUP Fatmawati ditunjukkan pada gambar berikut.

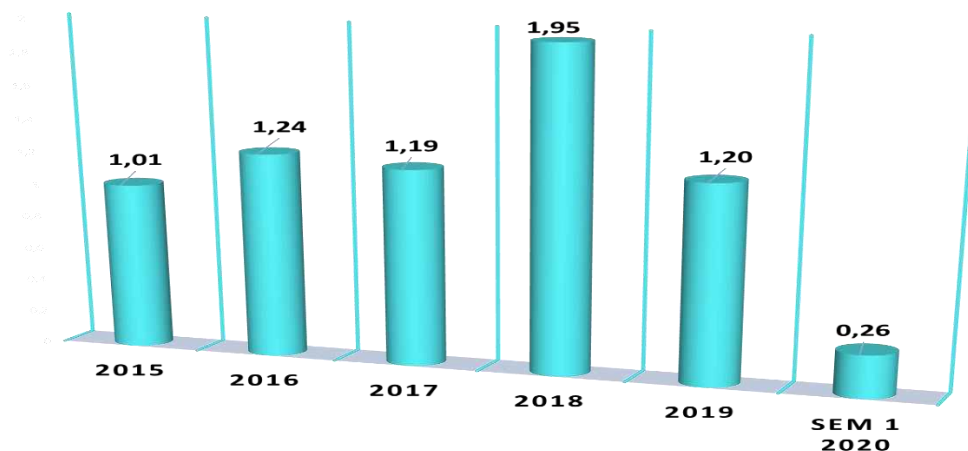


**Gambar 2.33. *Post Operative Death Rate* RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator mutu klinik terkait *Post Operative Death Rate* cenderung stabil, dan masih sesuai standar 1%. Walaupun pada tahun 2018 terjadi lonjakan yang cukup tinggi yaitu sebesar 6,88%. Sedangkan hasil perhitungan Post Operative Death Rate sampai dengan semester I tahun 2020 adalah 0.29%, jumlahnya meningkat jika dibandingkan dengan Post Operative Death Rate pada semester I tahun 2019. Namun demikian, capaian indikator yang dibawah 1% menunjukkan bahwa di RSUP Fatmawati telah terselenggara sistem pelayanan paska operasi berbasis mutu dan keselamatan pasien.

#### **d) Angka Infeksi Luka Operasi**

Infeksi Luka Operasi (ILO) merupakan infeksi yang terjadi ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain atau lingkungan masuk kedalam insisi yang terjadi dalam waktu 30 hari dan jika ada implant terjadi 1 (satu) tahun paska operasi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, nyeri dan rasa panas.

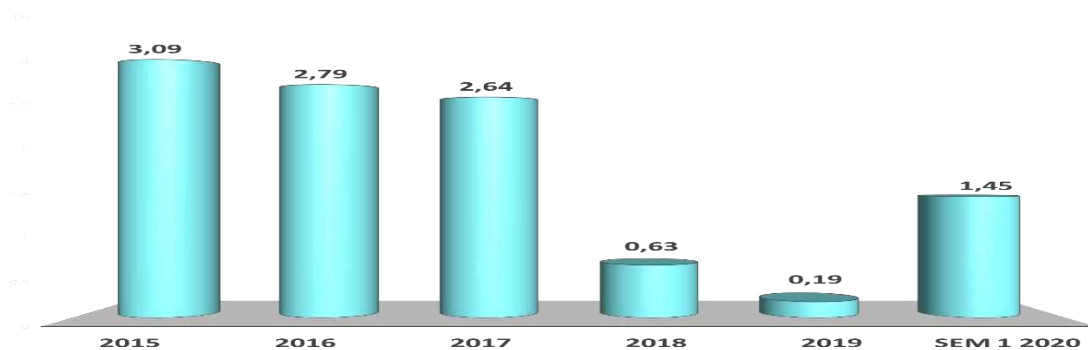


**Gambar 2.34. Angka Infeksi Luka Operasi RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pada capaian indikator mutu klinik terkait angka infeksi luka operasi cenderung cukup stabil dengan rata-rata sebesar 1,31% sejak tahun 2015 sampai dengan 2019. Namun pada tahun 2019 mengalami penurunan yang cukup signifikan yaitu menjadi 1,20%. Sedangkan pada semester 1 tahun 2020, angka infeksi luka operasi mencapai 0,26% atau lebih tinggi jika dibandingkan capaian semester 1 tahun 2019. Walaupun dalam pelaksanaan protocol kesehatan dalam masa pandemi Covid-19, upaya penerapan standar keselamatan pada pasien yang dirawat dan pemantauan serta evaluasi tetap harus ditingkatkan.

### ***e) Angka Infeksi Jarum Infus/Phlebitis***

Infeksi Jarum Infus/Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena.



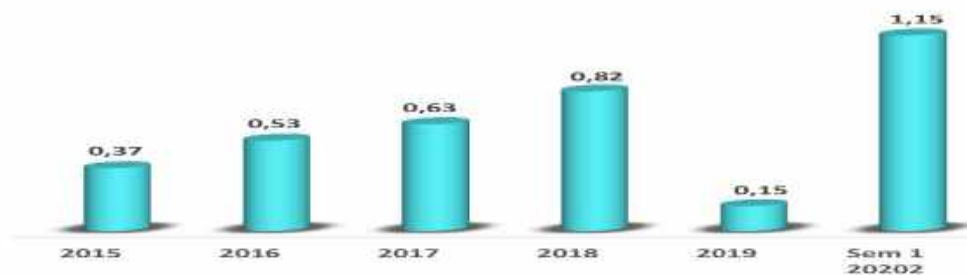
**Gambar 2.35. Angka Infeksi Jarum Infus/Phlebitis RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Capaian indikator mutu klinik terkait angka infeksi jarum infus/phlebitis cenderung stabil dengan rentang angka 2 – 3%. Capaian ini telah sesuai standar yaitu  $\leq 5\%$ . Pada masa pandemi Covid-19 pun, RSUP Fatmawati mampu mempertahankan capaian yang baik untuk indikator ini. Hal ini menggambarkan bahwa di RSUP Fatmawati telah terwujud penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

### ***f) Angka Infeksi Saluran Kemih***

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam. Kriteria Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah sebagai berikut:

- A. Gejala dan Tanda: Umum: demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik  
Usia < 1 tahun: demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah
- B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)
- C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus
- D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur
- E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK
- F. Terapi dokter sesuai ISK



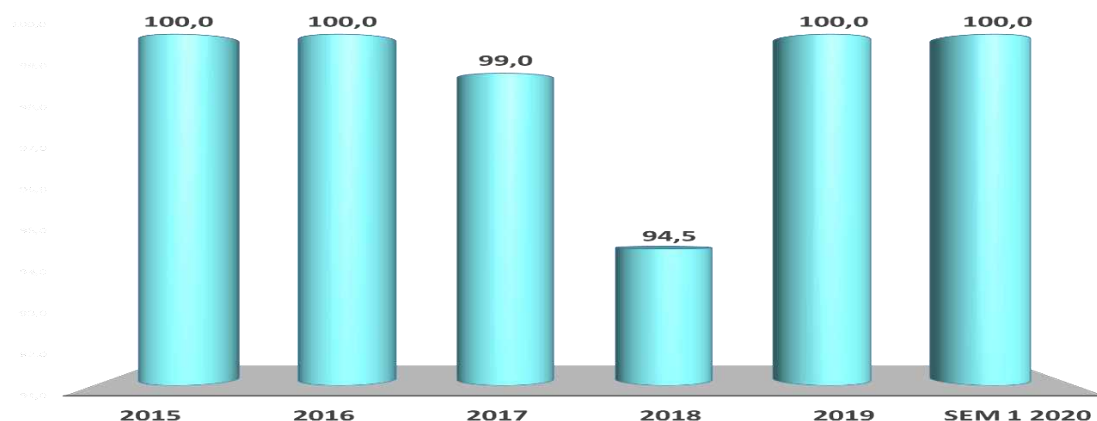
**Gambar 2.36. Angka Infeksi Saluran Kemih RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Angka infeksi saluran kemih adalah angka infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam. Pada capaian indikator mutu klinik terkait angka infeksi saluran kemih cenderung stabil dan walaupun pada tahun 2018 terjadi peningkatan dengan angka sebesar 2‰, namun capaian ini telah sesuai standar yaitu  $\leq 4.7\%$ . Hal ini menggambarkan bahwa dalam periode waktu tersebut di RSUP Fatmawati telah terselenggara sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit. Namun pada semester 1 tahun 2020, terjadi peningkatan angka kejadian infeksi saluran kemih hingga mencapai 1,15. Hal ini tentu harus menjadi perhatian bagi rumah sakit.

## 6) Kepuasan Pelanggan

Pada capaian indikator kinerja aspek pelayanan terkait dengan kepuasan pelanggan melingkupi penanganan pengaduan/komplain, dan indeks kepuasan pelanggan.

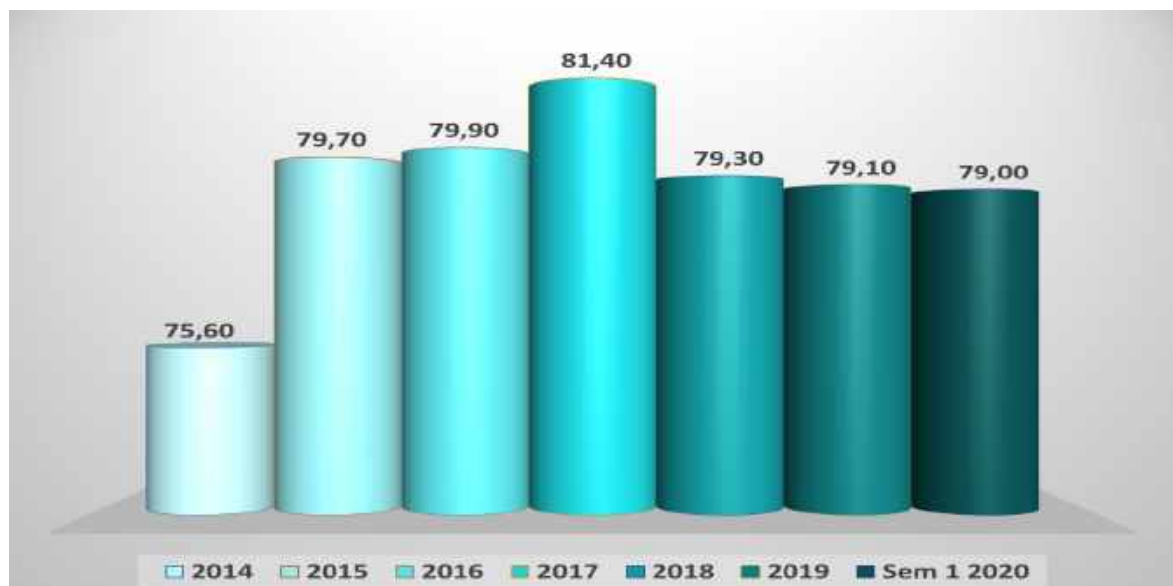
### a) Penanganan Pengaduan/Komplain



**Gambar 2.37. Penanganan Pengaduan/Komplain RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Pengaduan yang disampaikan oleh pelanggan melalui media sosial, kotak saran, telepon atau langsung ke humas. Pengaduan yang sering terjadi adalah pengaduan yang berkaitan dengan perilaku dan komunikasi petugas. Dari tahun 2015 sampai tahun 2019 terjadi penurunan angka pengaduan. Adapun angka pengaduan yang masuk sejak tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 adalah sebanyak 461 pengaduan pada tahun 2015, 323 pengaduan pada tahun 2016, 235 pengaduan pada tahun 2017, 270 pengaduan pada tahun 2018 dan 40 pengaduan pada tahun 2019. Penanganan pengaduan yang telah dilaksanakan oleh pihak RSUP Fatmawati setiap tahunnya sudah baik, termasuk selama masa pandemi Covid-19.

### ***b) Indeks Kepuasan Pelanggan***



**Gambar 2.38. Indeks Kepuasan Pelanggan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

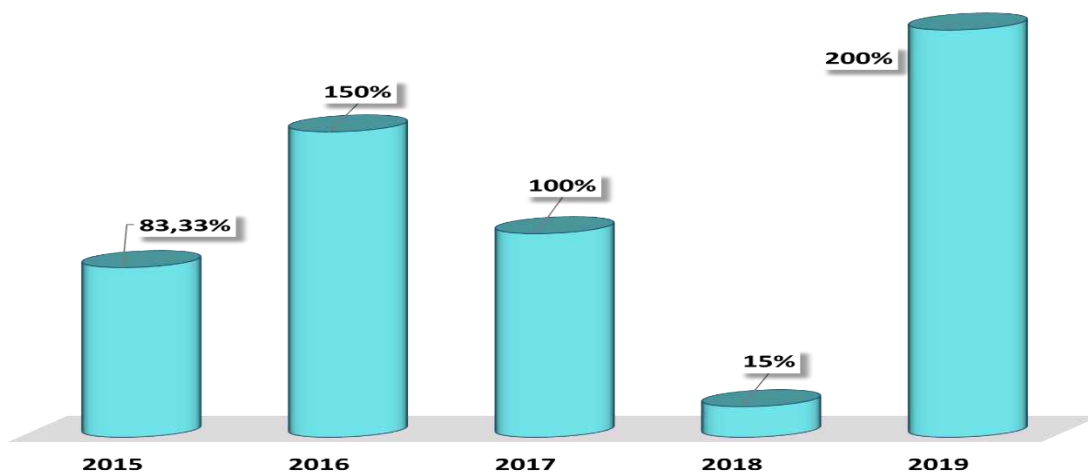
Metode survei kepuasan pelanggan menggunakan PerMenPan RB nomor 16 tahun 2014 dengan 9 unsur penilaian. Jumlah responden pelanggan 750 s/d 1000 responden. Responden Survei diambil dari masing-masing satuan kerja. Dari tahun 2015 sampai tahun 2017 ada peningkatan kepuasan pelanggan, akan tetapi pada tahun 2019 menurun sedikit menjadi 79,10. Pada semester 1 Tahun 2020, indeks kepuasan pelanggan berada pada angka 79,00.

## 7) Kepedulian kepada Masyarakat

Pada capaian indikator kinerja aspek pelayanan terkait dengan kepedulian kepada masyarakat melingkupi Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lainnya, Penyuluhan Kesehatan, Rasio Tempat Tidur Kelas 3 dan Kebersihan Lingkungan (Program Pengelolaan Lingkungan).

### a) Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lainnya

Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lain dilakukan untuk meningkatkan promosi kesehatan dan penyehatan masyarakat dan untuk meningkatkan pencegahan dan pengelolaan faktor risiko penyakit serta kedaruratan kesmas sesuai dengan sasaran strategis renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan kesehatan semesta yang bermutu, meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat serta terwujudnya masyarakat sehat dan bugar melalui pemberdayaan masyarakat dan pengarusutamaan kesehatan. RSUP Fatmawati melakukan kegiatan ke Puskesmas, Posyandu maupun Posbindu secara rutin setiap tahun sesuai dengan program yang telah disepakati.



**Gambar 2.39. Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lainnya oleh RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019**

Dari gambar di atas nampak adanya peningkatan pencapaian sejak tahun 2015 hingga tahun 2019. Pencapaian paling rendah terjadi pada tahun 2018 dikarenakan tingginya target yang ditetapkan dalam KPI satker. Penetapan target didasarkan pada realisasi kegiatan tahun 2015 dimana pada tahun tersebut

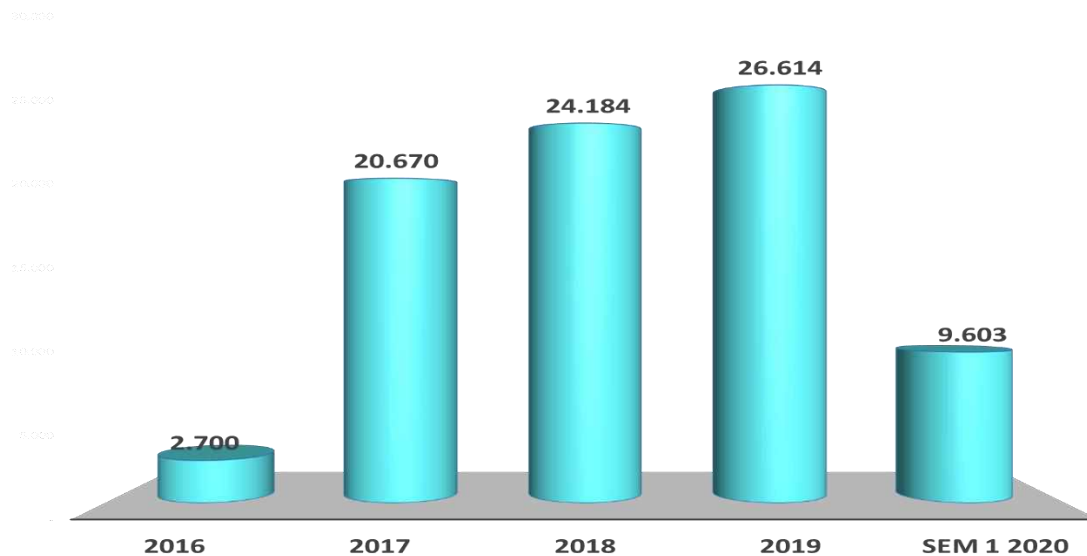


terlaksana 10 kegiatan dalam satu tahun, sehingga ditetapkan target tahun 2018 adalah sebanyak 40 kegiatan. Kendala yang dialami adalah bahwa kegiatan ini melibatkan instansi lain di luar rumah sakit sehingga pelaksanaan lebih menyesuaikan dengan kesediaan dan kesiapan dari pihak luar rumah sakit. Mengevaluasi hasil pencapaian pada tahun 2018 maka ditetapkan target tahun 2019 diturunkan kembali menjadi 4 kegiatan dalam satu tahun seperti pada tahun 2016 dan tahun 2017 dengan harapan agar dapat tercapai target pelaksanaan kegiatan.

Pada semester 1 tahun 2020, kegiatan ini dapat dilaksanakan oleh RSUP Fatmawati walaupun selama masa pandemi Covid-19 hampir semua fasilitas kesehatan termasuk puskesmas dan sarana kesehatan lain fokus menghadapi permasalahan akibat pandemi Covid-19. Kegiatan ini dilakukan secara daring oleh RSUP Fatmawati.

#### ***b) Penyuluhan Kesehatan***

Penyuluhan Kesehatan/ PKMRS di RSUP Fatmawati disebut dengan PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit). PKRS dilaksanakan pada ruang-ruang tunggu poliklinik rawat jalan, ruang tunggu rawat inap, ruang tunggu penunjang dan lain-lain. Kegiatan PKRS berupa penyuluhan kesehatan dengan materi penyuluhan didasarkan pada 10 besar penyakit tingkat rumah sakit, 10 besar penyakit KSM maupun penyakit-penyakit terkait data demografi RS. Data demografi RSUP Fatmawati tahun 2018 menunjukkan bahwa pasien terbanyak berdasarkan usia adalah dewasa, sedangkan berdasarkan jenis kelamin adalah perempuan, sehingga di tahun 2019 materi penyuluhan kesehatan lebih banyak mengangkat isu-isu kesehatan terkait perempuan dan dewasa, misalnya tema tentang endometriosis, yang merupakan salah satu layanan unggulan yang dikembangkan RSUP Fatmawati. Tema lain yang diangkat juga adalah tentang obesitas, penyakit-penyakit geriatri dan lain sebagainya. Selain tentang penyakit atau isu kesehatan, materi PKRS juga diisi dengan materi sosialisasi tentang hak dan kewajiban pasien. Hal ini mengacu pada standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit.



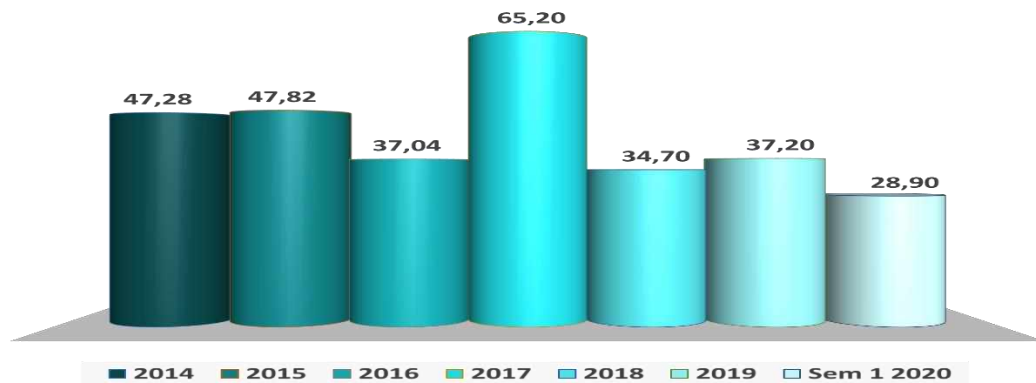
**Gambar 2.40. Penyuluhan Kesehatan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Gambar diatas menunjukkan adanya penurunan pencapaian sejak tahun 2015 hingga tahun 2019. Capaian paling rendah adalah di tahun 2018 karena target cukup tinggi sebesar 215. Berdasarkan data tersebut maka pada tahun 2019 kegiatan PKRS ditargetkan 4 kali seminggu sehingga targetnya menjadi 192 dalam periode 1 tahun. Pertimbangan tersebut didasarkan pada bahwa dalam 5 hari kerja 1 hari dialokasikan untuk kegiatan eksternal, seperti ke Puskesmas, Posyandu, posbindu maupun penyuluhan kesehatan ke sekolah-sekolah.

Adapun penyebab ketidaktercapaian target adalah karena hal-hal sebagai berikut: narasumber berhalangan hadir, ketidaksiapan ruang tempat penyuluhan terkait faktor minimnya jumlah peserta penyuluhan sehingga dipertimbangkan untuk menunda kegiatan, ada kegiatan lain yang lebih besar bertepatan dengan jadwal pelaksanaan kegiatan PKRS, maupun sedang banyaknya beban kerja utama yang harus diprioritaskan, misalnya narasumber perawat yang sedang berdinas dan saat dinas banyak pasien baru.

Sedangkan pada semester 1 tahun 2020, penyuluhan kesehatan tetap dilaksanakan dengan topik yang mendominasi adalah terkait Covid-19. Namun, kegiatan yang bersifat kegiatan eksternal sangat dibatasi dengan pertimbangan meminimalkan pertemuan tatap muka dan adanya kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar di Jakarta.

### c) Rasio Tempat Tidur Kelas 3



**Gambar 2.41. Rasio Tempat Tidur Kelas 3 RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Dari gambar di atas terlihat bahwa terjadi trend penurunan rasio tempat tidur kelas III sejak tahun 2015 hingga 2019. Hal ini dikarenakan adanya alih fungsi dan perubahan kapasitas tempat tidur operasional berdasarkan pengembangan pelayanan. Pada tahun 2015 adanya renovasi Gedung Rawat Inap Teratai untuk standarisasi ruang perawatan yang mengakibatkan pemindahan beberapa ruang rawat. Lalu pada tahun 2016, untuk mengantisipasi stagnasi IGD pasien observasi yang lebih dari 8 jam diberlakukan sebagai pasien rawat inap untuk kemudian dialihkan ke ruang rawat Boarding. Penutupan kapasitas tempat tidur bayi sehat di Gedung Teratai guna optimalisasi perawatan *rooming in*. Kemudian, tahun 2017, perubahan kapasitas tempat tidur operasional dilakukan dalam rangka optimalisasi ruang perawatan kelas I di Lantai 5 Gedung Prof. Dr. Soelarto untuk pasien bedah dan bedah orthopedi, baik pasien tunai, asuransi maupun BPJS, dengan lama hari perawatan kurang dari 7 hari. Selanjutnya pada tahun 2018, perubahan kapasitas TT berdasarkan rekomendasi KPPI, untuk mencegah penularan penyakit standar jarak 1 tempat tidur dengan tempat tidur lainnya minimal 1 meter, sehingga beberapa ruang rawat di Instalasi Teratai berkurang kapasitasnya. *Boarding B* di IGD kelas 3 berubah menjadi ruang khusus karena memiliki peralatan setara HCU. Hingga pada tahun 2019 dibukanya pelayanan Kardio Vaskular Intervensi di Lantai 2 Bougenville sehingga perlu adanya penambahan kapasitas TT di HCU bedah untuk pasien post tindakan intervensi.

Sedangkan pada semester 1 tahun 2020, terjadi penurunan rasio tempat tidur kelas III. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kebutuhan perawatan ruangan khusus saat pandemi Covid-19 termasuk penambahan ruang perawatan isolasi untuk pasien Covid-19 di RSUP Fatmawati sehingga dilakukan penyesuaian jumlah tempat tidur. Selain itu, untuk menjaga jarak pasien dalam ruang rawat untuk meminimalkan penularan Covid-19, maka juga dilakukan penyesuaian jumlah tempat tidur dalam ruang rawat inap terutama pada kelas III.

**d) Kebersihan Lingkungan**

**Tabel 2.1. Program Pengelolaan Lingkungan RSUP Fatmawati Tahun 2013 – Semester 1 Tahun 2020**

No. Jenis Penghargaan & Tahun	Peringkat
<b>A. PROPER</b>	
2013 – 2014	Biru
2014 – 2015	Biru
2015 – 2016	Biru
2019 – Sem 1 2020	Biru
<b>B. PROPERDA</b>	
2016 – 2017	Ketaatan Program Peringkat Kinerja Lingkungan
2017 – 2018	Ketaatan Program Peringkat Kinerja Lingkungan
<b>C. Green Hospital</b>	
2016	Juara III
2017	Juara II
2018	Juara I

Adapun program pengelolaah lingkungan RSUP Fatmawati yang terselenggara adalah sebagai berikut:

**❖ Gerakan Rumah sakit Berseri**

Rumah Sakit menurut UU Nomor 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Oleh karena itu Rumah Sakit bukan hanya melayani pasien dengan cara pengobatan (kuratif dan rehabilitatif) tetapi juga harus melayani masyarakat dengan cara menjaga

lingkungan tempat Rumah Sakit itu berada supaya bersih dan bebas dari sumber penyakit (promotif dan preventif).

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1204 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, sebagai sarana pelayanan kesehatan rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, sehingga dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Untuk menghindari risiko pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan maka penyelenggaraan kesehatan lingkungan Rumah Sakit harus sesuai dengan persyaratan kesehatan dan kebersihan. Kebersihan Rumah Sakit adalah suatu keadaan atau kondisi yang bebas dari bahaya dan risiko minimal untuk terjadinya infeksi silang.

Kebutuhan lingkungan rumah sakit yang bersih yang terbebas dari pengotoran sampah, air limbah, tercukupinya ketersediaan air bersih, bebas serangga dan binatang pengganggu serta cara pemeliharaan yang tepat untuk tetap bisa mempertahankan mutu kebersihan menjadi tuntutan global. Rumah sakit yang kotor tidak hanya membuat pasien, pengunjung dan karyawan menjadi tidak nyaman, karena menyadari akan menjadi semacam terminal segala sumber penyakit, juga akan menurunkan citra sekaligus mutu pelayanan. Untuk Itu RSUP Fatmawati selalu berupaya untuk menjaga agar lingkungan selalu dalam keadaan bersih indah sehat dan nyaman untuk semua kalangan. Bukti dari hasil dari kerja keras dalam menjalankan Program Rumah sakit Berseri, RSUP Fatmawati telah mendapatkan piagam maupun penghargaan antara lain:

➤ PROPER

PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/ atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/ atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah B3, Proper merupakan kegiatan pengawasan dan program pemberian insentif (penghargaan proper) dan/atau disinsentif kepada penanggung jawab usaha dan/ atau kegiatan. Adapun peringkat PROPER adalah Hitam dan Merah (Tidak Taat) Biru (Taat) Hijau dan Emas (Lebih Taat). RSUP Fatmawati mendapatkan Peringkat:

(a) PROPER KLHK

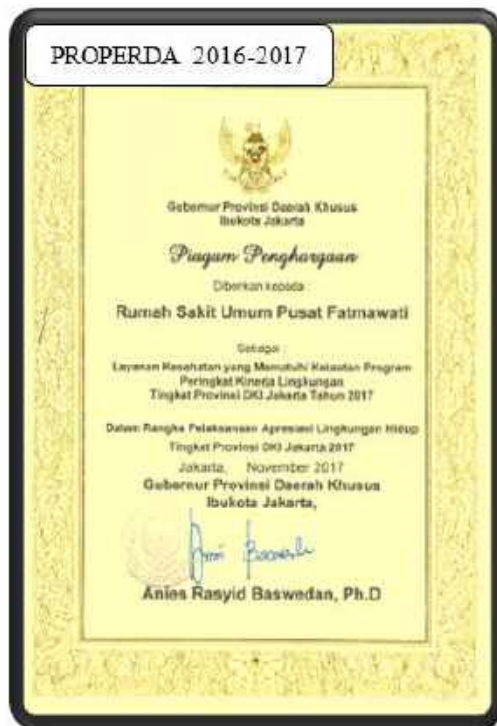
- ✓ Periode 2013-2014 Predikat BIRU
- ✓ Periode 2014-2015 Predikat BIRU
- ✓ Periode 2015-2016 Predikat BIRU



**Gambar 2.42. Piagam PROPER RSUP Fatmawati Tahun 2013 – 2018**

(b) PROPERDA Prov. DKI Jakarta

- ✓ Periode 2016-2017 Predikat Layanan Kesehatan yang mematuhi Ketaatan Program Peringkat Kinerja Lingkungan
- ✓ Periode 2017-2018 Predikat Layanan Kesehatan yang mematuhi Ketaatan Program Peringkat Kinerja Lingkungan



**Gambar 2.43. Piagam PROPERDA RSUP Fatmawati Tahun 2013 – 2018**

➤ *Lomba\_Green Hospital*

Program tersebut dilakukan untuk memotivasi para pelaku RS menerapkan program *green hospital* baik pemerintah dan swasta, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan lomba *green hospital* yang mengacu pada beberapa panduan yang telah dikeluarkan oleh WHO (*Global Green and Healthy Hospital goals*), *Green Building Council Indonesia (Green Building tools for existing building)*, penilaian Proper RS dan Permen PU No. 2 tahun 2015 tentang Bangunan Gedung Hijau.

Adapun metode penilaiannya adalah: Penilaian mengacu pada instrument *self assesment* yang disusun oleh tim penilai. Penilaian tahap pertama dilakukan

pada dokumen *self assessment* yang masuk. Penilaian tahap ini mengecek keterpenuhan jawaban dan kelengkapan dokumen pendukung. Tim Penilai akan membuat daftar 6 (enam) RS terbaik dari dokumen self assement yang masuk baik dari email atau website. Penilaian tahap kedua dilakukan verifikasi hasil *self assement* di lokasi RS melalui kunjungan lapangan tim penilai. Verifikasi lapangan dilakukan kepada 6 (enam) rumah sakit terbaik. Peringkat pemenang akan diumumkan 3 (tiga) pemenang utama.

RSUP Fatmawati secara berkeninambungan selalu mendapatkan penghargaan sebagai berikut:

1. Tahun 2016 Mendapatkan Peringkat 3
2. Tahun 2017 Mendapatkan Peringkat 2
3. Tahun 2018 Mendapatkan Peringkat 1

Setelah mendapat Peringkat 1 peserta tidak diikuti lagi dalam penilaian *Green Hospital* Selama 2 periode.



**Gambar 2.44. Piagam *Green Hospital* RSUP Fatmawati Tahun 2016 – 2018**

#### ❖ ***Kegiatan Jumat Bersih***

RSUP Fatmawati tetap melakukan upaya-upaya rutin kebersihan fisik, survei jentik, penanganan sampah (menyediakan kantong plastik sesuai dengan jenis limbah yang dihasilkan), dan juga melakukan upaya gerakan jumat bersih, hal ini sesuai dengan surat edaran dari Direktur Utama untuk melakukan gerakan jumat bersih di masing-masing satuan kerja.



### ❖ **Program Minimisasi Limbah Padat**

Dalam rangka efisiensi dan pemanfaatan limbah di rumah sakit maka sanitasi melakukan program minimisasi limbah baik limbah medis non infeksius maupun limbah domestik (non medis)

#### (a) Limbah Medis Non Infeksius

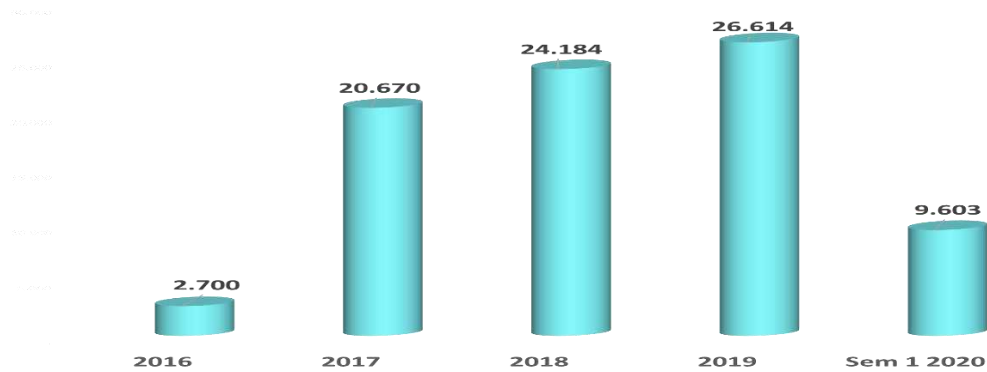
Mulai bulan September 2016 dilakukan minimisasi pada limbah medis non infeksius yaitu limbah medis yang tidak terkontaminasi cairan tubuh pasien antara lain: Botol Infus plastik / plabot, jerigen dan botol bekas handrub. Proses pemilahan dilakukan di awal sumber penghasil limbah, untuk limbah non infeksius di masukkan dalam wadah dengan kantong plastik warna putih / bening, dan botol bekas handrub dalam plastik warna cokelat.

Limbah tersebut dikirim ke TPS daur ulang, di proses dengan cara di potong sehingga merubah bentuk dan fungsi, lalu di rendam dalam cairan desinfektan (seperti yang ditunjukkan pada gambar di bawah), dirapihkan dan di angkut oleh perusahaan daur ulang, (PT. TIMDIS).



**Gambar 2.45. TPS dan Proses Daur Ulang RSUP Fatmawati**

Daur ulang limbah dapat memberikan dampak yang positif bagi pihak Rumah Sakit dalam rangka ikut mensukseskan penghematan sumber daya alam (hemat energi) dan *Go Green* (Daur Ulang) serta mempunyai nilai tambah bagi rumah sakit, berikut adalah gambar yang menunjukkan jumlah limbah medis non infeksius yang didaur ulang sendiri oleh pihak RSUP Fatmawati.

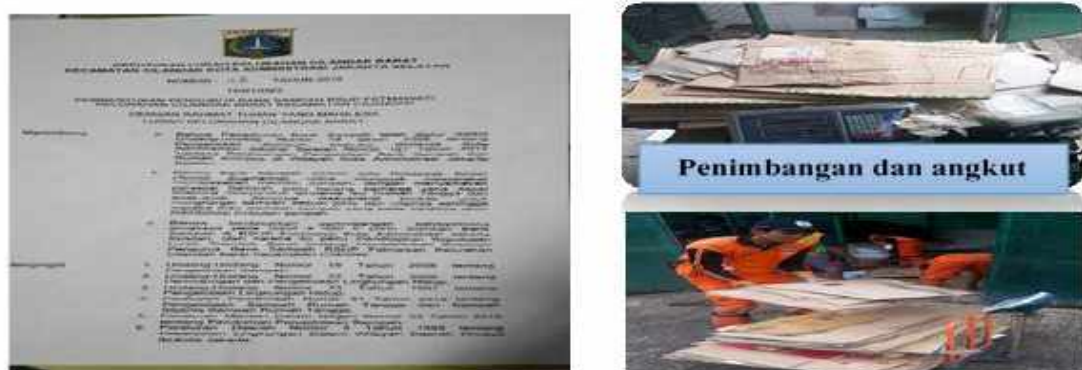


**Gambar 2.46. Limbah Medis Non Infeksius yang di Daur Ulang (kg) RSUP Fatmawati Tahun 2016 – Semester 1 Tahun 2020**

(b) Limbah Domestik / Non Medis non Organik

Awal Tahun 2018 RSUP Fatmawati melalui IPSSRS melaksanakan Program Bank Sampah, yaitu sampah domestik yang mempunyai nilai ekonomi di kumpulkan oleh penghasil di setiap satuan kerja baik oleh pegawai rumah sakit maupun petugas *cleaning service*, limbah yang masuk ke dalam bank sampah antara lain: kardus, duplek, plastik maupun kemasan minuman. Limbah dikumpulkan di TPS bank sampah kemudian di jual ke pemanfaat, hasil penjualan akan dikembalikan pada penghasil/pengumpul limbah di masing–masing satuan kerja. Selain mengurangi timbulan limbah di tempat pembuangan akhir juga mempunyai nilai ekonomis

Sejak tahun 2019, Bank sampah RSUP Fatmawati bekerja sama dengan Kelurahan Cilandak Barat untuk menjual barang-barang Non Medis yang dapat di daur ulang, dengan dilengkapi surat keputusan Lurah Cilandak Barat No. 28 Tahun 2019, tentang Pembentukan Pengurus Bank Sampah RSUP Fatmawati.



**Gambar 2.47. Bank Sampah RSUP Fatmawati**

### ❖ **Program Hidroponik**

Diresmikan pada saat ulang tahun RSUP Fatmawati 15 April 2018, Rumah Sakit Fatmawati mencoba berinovasi dalam rangka pengelolaan lingkungan agar terciptanya lingkungan yang indah nyaman dan asri salah satunya adalah kegiatan Hidroponik.

Hidroponik adalah budidaya menanam dengan memanfaatkan air tanpa menggunakan tanah dengan menekankan pada pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi tanaman. Kebutuhan air pada hidroponik lebih sedikit daripada kebutuhan air pada budidaya dengan tanah.

Hasil panen sayuran hidroponik di manfaatkan oleh karyawan RS dengan mengganti biaya pemeliharaan, dan anggarannya di kelola oleh koperasi agar kelangsungan pengelolaan dapat berjalan dengan baik, serta keuntungan dari kegiatan tersebut, diharapkan dapat membuat bed hidroponik yang baru.



**Gambar 2.48. Kegiatan Hidroponik RSUP Fatmawati**

### ❖ **Taman TOGA**

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati berkomitmen untuk menjaga pelestarian tanaman tanaman yang mempunyai khasiat baik digunakan secara tradisional

maupun modern yang biasa disebut tanaman Obat Keluarga (TOGA), IPSSRS melalui pertamanan senantiasa menjaga, memelihara serta mengembangkan jenis tanaman obat tersebut, hal tersebut bisa bermanfaat bagi karyawan, maupun masyarakat sekitar yang membutuhkannya, tentunya dengan pengawasan dari penanggungjawab pertamanan.



**Gambar 2.49. Taman TOGA RSUP Fatmawati**

#### ❖ **Pemanfaatan Air Hujan dan AHU**

Sejak tahun 2018, Air hujan dan Air AHU yang ditampung di *basement* gedung Bougenville dimanfaatkan untuk menyiram air di taman gedung Teratai, taman gedung Angrek dan taman gedung Prof Soelarto. Kegiatan ini merupakan salah satu penghematan air bersih untuk siram tanaman dan pemanfaatan limbah cair.

## **B. Kinerja Aspek Keuangan**

Perkembangan ekonomi dan teknologi telah menimbulkan persaingan yang makin tajam, demikian halnya dengan industri pelayanan kesehatan sebagai dampak kemajuan teknologi bidang kesehatan menuntut pembiayaan dan investasi yang sangat mahal. Oleh karena itu, RSUP Fatmawati harus memiliki kemampuan dalam pengelolaan keuangan sehingga dapat mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya

secara lebih optimal, dengan lebih efektif dan efisien dalam upaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat.

Kinerja Aspek Keuangan melingkupi rasio keuangan, target dan realisasi BLU, mutu pelayanan, dan kinerja pengelolaan keuangan. Berikut kinerja aspek keuangan di RSUP Fatmawati pada tahun 2015 – 2019.

### 1) Rasio Keuangan

**Tabel 2.2. Rasio Keuangan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

No.	Indikator	2015	2016	2017	2018	2019	Sem1 2020
1.	Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> ) (%)	199,43	40,31	37,88	8,83	114,57	616,69
2.	Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> ) (%)	471,42	131,76	112,51	119,26	362,53	838,85
3.	Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> ) (hari)	58,51	40,85	38,69	70,29	111,93	28,98
4.	Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> ) (%)	32,43	24,43	10,28	10,53	11,14	3,24
5.	Imbalan atas Aset Tetap ( <i>Return On Fixed Asset</i> ) (%)	4,21	0,96	-0,08	8,30	1,51	0,53
6.	Imbalan Ekuitas ( <i>Return On Equity</i> ) (%)	4,66	0,96	-0,08	8,99	1,63	0,56
7.	Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turn Over</i> ) (hari)	6,11	5,95	10,37	10,77	30,13	72,19
8.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) (%)	84,00	76,06	76,39	78,03	107,56	85,86
9.	Subsidi Biaya Pasien terhadap Pendapatan PNBP (%)	0,24	0,16	0,01	8,83	-	-

**Tabel 2.3. Target dan Realisasi BLU RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

No.	Tahun	Target	Realisasi
1.	2015	507.233.225.140	572.176.473.570
2.	2016	547.673.953.496	522.146.962.259

3.	2017	607.657.130.241	543.161.876.850
4.	2018	692.384.271.963	500.732.507.969
5.	2019	600.000.000.000	625.222.255.062
6.	Semester 1 Tahun 2020	250.000.000.000	331.956.737.766

## 2) Kinerja Pengelolaan Keuangan

RSUP Fatmawati telah mendapatkan beberapa penghargaan terkait dengan kinerja pengelolaan keuangan. Adapun penghargaan tersebut adalah sebagai berikut:

- a) WBK tahun 2015
- b) WTP tahun 2018 untuk laporan 2018, terbit tahun 2019 Kantor akuntan Publik
- c) Penghargaan penyampaian laporan tepat waktu 2019
- d) Penghargaan penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Irjen 2019

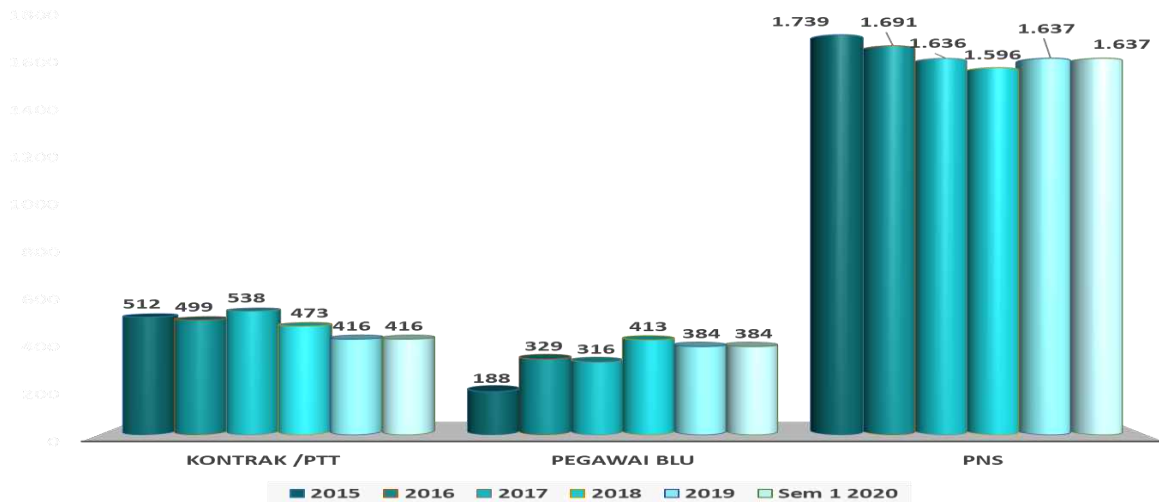


**Gambar 2.50. Piagam WBK RSUP Fatmawati Tahun 2015**

## C. Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia merupakan salah satu kekuatan dasar yang menjadi potensi RSUP Fatmawati dalam peningkatan pengembangan pelayanan yang dilakukan. Pengelolaan sumber daya manusia yang dilakukan oleh pihak manajemen RSUP Fatmawati mengacu kepada Peraturan Kementerian Kesehatan. Seperti halnya rumah sakit pemerintah yang lain, sumber daya manusia RSUP Fatmawati di dominasi oleh pegawai yang berstatus Pegawai negeri sipil (PNS).

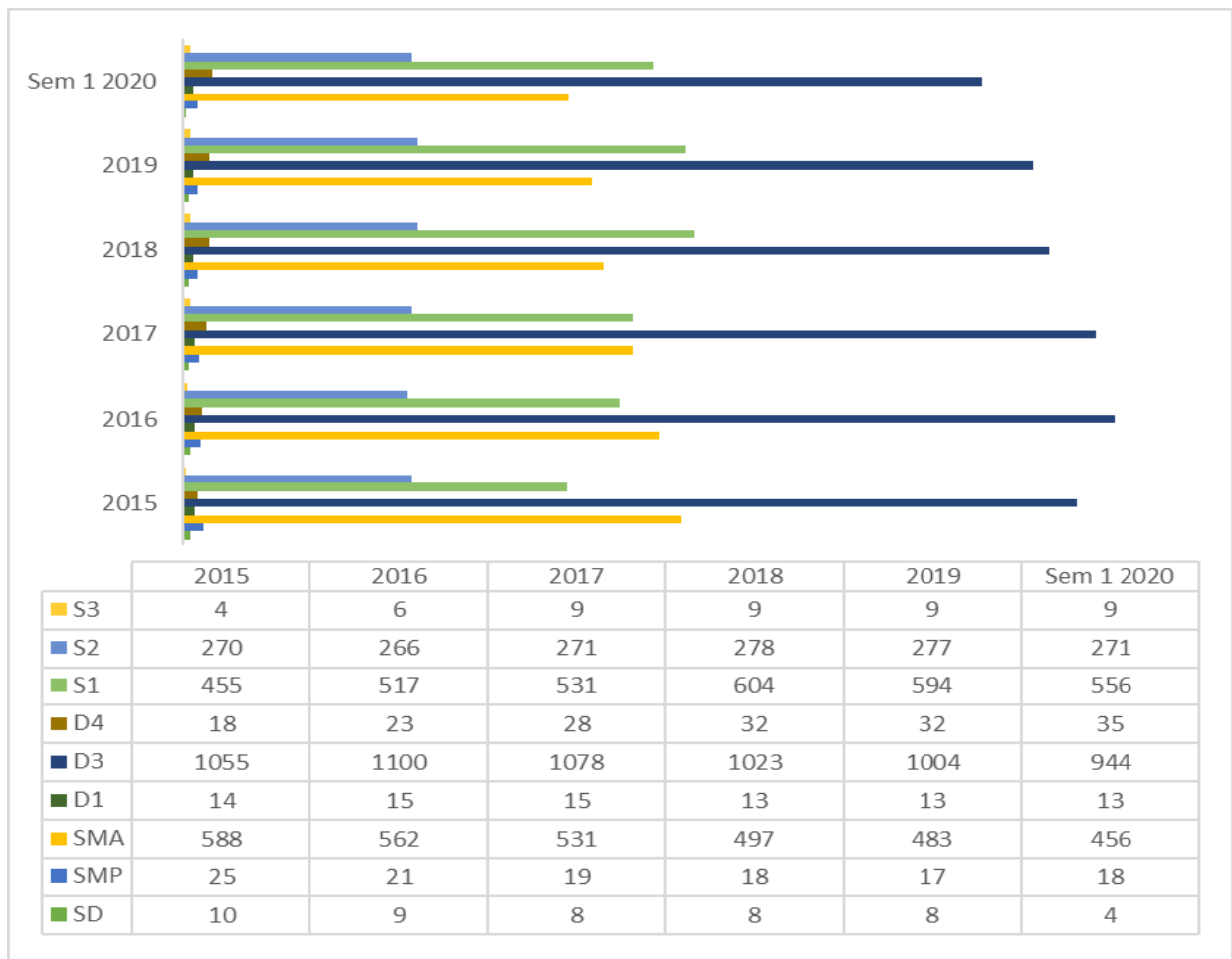
### 1) Jumlah SDM Berdasarkan Status Kepegawaian



**Gambar 2.51. Jumlah SDM berdasarkan Status Kepegawaian RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Berdasarkan status kepegawaian sejak tahun 2015 sampai dengan tahun 2019, jumlah SDM RSUP Fatmawati dengan proporsi tertinggi adalah dengan status kepegawaian Pegawai Negeri Sipil yaitu dengan rata-rata sebesar 67,12%. Setelah itu adalah dengan status kepegawaian Tidak Tetap/Kontrak dengan rata-rata sebesar 19,71%. Jika melihat trend pertumbuhan SDM dengan status kepegawaian Tidak Tetap/Kontrak, kemungkinan terjadi potensi meningkatnya angka resign apabila ada peluang dirumah sakit lain dengan *reward system* dan jenjang karir yang lebih baik. Pada semester 1 tahun 2020, jumlah SDM di RSUP Fatmawati berkurang jika dibandingkan tahun 2019. Namun secara keseluruhan, proporsi PNS masih yang terbanyak (68,43%) disusul dengan pegawai BLU (22%).

## 2) Jumlah SDM Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan



**Gambar 2.52. Jumlah SDM berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Jumlah SDM RSUP Fatmawati pada semester 1 tahun 2020 berdasarkan latar belakang pendidikan dengan proporsi tertinggi adalah dengan latar belakang pendidikan Diploma 3 yakni sebesar 40,94%. Namun, SDM dengan latar belakang setingkat SMA yaitu dengan rata-rata sebesar 19,77% dan masih terdapat pegawai dengan latar belakang SMP dengan rata-rata sebesar 0,78% dan SD dengan rata-rata sebesar 0,17% merupakan unsur yang harus menjadi salah satu program pengembangan SDM.



### 3) Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan



**Gambar 2.53. Jumlah SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Berdasarkan jenis ketenagaan jumlah pegawai yang paling banyak adalah tenaga keperawatan sebesar 42,15%. Hal ini terjadi hampir diseluruh institusi pelayanan kesehatan bahwa proporsi tenaga keperawatan rata-rata 40–50% mengingat tenaga keperawatan adalah profesi yang berada diberbagai pelayanan kesehatan dirumah sakit dan bekerja secara shift selama 24 jam. Tingginya SDM non Medis sebesar 28,14% perlu untuk ditelusur lebih lanjut terhadap kebutuhan berdasarkan beban tugas dan tugas fungsinya apakah sesuai dan mendukung untuk pencapaian kinerja rumah sakit secara optimal.

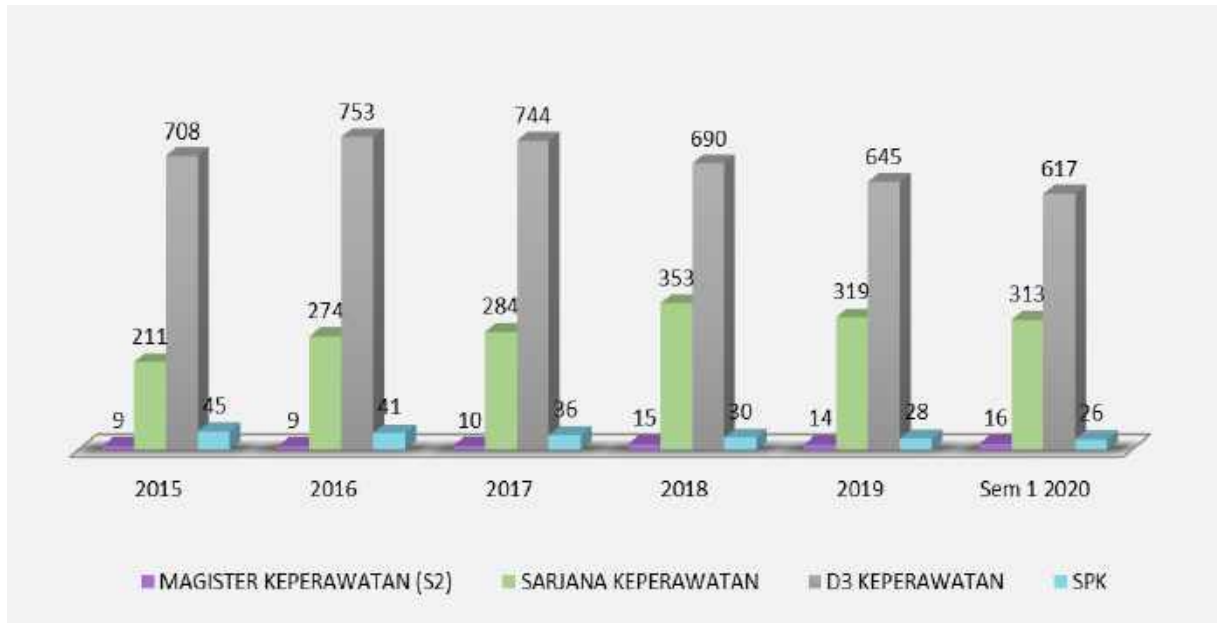
### 4) Jumlah SDM Medis Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan



**Gambar 2.54. Jumlah SDM Medis berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Proporsi SDM medis yang tertinggi adalah dokter spesialis (76,43%) dan dokter gigi spesialis (4,64%). Hal ini sesuai dengan status RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit kelas A Pendidikan dan sekaligus sebagai kekuatan bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan menjadi tempat pembelajaran klinik bagi peserta didik dokter umum dan dokter spesialis.

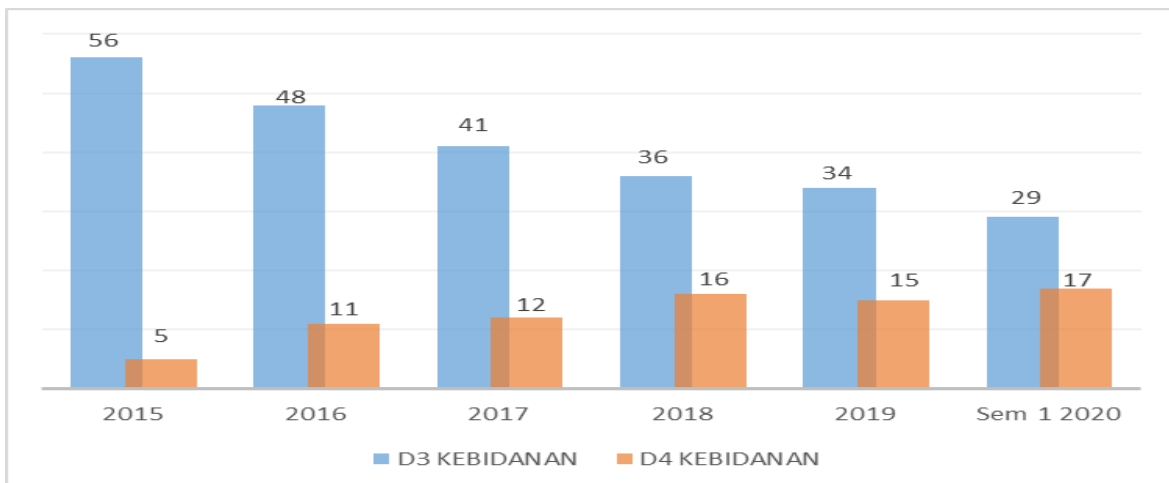
### 5) Jumlah SDM Keperawatan Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan



**Gambar 2.55. Jumlah SDM Keperawatan berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

Berdasarkan data SDM Keperawatan proporsi tertinggi adalah dengan latar belakang Diploma 3 Keperawatan sebesar 63,48%, sedangkan Sarjana Keperawatan / Ners adalah sebesar 32,2%. Proporsi tertinggi dengan latar belakang Diploma 3 Keperawatan kurang mendukung RSUP Fatmawati sebagai Kelas A Pendidikan, sehingga harus menjadi pertimbangan dalam program pengembangan SDM untuk dapat meningkatkan ke jenjang Sarjana Keperawatan /Ners untuk mencapai proporsi minimal 60 % untuk lima tahun yang akan datang. Masih rendahnya prosentase SDM Keperawatan dengan latar belakang Magister Keperawatan dan Perawat Spesialis yang hanya 1,65% juga harus menjadi pertimbangan dalam program pengembangan SDM untuk mencapai proporsi minimal 5% dalam lima tahun yang akan datang. Demikian juga masih terdapatnya Perawat dengan latar belakang SPK harus mengikuti Pendidikan ke jenjang Diploma 3 Keperawatan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

### 6) Jumlah SDM Kebidanan Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan



**Gambar 2.56. Jumlah SDM Kebidanan berdasarkan Latar Belakang Pendidikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

SDM Kebidanan proporsi tertinggi masih berlatar belakang Diploma 3 yakni sebesar 63,04%. Namun berdasarkan data diatas bahwa prosentase Diploma 4 selama lima tahun terakhir ini mengalami peningkatan, menunjukkan bahwa program pengembangan SDM Kebidanan telah berjalan dengan baik dan tetap harus menjadi pertimbangan untuk lima tahun kedepan. Hal ini untuk mendukung RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit Kelas A Pendidikan.

### 7) Program Reward and Punishment

Sistem penghargaan yang telah dilaksanakan di RSUP Fatmawati adalah penghargaan atas pengabdian. Penghargaan ini diberikan kepada pegawai dengan status pegawai negeri sipil oleh Kementerian Kesehatan untuk pengabdian Dwi Windu dan Tri Windu. Sedangkan pegawai dengan pengabdian lebih dari 30 tahun penghargaan diberikan oleh Presiden Republik Indonesia.



**Gambar 2.57. Jumlah Penghargaan yang diberikan RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019**

Pada gambar di atas dapat dilihat bahwa jumlah penghargaan yang diberikan oleh RSUP Fatmawati kepada pegawainya cenderung mengalami peningkatan sejak tahun 2016 sampai dengan tahun 2019. Sedangkan pada semester 1 tahun 2020, RSUP Fatmawati telah mengajukan usulan proses penghargaan Satya Lancana Karya Satya sebanyak 186 pegawai dan usulan Bhakti Karya Husada sebanyak 40 pegawai sehingga seluruh usulan penghargaan tersebut berjumlah 226 pegawai.

Sedangkan jumlah penghargaan Fatmawati Award yang telah diberikan oleh RSUP Fatmawati dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

**Tabel 2.4. Jumlah Penghargaan Fatmawati *Award* yang diberikan RSUP Fatmawati Tahun 2016 dan 2018**

No.	Tahun	Jumlah Pegawai	Keterangan
1.	2016	6 Pegawai	Manajemen, Dokter, Perawat, Tenaga Kesehatan lain, Non Medis, Pendamping
2.	2018	5 Pegawai	Manajemen, Dokter, Perawat, Tenaga Kesehatan lain, Non Medis

Sistem penghargaan Fatmawati *Award* dilaksanakan setiap 2 tahun dan diberikan berupa pembiayaan perjalanan ibadah sesuai dengan agama yang dianut oleh pegawai yang mendapatkan penghargaan. Penghargaan ini diberikan tanpa membedakan status kepegawaian dan melalui mekanisme tertentu oleh tim yang dibentuk direksi. Terdapat lima (5) kategori kelompok yaitu manajemen, dokter, perawat, tenaga kesehatan lain dan non medis.

**Tabel 2.5. Jumlah Hukuman Disiplin yang diberikan  
RSUP Fatmawati Tahun 2015 – Semester 1 Tahun 2020**

No.	Jenis Hukuman Disiplin	Tahun (Pegawai)					Sem 1 2020
		2015	2016	2017	2018	2019	
1.	RINGAN						
	A. Teguran Lisan	2	3	0	26	2	1
	B. Teguran Tertulis	1	3	2	0	2	1
	C. Pernyataan Tidak Puas Secara Tertulis	0	3	1	0	0	0
2.	SEDANG						
	A. Penundaan Kenaikan Gaji Berkala Selama 1 Tahun	2	3	2	0	0	0
	B. Penundaan Kenaikan Pangkat Selama 1 Tahun	1	0	1	0	0	0
	C. Penurunan Pangkat Setingkat Lebih Rendah Selama 1 Tahun	0	1	1	0	3	0
3.	BERAT						
	A. Penurunan Pangkat Setingkat Lebih Rendah Selama 3 Tahun	1	0	0	0	0	2
	B. Pemindahan Dalam Rangka Penurunan Jabatan Setingkat Lebih Rendah	0	0	0	0	0	0
	C. Pembebasan Dari Jabatan	0	0	0	0	0	0
	D. Pemberhentian Dengan Hormat Tidak Atas Permintaan Sendiri Sebagai PNS	1	0	0	0	0	0
	E. Pemberhentian Tidak Dengan Hormat Sebagai PNS	0	0	0	0	0	0

Sistem hukuman disiplin yang diterapkan adalah mengacu kepada PP no 53 tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai. Hukuman disiplin dilakukan secara berjenjang berupa hukuman disiplin tingkat ringan sampai tingkat berat.

#### D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Sarana adalah bangunan yang sebagian atau seluruhnya berada di atas tanah rumah sakit dan digunakan untuk penyelenggaraan atau penunjang pelayanan, sedangkan prasarana adalah alat, jaringan dan sistem yang membuat suatu sarana dapat berfungsi yang didukung dengan kelengkapan alat medik sesuai standar RS Tipe A.

**Tabel 2.6. Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUP Fatmawati Semester 1 Tahun 2020**

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan	Kumulasi Kelengkapan
100%	100%	65,63%	89,69%

Sumber Data: Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Kemenkes update 30 Agustus 2020

Dari sumber data diatas, dalam mendukung pelaksanaan pelayanan baik unggulan maupun pelayanan umum lainnya RSUP Fatmawati telah berkomitmen dalam pemenuhan umum baik sarana, prasarana dan alat medik sesuai standar. Presentase kelengkapan sarana mencapai 100%, prasarana mencapai 100% dan pemenuhan alat medik/kesehatan baru mencapai 65.63%, sehingga kumulasi kelengkapan yang dicapai sebesar 89.69%.

Pencapaian pemenuhan alat medik/kesehatan belum mencapai standar RS Tipe Kelas A disebabkan antara lain adanya penyesuaian pagu anggaran yang ditetapkan dan belum terdata seluruhnya alat medik di satuan kerja pada Aplikasi Sarana, Prasana & Alat Kesehatan (ASPAK) Kementerian Kesehatan R.I. Semester 1 Tahun 2020 ini masih banyak sarana, prasarana dan alat kesehatan yang belum diadakan realisasinya. Pengadaan sarana dan prasarana membutuhkan waktu yang lebih lama termasuk perijinan AMDAL. Jika sarana dan prasarana telah tersedia, maka pengadaan alat kesehatan baru dapat diadakan.

## 2.3. Tantangan Strategis

Tantangan strategis RSUP Fatmawati Tahun 2020-2024 antara lain:

1. Tuntutan terhadap inovasi dan infrastruktur rumah sakit yang sesuai dengan perkembangan industri teknologi 4.0 sehingga dapat mendukung proses kerja dalam rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.
2. Belum optimalnya upaya untuk melakukan integrasi berbagai aplikasi sistem informasi baik yang dimiliki oleh rumah sakit maupun yang dikembangkan oleh berbagai stakeholder terkait.
3. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang berpotensi mempengaruhi kinerja keuangan rumah sakit.
4. Belum optimalnya kinerja rumah sakit pendidikan untuk melakukan inovasi agar mutu pelayanan semakin baik.

## 2.4. Benchmarking

Pada sistem pelayanan kesehatan, benchmarking merupakan salah satu pendekatan manajemen untuk menerapkan pelayanan terbaik dengan efisiensi biaya yang ada. Benchmarking adalah proses yang berkelanjutan yang sistematis untuk membandingkan efisiensi dalam hal produktivitas, kualitas dan implementasi dengan institusi pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Lima (5) tahapan yang dilaksanakan apabila ingin melaksanakan *benchmarking* proses, yaitu:

1. Menentukan jenis pelayanan yang akan di *benchmarking*
2. Mengidentifikasi institusi yang akan di *benchmarking*
3. Mengumpulkan informasi tentang jenis pelayanan dari institusi yang di *benchmarking*
4. Menganalisa dan memahami perbedaan-persamaan serta hubungannya dengan hal-hal operasional pelayanan yang difokuskan
5. Implementasi hasil analisa *benchmarking*

Berdasarkan hasil kunjungan dan analisa *benchmarking* yang dilaksanakan oleh RSUP Fatmawati ke beberapa rumah sakit, maka didapatkan hal-hal yang terkait dengan pelayanan adalah sebagai berikut:

## **1. Rumah Sakit Jantung Harapan Kita**

- a. Dalam mengupayakan pelaksanaan pelayanan penyakit jantung coroner di RSUP Fatmawati maka perlu dibuat komitmen bersama di RSUP Fatmawati, karena sumber daya pendukung sudah tersedia sehingga hanya menunggu waktu pelaksanaan pelayanan terealisasi.
- b. Pada langkah pertama dalam melaksanakan pelayanan jantung koroner sebaiknya melayani kasus yang yang harapan hidupnya tinggi.
- c. Memberdayakan dan mengoptimalkan kinerja sumber daya manusia dengan keahlian dan kompetensi unggul yang telah tersedia di RSUP Fatmawati.
- d. Sehubungan dengan pemilihan tarif maka perlu ditentukan tarif INA CBG's yang dapat membayarkan pelayanan yang sudah diberikan tanpa terjadi kelebihan biaya pelayanan dibandingkan nilai klaim.
- e. Melaksanakan *case conference* sebelum tindakan operasi dan melibatkan komite medik.
- f. Melaksanakan pemasaran pelayanan melalui *teleconference*/ webinar dan lain-lain.

## **2. Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta**

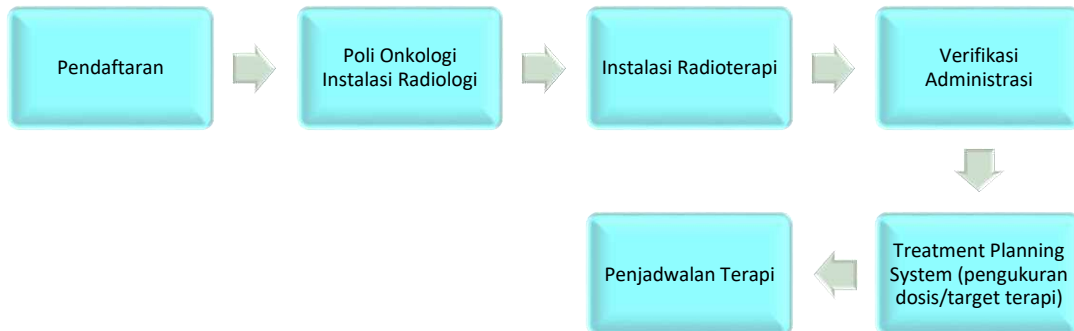
- a. Dalam penyelenggaraan pelayanan radioterapi dibutuhkan sarana prasarana dan SDM. Salah satu sarana prasarana yang dibutuhkan adalah pembangunan bunker. Adapun dalam melakukan pembangunan bunker, dibutuhkan perencanaan sebagai berikut:
  - 1) Menentukan jumlah bunker dan Linac yang akan disediakan untuk pelayanan radioterapi di RSUP Fatmawati
  - 2) Menyusun Pre Elimentary Design (Lelang *design and build*) dengan perkiraan waktu sampai tersedianya gambar design sekitar 3-4 bulan
  - 3) Melaksanakan perekrutan Konsultan melalui Lelang (Konsultan Perencanaan, Konsultan Konstruksi, dan konsultan Pengawas) dengan kriteria semua konsultan telah tersertifikasi oleh IPTB
  - 4) Menjalin kerjasama dengan Kementrian Pekerjaan Umum dalam rangka pendampingan pelaksanaan pembangunan bunker



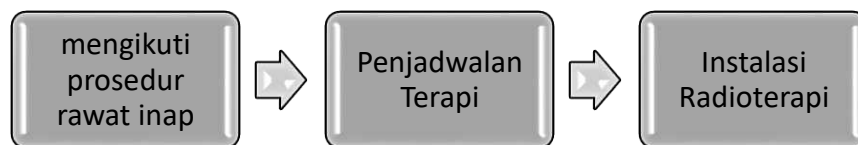
- 5) Melaksanakan koordinasi secara tertulis dengan PTSP terkait kebutuhan dokumen-dokumen perijinan seperti: Amdal, Andalalin, key watering, dll.
- b. Selain mengadakan dan membangun bunker untuk pelayanan radioterapi, rumah sakit juga harus menyediakan dan melengkapi serta memelihara alat kesehatan yang dibutuhkan dalam pelayanan radioterapi dengan tahapan sebagai berikut:
    - 1) Menyusun perencanaan pengadaan alat kesehatan untuk kebutuhan jangka pendek dan jangka panjang dengan spesifikasi alat kesehatan yang dibutuhkan.
    - 2) Mengadakan pengadaan dengan proses pengadaan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
    - 3) Menyusun perencanaan pemeliharaan alat kesehatan dengan berkoordinasi dengan pihak penyedia alat kesehatan.
    - 4) Melakukan pemeliharaan dan kalibrasi secara berkala oleh tim teknis alat kesehatan.
  - c. Berdasarkan pelayanan radioterapi yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta, maka SDM yang dibutuhkan dalam pelayanan radioterapi tersebut adalah sebagai berikut:
    - 1) Pada setiap Linac, SDM yang dibutuhkan adalah:
      - Spesialis Radiologi Onkologi sebanyak 1-2 orang
      - Perawat rawat jalan sebanyak 2-3 orang
    - 2) Pada setiap Bunker, SDM yang dibutuhkan adalah:
      - Spesialis Radiologi Onkologi untuk mengajukan perijinan bunker
      - Perawat rawat jalan sebanyak 2-3 orang
      - Fisikawan medis sebanyak 2-3 orang
  - d. Dalam memberikan pelayanan radioterapi maka SDM yang melaksanakan pelayanan khususnya perawat dituntut untuk memiliki ketrampilan yang tersertifikasi dalam melaksanakan pelayanan radioterapi. Oleh karena itu setiap perawat yang melaksanakan pelayanan radioterapi harus mengikuti pelatihan keperawatan terkait pelayanan radioterapi.

e. Alur pelayanan rawat jalan dan rawat inap radioterapi yang dilaksanakan di Rumah Sakit Kanker Dharmais yang dapat dijadikan salah satu rujukan, yaitu:

1) Pasien rawat jalan



2) Pasien rawat inap



f. Clinical Pathway dan PPK yang ada di Rumah Sakit Kanker Dharmais antara lain:

1) Pelayanan Radiasi Eksterna dengan LINAC

2) Pengoperasionalan LINAC

g. Sistem Informasi rumah sakit terintegrasi mulai dari front office sampai back office.

### **3. Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta**

a. Merupakan rumah sakit pendidikan orthopedi sejak tahun 2012 dan di visitasi pada tahun 2014

b. Selain itu juga merupakan rumah sakit utama untuk rumah sakit afiliasi untuk pendidikan orthopedi di Solo

c. Menjadi tempat pendidikan utama untuk orthopedi, walaupun ada RSUD Dr. Moewardi

d. Dalam menyelenggarakan pelayanan ortopedi, RS Ortopedi Prof. Dr. R. Surakarta memiliki beberapa keunggulan yang dapat dijadikan acuan atau rujukan dalam menyelenggarakan pelayanan ortopedi, diantaranya adalah:

1) Mengimplementasikan teknologi minimal invasive pada 25% operasi yang dilaksanakan di rumah sakit tersebut

- 2) Memiliki klinisi yang telah tersertifikasi sesuai dengan profesi masing-masing
  - 3) Memiliki minimal 1 tim untuk setiap unggulan.
- e. Beberapa hal yang telah dilaksanakan oleh Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta terkait dengan pengelolaan sarana adalah:
- 1) Membentuk cluster pelayanan dalam rangka mengefisiensi sumber daya manusia yang ada
  - 2) Membangun dan mengembangkan sistem IT untuk beberapa pelayanan yang ada seperti Pendaftaran Rawat Jalan, e-komplain, e-WBLS (*Whistle Blowing System*)
  - 3) Memiliki Skill lab dengan peralatan paling canggih yang diklaim terbaik, dengan utilitasi setahun 2 kali, dibangun dengan dana sponsorship sebesar 24 milyar,
  - 4) Memiliki Web lab yang tidak permanen yang cadavernya bekerjasama dengan UNS Solo.
  - 5) Memiliki gedung pendidikan dengan unit struktural yang bertanggung jawab terhadap pendidikan berada dan beraktivitas didalam gedung tersebut.
  - 6) Membuat perencanaan pelatihan untuk kapasitas sumber daya manusia berdasarkan kebutuhan pelayanan rumah sakit. Namun khusus pelatihan untuk inhousetraining tidak diberikan, untuk pelatihan dalam jam kerja kaitannya dengan pelatihan berbayar dibagi sesuai golongan yaitu golongan 3 dan 4. Sedangkan pelatihan berbayar diluar jam kerja dapat diberikan sebesar 1 juta/jam sesuai tarif yang ada.
  - 7) Terkait penelitian yang dilaksanakan oleh SDM rumah sakit maka diberikan sponsor berupa anggaran penelitian yang sudah dicantumkan di dalam SK terkait.
  - 8) Terkait dengan sistem remunerasi telah terlaksana di rumah sakit adalah sebagai berikut:
    - Remunerasi pendidkan diberikan tersendiri oleh UNS Solo

- Berlaku single Salary semua masuk system Remunerasi.
  - Tidak ada pembayaran atas kinerja yang dilakukan diluar jam kerja
  - Semua pegawai memiliki kontrak kinerja
  - Bobot Kuantitas, Kualitas dan Perilaku bervariasi sesuai jenis Layanan
  - Penetapan target kinerja Dokter Spesialis berbasis output Volume
  - Penetapan target kinerja Non Dokter Spesialis berbasis Tugas Fungsi Satker yang harus dikerjakan oleh setiap Pegawai
  - Penetapan capaian kinerja : Dikerjakan langsung atau dikerjakan oleh Residen dan disupervisi langsung dinilai 100 % dari Bobot, dikerjakan Residen tidak di Supervisi dihargai 25 % dari Bobot
  - Pembayaran P1 berbasis Posisi Jabatan dan mempertimbangkan kehadiran.
  - Penilaian IKU dilakukan oleh Satuan Kerja lain
  - Alur Penilaian Kinerja dan Pembayaran Remunerasi
    - i. Bagian SDM mengumpulkan Capaian IKI dari Satker
    - ii. Bagian Umum mengumpulkan Capaian IKU Satker
    - iii. Direktur USP melakukan Evaluasi Capaian IKI dan IKU dan Pembahasan Bersama Tim
    - iv. Dirketur Utama Menyetujui Capaian Kinerja Pegawai
- f. Berdasarkan hasil analisa studi banding tersebut, maka terkait dengan tujuan bahwa RSUP Fatmawati dapat menjadikan pelayanan ortopedi sebagai pelayanan unggulan dan dapat melakukan upaya pendidikan dan pelatihan, maka ada beberapa hal yang dapat dilakukan oleh RSIP Fatmawati Jakarta adalah:
- 1) Membuat tim pelayanan ortopedi dengan susunan tim yang terdiri dari SDM yang andal dan tersertifikasi.
  - 2) Menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan ortopedi. Salah satu contoh adalah menyediakan skill lab dan wet lab dengan bekerjasama dengan sponsor dan dilakukan secara bertahap.

- 3) Pembuatan skill lab dan wet lab dapat dilakukan di Fatmawati dengan mekanisme RSUP Fatmawati dengan unggulan Orthopedi bisa menjadi tempat pendidikan utama seperti yang dimiliki oleh RSUP Persahabatan dengan departemen parunya, RS Harapan Kita dengan unggulan pelayanan jantung dan ibu anak. Pengakuan tersebut harus bisa didapat, agar utilitas alat skill lab bisa optimal.

## 2.5. Analisis SWOT

Dalam rangka mewujudkan visi RSUP Fatmawati tahun 2020 – 2024 maka dilaksanakan analisis SWOT yang mendeskripsikan faktor eksternal dan faktor internal dari RSUP Fatmawati. Faktor eksternal diidentifikasi sebagai faktor peluang dan faktor ancaman yang berada di luar RSUP Fatmawati yang tidak dapat dikendalikan oleh pihak RSUP Fatmawati. Sedangkan faktor internal diidentifikasi sebagai faktor kekuatan dan faktor kelemahan RSUP Fatmawati yang berada dalam lingkungan RSUP Fatmawati dan dapat dikendalikan oleh pihak RSUP Fatmawati. Adapun faktor eksternal dan internal RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.7. Faktor-faktor Peluang dan Ancaman RSUP Fatmawati**

FAKTOR PELUANG	FAKTOR ANCAMAN
1. Sistem Jaminan pembiayaan BPJS	1. Meningkatnya pasien yang berpotensi tidak membayar
2. Meraih predikat WBK dan WBBM	2. Ketidakpastian waktu pembayaran BPJS Kesehatan
3. Menjadi institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi	3. Reward System lebih baik di RS lain
4. Sarana transportasi umum yang mudah dijangkau	4. Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pelayanan pasien semakin tinggi
5. Kebijakan Kemkes tentang Sistem Rujukan Nasional sebagai rujukan orthopedi	5. Perkembangan era IT 4.0
6. Tergabung dalam Academic Health System (AHS)	6. Tingkat kepuasan pasien masih rendah
7. Melibatkan sumber pembiayaan alternatif diluar BPJS Kesehatan	
8. Adanya kerjasama diampu dari RS Vertikal lainnya	

**Tabel 2.8. Faktor-faktor Kekuatan dan Kelemahan RSUP Fatmawati**

<b>FAKTOR KEKUATAN</b>	<b>FAKTOR KELEMAHAN</b>
1. Status RS yang menerapkan keuangan secara BLU	1. Jumlah SDM belum memadai (terutama tenaga perawat)
2. Status RS sebagai RS kelas A Pendidikan	2. Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi Decision Support System)
3. RS Fatmawati terakreditasi	3. Belum memiliki kurikulum standar dalam pendidikan
4. Kualifikasi dan kompetensi SDM yang handal	4. Kebijakan Sistem Remunerasi
5. Memiliki peralatan kesehatan yang canggih	5. Belum optimal sistem penilaian kinerja
6. Lokasi RS yang strategis	6. Belum optimal kendali mutu dan biaya pasien
7. Adanya penetapan layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik	7. Promosi produk layanan RS yang belum optimal
8. Sebagai RS Pendidikan Utama FKUIN	8. Supply Chain Management yang masih belum optimal
9. Sebagai pengampu telemedicine di wilayah Papua Barat	9. Tata letak dan alur pelayanan kurang efisien
10. Tersedianya pelayanan terpadu dan multidisiplin	10. Pemeliharaan dan pengelolaan SPA yang belum optimal
	11. Belum optimal pengelolaan customer yang baik

## **2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategi**

Berdasarkan analisa SWOT yang mempertimbangkan factor peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan maka akan ditentukan posisi bersaing RSUP Fatmawati yang bertujuan dalam mewujudkan tercapainya visi RSUP Fatmawati periode tahun 2020 – 2024. Penentuan posisi bersaing RSUP Fatmawati akan memberikan panduan dalam menentukan prioritas strategis. Berikut ini disajikan analisa posisi RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2020 – 2024.

**Tabel 2.9. Total Nilai Terbobot Peluang**

<b>Faktor Peluang Kritis</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skala (0-100)</b>	<b>(Bobot) X (Skala)</b>
1. Sistem Jaminan pembiayaan BPJS	0,14	90	12,86
2. Meraih predikat WBK dan WBBM	0,11	90	9,64
3. Menjadi institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi	0,11	80	8,57
4. Sarana transportasi umum yang mudah dijangkau	0,14	85	12,14
5. Kebijakan Kemkes tentang Sistem Rujukan Nasional sebagai rujukan orthopedi	0,11	90	9,64
6. Tergabung dalam Academic Health System (AHS)	0,11	90	9,64
7. Melibatkan sumber pembiayaan alternatif diluar BPJS Kesehatan	0,14	80	11,43
<b>Skor Faktor Peluang</b>			<b>85,36</b>

**Tabel 2.10. Total Nilai Terbobot Ancaman**

<b>Faktor Ancaman Kritis</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skala (0-100)</b>	<b>(Bobot) X (Skala)</b>
1. Meningkatnya pasien yang berpotensi tidak membayar	0,11	90	10,00
2. Ketidakpastian waktu pembayaran BPJS Kesehatan	0,11	95	10,56
3. Reward System lebih baik di RS lain	0,22	85	18,89
4. Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pelayanan pasien semakin tinggi	0,22	80	17,78
5. Perkembangan era IT 4.0	0,22	60	13,33
6. Tingkat kepuasan pasien masih rendah	0,11	90	10,00
<b>Skor Faktor Ancaman</b>			<b>80,56</b>

**Tabel 2.11. Total Nilai Terbobot Kekuatan**

<b>Faktor Kekuatan Kritis</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skala (0-100)</b>	<b>(Bobot) X (Skala)</b>
1. Status RS yang menerapkan keuangan secara BLU	0,06	80	5,16
2. Status RS sebagai RS kelas A Pendidikan	0,13	90	11,61
3. RS Fatmawati terakreditasi	0,13	95	12,26
4. Kualifikasi dan kompetensi SDM yang handal	0,13	90	11,61
5. Memiliki peralatan kesehatan yang canggih	0,06	70	4,52
6. Lokasi RS yang strategis	0,10	80	7,74
7. Adanya penetapan layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabiltasi Medik	0,10	85	8,23
8. Sebagai RS Pendidikan Utama FKUIN	0,10	90	8,71
9. Sebagai pengampu telemedicine di wilayah Papua Barat	0,06	70	4,52
10. Tersedianya pelayanan terpadu dan multidisiplin	0,13	90	11,61
		<b>Skor Faktor Kekuatan</b>	<b>85,97</b>



**Tabel 2.12. Total Nilai Terbobot Kelemahan**

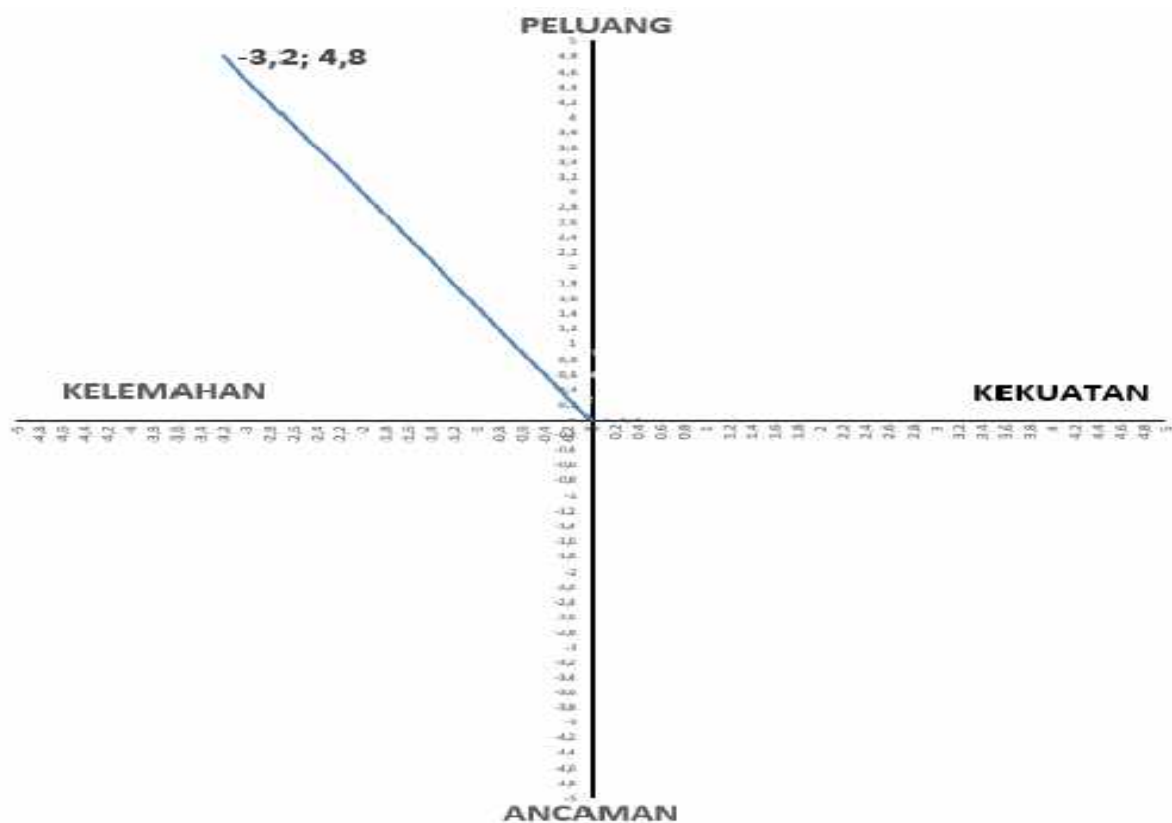
<b>Faktor Kelemahan Kritis</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skala (0-100)</b>	<b>(Bobot) X (Skala)</b>
1. Jumlah SDM belum memadai (terutama tenaga perawat)	0,13	90	11,74
2. Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi Decision Support System)	0,04	95	4,13
3. Belum memiliki kurikulum standar dalam pendidikan	0,13	80	10,43
4. Kebijakan Sistem Remunerasi	0,09	90	7,83
5. Belum optimal sistem penilaian kinerja	0,09	85	7,39
6. Tingkat kepuasan pasien masih rendah	0,09	90	7,83
7. Belum optimal kendali mutu dan biaya pasien	0,09	90	7,83
8. Promosi produk layanan RS yang belum optimal	0,13	95	12,39
9. Supply Chain Management yang masih belum optimal	0,09	90	7,83
10. Tata letak dan alur pelayanan kurang efisien	0,09	90	7,83
11. Pemeliharaan dan pengelolaan SPA yang belum optimal	0,04	90	3,91
<b>Skor Faktor Kelemahan</b>			<b>89,13</b>

Selanjutnya dilakukan penempatan nilai dalam diagram kartesius. Penilaian nilai sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 \text{Nilai sumbu Y} &= \text{total nilai terbobot peluang} - \text{total nilai terbobot ancaman} \\
 &= 85,36 - 80,56 \\
 &= 4,80
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Nilai sumbu X} &= \text{total nilai terbobot kekuatan} - \text{total nilai terbobot kelemahan} \\
 &= 85,97 - 89,13 \\
 &= -3,16
 \end{aligned}$$

Dengan demikian, titik koordinat (sumbu X, sumbu Y) adalah (4,80; -3,16). Kondisi ini menunjukkan posisi RSUP Fatmawati berada pada KUADRAN II, yang mengindikasikan bahwa RSUP Fatmawati harus memfokuskan arah pengembangannya di masa 2010-2024 untuk menjaga kestabilan organisasi atau penguatan mutu kelembagaan RSUP Fatmawati, yaitu melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi penyempurnaan dan penataan kemampuan organisasi, kemampuan system manajemen dan proses bisnis, serta kemampuan SDM yang ada dan memantapkan tingkat penguasaan layanannya.



**Gambar 2.58. Posisi Bersaing RSUP Fatmawati**

## 2.7. Analisa TOWS

Tabel 2.13. Matriks TOWS

	KEKUATAN	KELEMAHAN
<b>ANALISIS TOWS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status RS yang menerapkan keuangan secara BLU</li> <li>2. Status RS sebagai RS kelas A Pendidikan</li> <li>3. RS Fatmawati terakreditasi</li> <li>4. Kualifikasi dan kompetensi SDM yang handal</li> <li>5. Memiliki peralatan kesehatan yang canggih</li> <li>6. Lokasi RS yang strategis</li> <li>7. Adanya penetapan layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabiltasi Medik</li> <li>8. Sebagai RS Pendidikan Utama FKUIN</li> <li>9. Sebagai pengampu <i>telemedicine</i> di wilayah Papua Barat</li> <li>10. Tersedianya pelayanan terpadu dan multidisiplin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah SDM belum memadai (terutama tenaga perawat)</li> <li>2. Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi <i>Decision Support System</i>)</li> <li>3. Belum memiliki kurikulum standar dalam Pendidikan</li> <li>4. Kebijakan Sistem Remunerasi</li> <li>5. Belum optimal sistem penilaian kinerja</li> <li>6. Belum optimal kendali mutu dan biaya pasien</li> <li>7. Promosi produk layanan RS yang belum optimal</li> <li>8. <i>Supply Chain Management</i> yang masih belum optimal</li> <li>9. Tata letak dan alur pelayanan kurang efisien</li> <li>10. Pemeliharaan dan pengelolaan SPA yang belum optimal</li> <li>11. Belum optimal pengelolaan customer yang baik</li> </ol>

<b>PELUANG</b>	<b>STRATEGI KEKUATAN-PELUANG</b>	<b>STRATEGI KELEMAHAN-PELUANG</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem Jaminan pembiayaan BPJS</li> <li>2. Meraih predikat WBK dan WBBM</li> <li>3. Menjadi institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi</li> <li>4. Sarana transportasi umum yang mudah dijangkau</li> <li>5. Kebijakan Kemkes tentang Sistem Rujukan Nasional sebagai rujukan orthopedi</li> <li>6. Tergabung dalam Academic Health System (AHS)</li> <li>7. Melibatkan sumber pembiayaan alternatif diluar BPJS Kesehatan</li> <li>8. Adanya kerjasama diampu dari RS Vertikal lainnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu</li> <li>2. Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS</li> <li>2. Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS</li> </ol>
<b>ANCAMAN</b>	<b>STRATEGI KEKUATAN-ANCAMAN</b>	<b>STRATEGI KELEMAHAN-ANCAMAN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatnya pasien yang berpotensi tidak membayar</li> <li>2. Ketidakpastian waktu pembayaran BPJS Kesehatan</li> <li>3. <i>Reward System</i> lebih baik di RS lain</li> <li>4. Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pelayanan pasien semakin tinggi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder</li> <li>2. Terwujudnya <i>Digital Marketing</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri</li> <li>2. Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik</li> <li>3. Terwujudnya Seluruh Sistem Informasi yang Terintegrasi</li> </ol>

5. Perkembangan era IT 4.0		
6. Tingkat kepuasan pasien masih rendah		

## 2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko

Dalam mewujudkan berbagai sasaran strategis untuk merealisasikan visi RSUP Fatmawati pada waktu kurun waktu periode RSB, terdapat beberapa risiko yang akan dihadapi. Risiko-risiko ini dapat menghalangi keterwujudan sasaran strategis. Dengan mengidentifikasi risiko-risiko tersebut maka kemudian dapat dilakukan mitigasi dari risiko-risiko tersebut sehingga penghambat terwujudnya sasaran strategis dapat dihindari.

### A. Identifikasi Risiko

Berdasarkan sasaran strategis yang telah ditetapkan, maka dapat diidentifikasi risiko dari masing-masing sasaran strategis tersebut adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.14. Identifikasi Risiko**

No.	Sasaran Strategis	Risiko
<b><i>Perspektif Keuangan</i></b>		
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	Kurang akuratnya dan ketidaktepatan waktu input data pelayanan dan pengajuan klaim
		Belum terintegrasinya sistem yang mendukung keakuratan tagihan dan pembayaran utang
		Belum optimalnya kemampuan perencanaan anggaran pada unit-unit kerja dengan pendekatan berdasarkan bukti/data
<b><i>Perspektif Pelanggan</i></b>		
2.		Penerapan sistem penghargaan inkonsistensi

No.	Sasaran Strategis	Risiko
	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	Pemenuhan kompetensi SDM yang tidak sesuai kebutuhan tugas dan pekerjaan
		Pelayanan tidak tepat waktu
		Sarana prasarana publik belum optimal
<b><i>Perspektif Proses Bisnis</i></b>		
3.	Terwujudnya digital marketing	Alokasi anggaran marketing terbatas
		Update konten materi tidak optimal
		SDM yang tidak kompeten dalam teknologi digital
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	Keterbatasan alokasi anggaran
		Lemahnya kolaborasi multidisiplin dalam penentuan diagnosis dan terapi
		Tingginya turn over tenaga perawat (kontrak) dan perawat terlatih dan tersertifikasi
5.	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	Ketidakpatuhan terhadap peraturan perundang-undangan
		Lemahnya komitmen terhadap pelaksanaan CP/PPK
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	Seleksi mitra yang tidak tepat
		Tidak teregister di Bagian Diklit
<b><i>Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran</i></b>		
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	Tingginya turn over SDM (perawat) terlatih PPA
		Rendahnya skala prioritas terhadap pengembangan kompetensi
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	Terbatasnya kemampuan SDM IT
		Belum adanya support sistem data pelayanan yang terintegrasi

No.	Sasaran Strategis	Risiko
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	Belum optimalnya tata kelola pencatatan BMN
		Ketidaksiplinan SDM dalam pemeliharaan sarana dan prasarana dan alat RS
		Kurang tersedianya anggaran pemeliharaan sarana, prasarana dan alat yang berusia melebihi masa pakai
		Kurang terpenuhinya sarana, prasarana dan alat RS sesuai standar
		Kurang optimalnya penggunaan aplikasi Sistem Aset Manajemen RS

## B. Penilaian Tingkat Risiko

Pada pengukuran tingkat risiko, diperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati. Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi maka digunakan patokan-patokan yang sebagai berikut:

- Kemungkinan risiko terjadi sangat besar: Jika hal ini terjadi maka dipastikan akan sangat mungkin terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar di atas 0,8 sampai 1,0.
- Kemungkinan risiko terjadi besar: kemungkinan besar terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,6 sampai 0,8.
- Kemungkinan risiko terjadi sedang: kemungkinan sedang terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,4 sampai 0,6.
- Kemungkinan risiko terjadi kecil: kemungkinan kecil risiko dapat terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,2 sampai 0,4.

- Kemungkinan risiko terjadi sangat kecil: kemungkinan sangat kecil dapat terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0 sampai 0,2.

Untuk menentukan besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati digunakan patokan sebagai berikut:

- Dampak risiko tidak penting: risiko mempunyai pengaruh sangat kecil pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati, namun sasaran strategis tersebut masih bisa dicapai.
- Dampak risiko minor: risiko mempunyai pengaruh kecil pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dan memerlukan seikit upaya penanganannya.
- Dampak risiko medium: risiko mempunyai pengaruh sedang pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dan membutuhkan upaya cukup serius penanganannya.
- Dampak risiko mayor: risiko mempunyai pengaruh besar pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dan membutuhkan upaya serius penanganannya.
- Dampak risiko malapetaka: risiko mempunyai pengaruh tidak terpenuhinya suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dan membutuhkan upaya sangat serius penanganannya.

Berdasarkan pertemuan antara estimasi tingkat kemungkinan risiko terjadi dan estimasi besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati dapat dinilai suatu tingkat risiko dengan kualifikasi sebagai berikut:

- (a) Risiko rendah (kode R)
- (b) Risiko moderat (kode M)
- (c) Risiko tinggi (kode T, warna kuning)
- (d) Risiko ekstrim (kode E, warna merah)

Penentuan kualifikasi tingkat risiko berdasarkan tingkat kemungkinan risiko dengan estimasi besar dampak risiko terlihat di tabel berikut ini:



**Tabel 2.15. Matriks Penentuan Tingkat Risiko**

Kemungkinan (Likelihood)	Dampak Risiko (Consequences)				
	Tidak penting	Minor	Medium	Mayor	Malapetaka
	1	2	3	4	5
I (Kemk. sangat besar)	T	T	E	E	E
II (Kemk. besar)	M	T	T	E	E
III (Kemk. sedang)	R	M	T	E	E
IV (Kemk. kecil)	R	R	M	T	E
V (Kemk. Sangat kecil)	R	R	M	T	T

E = risiko ekstrim, T = risiko tinggi, M = risiko moderat, R = risiko rendah

Tingkat risiko pada sasaran strategis RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.16. Tingkat Risiko**

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Tingkat Risiko
<b>Perspektif Keuangan</b>					
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	Kurang akuratnya dan ketidaktepatan waktu input data pelayanan dan pengajuan klaim	4 (sering terjadi)	4 (Tinggi)	Ekstrim
		Belum terintegrasinya sistem yang mendukung keakuratan tagihan dan pembayaran utang	5 (hampir pasti terjadi)	3 (sedang)	Ekstrim
		Belum optimalnya kemampuan perencanaan	4 (sering terjadi)	2 (Rendah)	Tinggi

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Tingkat Risiko
		anggaran pada unit-unit kerja dengan pendekatan berdasarkan bukti/data			
<b>Perspektif Pelanggan</b>					
2.	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	Penerapan sistem penghargaan inkonsistensi	2 (jarang terjadi)	3 (sedang)	Sedang
		Pemenuhan kompetensi SDM yang tidak sesuai kebutuhan tugas dan pekerjaan	3 (kadang terjadi)	3 (sedang)	Tinggi
		Pelayanan tidak tepat waktu	4 (sering terjadi)	3 (sedang)	Tinggi
		Sarana prasarana publik belum optimal	3 (kadang terjadi)	2 (rendah)	Sedang
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>					
3.	Terwujudnya digital marketing	Alokasi anggaran marketing terbatas	2 (jarang terjadi)	2 (rendah)	Sedang
		Update konten materi tidak optimal	4 (sering terjadi)	2 (rendah)	Tinggi
		SDM yang tidak kompeten dalam teknologi digital	4 (sering terjadi)	2 (rendah)	Tinggi
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	Keterbatasan alokasi anggaran	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrim
		Lemahnya kolaborasi multidisiplin dalam	3 (kadang terjadi)	3 (sedang)	Tinggi

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Tingkat Risiko
	(pelayanan kanker terpadu, orthopedic, kardiovaskuler intervensi)	penentuan diagnosis dan terapi			
		Tingginya turn over tenaga perawat (kontrak) dan perawat terlatih dan tersertifikasi	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrim
5.	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	Ketidakpatuhan terhadap peraturan perundang-undangan	2 (jarang terjadi)	4 (tinggi)	Tinggi
		Lemahnya komitmen terhadap pelaksanaan CP/PPK	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrim
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	Seleksi mitra yang tidak tepat	2 (jarang terjadi)	2 (rendah)	Sedang
		Tidak teregister di Bagian Diklit	2 (jarang terjadi)	2 (rendah)	Sedang
<b>Perspekstif Pertumbuhan dan Pembelajaran</b>					
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	Tingginya turn over SDM (perawat) terlatih PPA	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrim
		Rendahnya skala prioritas terhadap pengembangan kompetensi	3 (kadang terjadi)	4 (tinggi)	Tinggi
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	Terbatasnya kemampuan SDM IT	4 (sering terjadi)	3 (sedang)	Tinggi
		Belum adanya support sistem data pelayanan yang terintegrasi	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrim

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Tingkat Risiko
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	Belum optimalnya tata kelola pencatatan BMN	4 (sering terjadi)	2 (rendah)	Tinggi
		Ketidakterdisiplinan SDM dalam pemeliharaan sarana dan prasarana dan alat RS	4 (sering terjadi)	4 (tinggi)	Ekstrem
		Kurang tersedianya anggaran pemeliharaan sarana, prasarana dan alat yang berusia melebihi masa pakai	4 (sering terjadi)	3 (sedang)	Tinggi
		Kurang terpenuhinya sarana, prasarana dan alat RS sesuai standar	3 (kadang)	4 (tinggi)	Tinggi
		Kurang optimalnya penggunaan aplikasi Sistem Aset Manajemen RS	4 (sering terjadi)	3 (sedang)	Tinggi

### C. Rencana Mitigasi Risiko

Definisi rencana mitigasi risiko berdasarkan hasil pada tahap penilaian tingkat risiko RSUP Fatmawati. Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan RSUP Fatmawati untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kendali RSUP Fatmawati. Rencana mitigasi merupakan berbagai bentuk tindakan konkrit yang perlu diwujudkan agar RSUP

Fatmawati di kemudian hari dapat meniadakan atau mereduksi status tingkat risikonya.

Pada tabel berikut memaparkan sasaran strategis, risiko, tingkat risiko dan rencana mitigasi risiko, khususnya untuk menangani level risiko yang berstatus ekstrim atau tinggi. Rencana mitigasi risiko yang diidentifikasi oleh RSUP Fatmawati merupakan arahan untuk mengupayakan memperkecil atau meniadakan tingkat kemungkinan terjadinya suatu risiko dan/atau memperkecil atau meniadakan besar dampak suatu risiko.

**Tabel 2.17. Rencana Mitigasi Risiko**

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
<b>Perspektif Keuangan</b>					
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	Kurang akuratnya dan ketidaktepatan waktu input data pelayanan dan pengajuan klaim	Ekstrim	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Integrasi sistem informasi terutama pelayanan dan keuangan dan termasuk sistem BPJS dan asuransi lain</li> <li>b. Peningkatan kemampuan tenaga (pelatihan komputer; pendampingan/ coaching aplikasi)</li> <li>c. Penambahan sarana SIRS</li> <li>d. Pengembangan e-rekam medik, e-resep, e-klaim, PACS, LIS</li> <li>e. Remandatori terhadap KPI</li> </ul>	DKEU & BMN; DPOU; DSPP

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
				unit dan KPI individu	
		Belum terintegrasinya sistem yang mendukung keakuratan tagihan dan pembayaran utang	Ekstrim	a. Integrasi sistem informasi terkait utang, inventory, dan asset tetap b. Monitoring dan evaluasi	DKEU & BMN; DMKP
		Belum optimalnya kemampuan perencanaan anggaran pada unit-unit kerja dengan pendekatan berdasarkan bukti/data	Tinggi	a. Peningkatan kemampuan SDM (pelatihan perencanaan anggaran; pendampingan/coaching tenaga perencana tiap unit) b. Perhitungan cost pelayanan berbasis PPK/CP c. Penyusunan e-anggaran	DKEU & BMN; DSPP
<b>Perspektif Pelanggan</b>					
2.	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	Penerapan sistem penghargaan inkonsistensi	Sedang	a. Penyempurnaan sistem penilaian kinerja b. Sosialisasi terhadap SOP c. Monitoring dan evaluasi	DPOU; DSPP
		Pemenuhan kompetensi SDM yang tidak sesuai kebutuhan tugas dan pekerjaan	Tinggi	a. Evaluasi terhadap tupoksi b. Peningkatan kapasitas SDM sesuai bidang tugas dan pekerjaan	DPOU; DSPP

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
		Pelayanan tidak tepat waktu	Tinggi	a. Penerapan reward dan punishment b. Monitoring dan evaluasi	DMKP; DSPP
		Sarana prasarana publik belum optimal	Sedang	a. Perbaikan fasilitas publik b. Pengadaan fasilitas publik	DPOU
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>					
3.	Terwujudnya digital marketing	Alokasi anggaran marketing terbatas	Sedang	a. Evaluasi dan analisis data marketing sebagai dasar perencanaan program b. Kerjasama dengan provider telekomunikasi	DPOU
		Update konten materi tidak optimal	Tinggi	a. Membuat tulisan ulang dengan pemanfaatan tulisan/publikasi staf RS b. Membuat kebijakan tentang tulisan populer bagi mahasiswa praktek di RSF	DPOU & DSPP
		SDM yang tidak kompeten dalam teknologi digital	Tinggi	Peningkatan kapasitas SDM yang kompeten	DSPP
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	Keterbatasan alokasi anggaran	Ekstrim	a. Advokasi ke Kementerian Kesehatan dan Pemda DKI	DMKP; DKEU & BMN; DPOU

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
				b. Kerjasama dengan pihak ketiga	
		Lemahnya kolaborasi multidisiplin dalam penanganan pasien	Tinggi	a. Sosialisasi panduan kolaborasi multidisiplin b. Penguatan peran fungsi case manager sebagai kolaborator multidisiplin c. Pembahasan kasus sulit secara rutin d. Monitoring dan evaluasi	DMKP
		Tingginya turn over tenaga perawat (kontrak) dan perawat terlatih dan tersertifikasi	Ekstrim	Review kebijakan status kepegawaian kontrak dan BLU	DSPP
5.	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	Ketidakpatuhan terhadap peraturan perundang-undangan	Tinggi	a. Penyusunan tata laksana organisasi b. Sosialisasi dan pelaksanaan tata laksana organisasi c. Monitoring dan evaluasi	DPOU
		Lemahnya komitmen terhadap pelaksanaan CP/PPK	Ekstrim	a. Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan CP/PPK b. Pemberian reward dan	DMKP; DSPP



No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
				punishment sesuai kepatuhan CP/PPK	
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	Seleksi mitra yang tidak tepat	Sedang	a. Penyusunan pedoman IKS b. Peningkatan kompetensi bagi tim seleksi mitra	DPOU
		Institusi penelitian tidak teregister di Bagian Diklit	Sedang	a. Sosialisasi prosedur penelitian di lingkup RSF b. Pembuatan komitmen antara peneliti dengan pihak manajemen c. Meningkatkan keterlibatan KSM dalam penelitian sejak proses perencanaan hingga evaluasi	DSPP; DMKP
<b><i>Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran</i></b>					
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	Tingginya turn over SDM (perawat) terlatih	Ekstrim	a. Perbaikan Sistem Penghargaan (Penggajian, Imbal jasa, Perlindungan) b. Manajemen karir	DMKP; DKEU & BMN, & DSPP
		Rendahnya skala prioritas terhadap pengembangan kompetensi	Tinggi	a. Implementasi Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan sesuai SIBULAT	DSPP

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
				b. Membangun kemitraan dengan pihak ketiga untuk pengembangan kompetensi	
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	Terbatasnya kemampuan SDM IT	Tinggi	Peningkatan kompetensi SDM IT	DSPP
		Belum adanya support sistem data pelayanan yang terintegrasi	Ekstrim	a. Membuat kebijakan dan prosedur alur data pelayanan b. Membangun bisnis analisa aplikasi pelayanan c. Penetapan petugas entri data	DPOU; DMKP
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	Belum optimalnya tata kelola pencatatan BMN	Tinggi	Sinkronisasi aplikasi BMN dengan sistem RS	DKEU & BMN; DPOU
		Ketidakdisiplinan SDM dalam pemeliharaan sarana dan prasarana dan alat RS	Ekstrim	a. Supervisi dan edukasi berjenjang b. Penegakan disiplin SDM	DSPP; DPOU
		Kurang tersedianya anggaran pemeliharaan sarana, prasarana dan alat yang berusia melebihi masa pakai	Tinggi	a. Penyusunan perencanaan anggaran b. Penyusunan prioritas anggaran	DKEU & BMN; DPOU; DMKP

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab
		Kurang terpenuhinya sarana, prasarana dan alat RS sesuai standar	Tinggi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemantauan rutin terhadap sarana, prasarana dan alat RS berdasarkan standar pengelolaan sarana, prasarana dan alat RS</li> <li>b. Sosialisasi, edukasi dan orientasi terhadap prosedur pemeliharaan alat kesehatan</li> </ul>	DPOU; DMKP
		Kurang optimalnya penggunaan aplikasi Sistem Aset Manajemen RS	Tinggi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pelaksanaan Koordinasi lintas direktorat terhadap implementasi penggunaan aplikasi SAMRS</li> <li>b. Pelaporan Indikator Kinerja secara online</li> <li>c. Supervisi berjenjang</li> </ul>	DPOU; DMKP

## BAB III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS

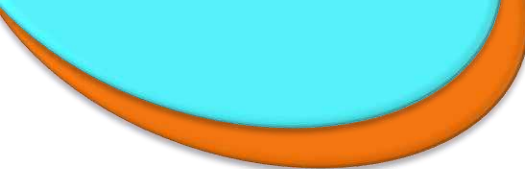
### 3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi dan Tata Nilai

Visi Indonesia Tahun 2045 menetapkan empat pilar pembangunan sebagai tahapan dan prasyarat yang harus dilalui oleh bangsa Indonesia, terdiri dari: (i) Pembangunan manusia serta penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi; (ii) Pembangunan ekonomi berkelanjutan; (iii) Pemerataan pembangunan serta (iv) Pemantapan ketahanan nasional dan tata kelola pemerintahan.

Keempat pilar tersebut diterjemahkan ke dalam 7 agenda pembangunan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024, salah satunya adalah meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Agenda pembangunan ini menekankan pada peningkatan sumber daya manusia, karena manusia merupakan modal utama pembangunan nasional untuk menuju pembangunan yang inklusif dan merata di seluruh wilayah. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing SDM yaitu sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter, melalui: 1) Pengendalian penduduk dan penguatan tata kelola kependudukan; 2) Penguatan pelaksanaan perlindungan sosial; 3) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta; 4) Peningkatan pemerataan layanan pendidikan berkualitas; 5) Peningkatan kualitas anak, perempuan, dan pemuda; 6) Pengentasan kemiskinan; dan 7) Peningkatan produktivitas dan daya saing.

Selaras dengan agenda pembangunan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, RSUP Fatmawati memiliki visi periode tahun 2020 – 2024 adalah:

*“Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang Handal  
bagi Masyarakat”*



Dalam mewujudkan tercapainya visi yang telah dicanangkan, maka RSUP Fatmawati merancang strategi capaian melalui perumusan misi. Perumusan misi memperhatikan analisis situasi yang telah dilakukan, yaitu dengan memanfaatkan kekuatan dan peluang yang ada, serta dengan tetap memperhatikan tantangan dan kelemahan yang masih dimiliki oleh RSUP Fatmawati. Misi yang ditetapkan RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi adalah:

- 1) Memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berfokus pada pasien, berkualitas dan berintegrasi.
- 2) Meningkatkan Inovasi dan produktivitas kinerja berbasis kendali mutu kendali biaya.
- 3) Menyelenggarakan tata kelola klinis dan manajemen yang baik.
- 4) Mengembangkan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terkini.

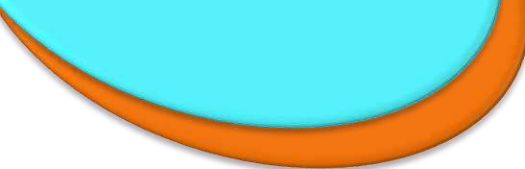
Tata nilai RSUP Fatmawati yang juga merupakan budaya organisasi RSUP Fatmawati diterapkan dalam rangka mendukung tercapainya visi dan misi RSUP Fatmawati. Adapun tata nilai RSUP Fatmawati adalah:

“Peduli, PROfesional, IntegritAs, Komitmen, Teamwork, Inovatif”

Falsafah RSUP Fatmawati yang juga menjadi pedoman ataupun panduan dalam memberikan pelayanan adalah sebagai berikut:

- 1) Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
- 2) Menjunjung tinggi kehidupan dan nilai-nilai luhur kemanusiaan
- 3) Menghargai pentingnya persatuan dan kerjasama
- 4) Menjunjung keseimbangan dan kelestarian lingkungan
- 5) Kebersamaan dalam kemajuan dan kesejahteraan

Adapun tujuan yang ingin dicapai dari RSB RSUP Fatmawati dengan memperhatikan analisa kondisi internal dan eksternal rumah sakit maka dirumuskanlah tujuan sebagai berikut:

- 
- 1) Terwujudnya pelayanan kesehatan prima dan paripurna yang memenuhi kaidah keselamatan pasien (*Patient Safety*).
  - 2) Terwujudnya pelayanan rumah sakit yang bermutu tinggi dengan tarif yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.
  - 3) Mewujudkan pengembangan berkesinambungan dan akuntabilitas bagi pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian.
  - 4) Terwujudnya SDM yang profesional dan berorientasi kepada pelayanan pelanggan.
  - 5) Terwujudnya kesejahteraan yang adil dan merata bagi seluruh sumber daya manusia rumah sakit.

Sedangkan Azas yang digunakan RSUP Fatmawati dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat adalah sebagai berikut:

- 1) Azas Pemberdayaan
- 2) Azas Kesatuan Komando
- 3) Azas Koordinasi
- 4) Azas Pembagian kerja secara Homogen
- 5) Azas Jalur dan Staff

### 3.2. Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti

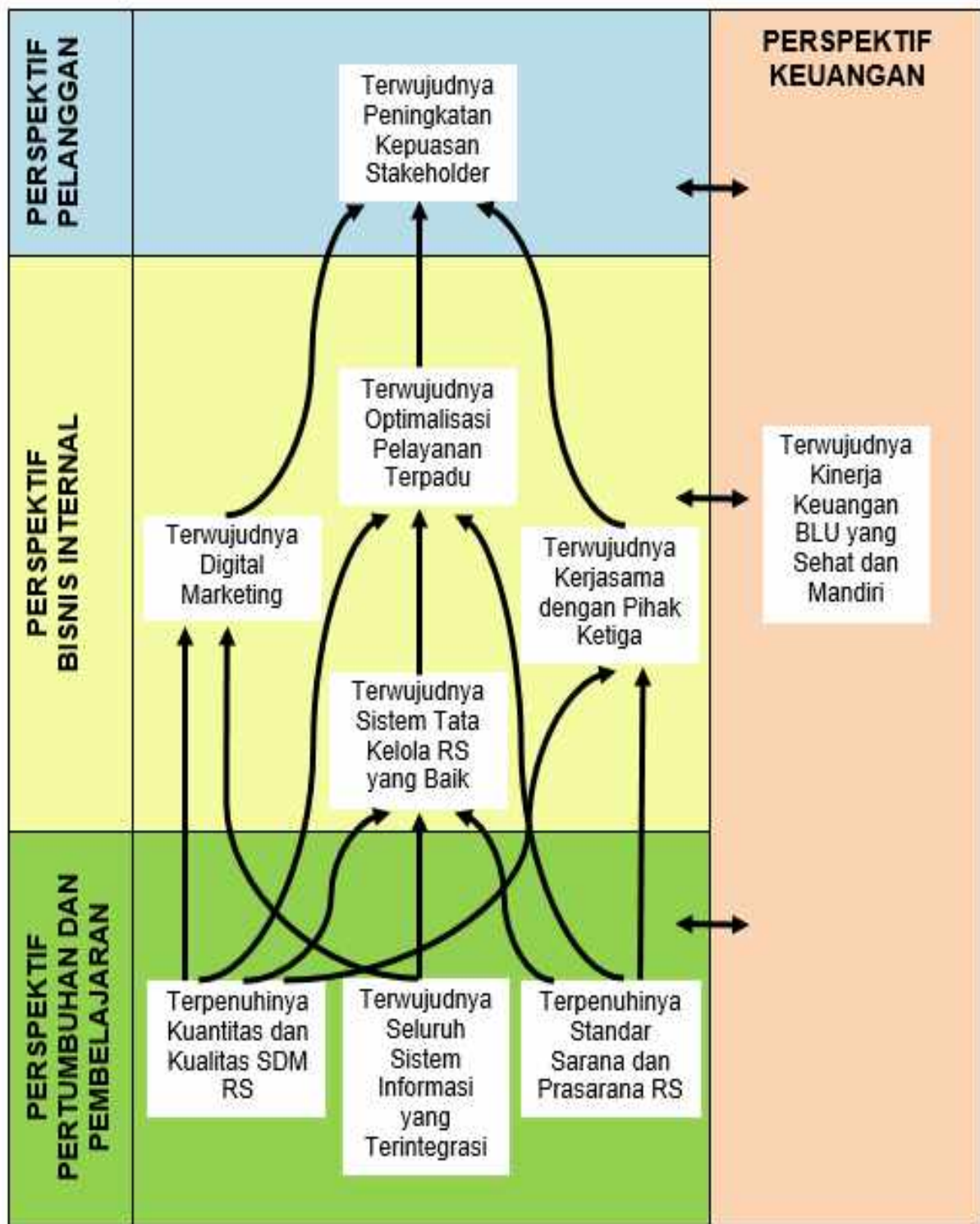
**Tabel 3.1. Harapan dan Kekhawatiran Utama *Stakeholder* Kunci RSUP Fatmawati**

NO.	KOMPONEN STAKEHOLDER	HARAPAN	KEKHAWATIRAN
1.	Kemenkes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki Kinerja yang terukur dan baik</li> <li>2. Mempertahankan Akreditasi JCI</li> <li>3. Memiliki layanan rujukan unggulan</li> <li>4. Memiliki Good Corporate Governance</li> <li>5. Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian (Academic Health System)</li> <li>6. Siap mendukung pelaksanaan Pendidikan Dokter Layanan Primer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya komitmen SDM</li> <li>2. Ketidaksiapan untuk menjalankan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian secara terintegrasi</li> <li>3. Sistem remunerasi belum optimal</li> </ol>
2.	Kemenkeu	POBO (Rasio Penerimaan terhadap Biaya Operasional) yang semakin membaik	Belum optimalnya pemanfaatan fleksibilitas BLU
3.	Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan tepat waktu</li> <li>2. Komunikasi interaktif dengan pasien</li> <li>3. Aksesibilitas pelayanan</li> <li>4. Sarana dan fasilitas umum yang baik</li> <li>5. Kelengkapan sarana medis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak adanya jaminan ketersediaan tempat rawat inap</li> <li>2. Mutu layanan berkurang karena sebagai pasien Jaminan Kesehatan Nasional</li> </ol>

NO.	KOMPONEN STAKEHOLDER	1. HARAPAN	KEKHAWATIRAN
4.	Peserta Didik	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pelaksanaan pendidikan dan penelitian yang bermutu dengan standar internasional, suasana yang nyaman dan apresiatif</li> <li>3. Sistem pendidikan terintegrasi</li> </ol>	Lulus dengan waktu melebihi batas
5.	Staf	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kesejahteraan</li> <li>2. Kesempatan peningkatan kompetensi berkelanjutan sehingga ada pengakuan keahlian</li> <li>3. Dukungan sarana dan prasarana yang mutakhir</li> <li>4. Kejelasan jenjang karir</li> </ol>	Beban kerja yang tidak merata antar individu
6.	Fakultas Kedokteran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fatmawati sebagai bagian dari <i>Academic Health System</i></li> <li>2. Jaminan mutu untuk wahana pendidikan (kualifikasi sebagai tenaga pendidik, sarana, kasus)</li> <li>3. Pelayanan yang berbasis Penelitian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lemahnya komitmen dan kualifikasi tenaga pendidik</li> <li>2. Supervisi pendidikan belum berjalan optimal</li> <li>3. Kemauan untuk melakukan penelitian masih rendah</li> </ol>
7.	Pihak Ketiga	Pembayaran tepat waktu dengan administrasi yang mudah	Ketidakpastian pembayaran tepat waktu



### 3.3. Rancangan Peta Strategi *Balance Scorecard* (BSC)



Gambar 3.1. Peta Strategi RSUP Fatmawati

### 3.4. Indikator Kinerja Utama

#### A. Matriks IKU

No	Sasaran Strategis	IKU	Bobot	Satuan	Target IKU (per Tahun)				
					2020	2021	2022	2023	2024
<b>Perspektif Keuangan</b>									
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	1. Cash ratio	7	Persentase	65,00%	75,85%	91,65%	121,80%	145,40%
		2. Current ratio	7	Persentase	200,00%	212,10%	219,21%	227,15%	234,61%
<b>Perspektif Pelanggan</b>									
2.	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	3. Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	5	Persentase	80%	81%	82%	83%	85%
		4. Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	5	Persentase	78%	80%	82%	84%	85%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>									



No	Sasaran Strategis	IKU	Bobot	Satuan	Target IKU (per Tahun)				
					2020	2021	2022	2023	2024
3.	Terwujudnya digital marketing	5. Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	5	Persentase	70%	75%	80%	85%	90%
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6. Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	7	Persentase	80%	83%	85%	90%	95%
		7. Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	8	Persentase	30%	35%	40%	45%	50%
		8. Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	8	Persentase	80%	65%	70%	75%	80%
5.		9. Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) Standar	5	Persentase	100%	100%	100%	100%	100%



No	Sasaran Strategis	IKU	Bobot	Satuan	Target IKU (per Tahun)				
					2020	2021	2022	2023	2024
	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	pelayanan kedokteran							
		10. Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)	5	Persentase	75%	80%	85%	90%	95%
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11. Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non-BPJS	5	Persentase	10%	10%	10%	11%	12%
		12. Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati	5	Angka	30	31	33	35	37
		13. Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi Pendidikan	5	Persentase	60%	56%	57%	59%	60%

***Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran***



No	Sasaran Strategis	IKU	Bobot	Satuan	Target IKU (per Tahun)				
					2020	2021	2022	2023	2024
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	5	Persentase	92%	94%	96%	98%	100%
		15. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	6	Persentase	88%	90%	92%	93%	95%
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	6	Persentase	100%	83%	86%	89%	92%
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17. Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	6	Persentase	85%	90%	92,50%	95%	100%



## B. KAMUS IKU

<b>Nomor IKU</b>	1				
<b>Perspektif</b>	Keuangan				
<b>Sasaran Strategis</b>	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri				
<b>IKU</b>	Cash Ratio				
<b>Definisi</b>	Rasio yang menunjukkan Kemampuan Perusahaan dalam membayar kewajiban jangka pendek dengan kas yang tersedia dan yang disimpan di bank				
<b>Formula</b>	$\frac{\text{Jumlah kas yang tersedia dan yang tersimpan di Bank}}{\text{Jumlah kewajiban jangka pendek}} \times 100\%$				
<b>Bobot IKU (%)</b>	7%				
<b>Person In Charge</b>	Kepala Bagian Akuntansi dan BMN				
<b>Sumber Data</b>	Laporan Keuangan Triwulan				
<b>Kriteria Inklusi</b>	Kas di bendahara pengeluaran, kas lainnya dan setara kas, kas pada badan layanan umum, kewajiban jangka pendek				
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-				
<b>Periode Pelaporan</b>	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input checked="" type="checkbox"/> Triwulanan	<input type="checkbox"/> Semesteran	<input type="checkbox"/> Tahunan	
<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	65,00%	75,85%	91,65%	121,80%	145,40%

Nomor IKU 2

Perspektif Keuangan

Sasaran Strategis Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri

IKU Current Ratio

Definisi Rasio yang menunjukkan Kemampuan Perusahaan dalam membayar kewajiban jangka pendek dengan aset lancar yang tersedia

Formula 
$$\frac{\text{Jumlah Aset Lancar yang tersedia}}{\text{Jumlah Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$$

Bobot IKU (%) 7%

Person In Charge Kepala Bagian Akuntansi dan BMN

Sumber Data Laporan Keuangan Triwulan

Kriteria Inklusi Kas di bendahara pengeluaran, kas lainnya dan setara kas, kas pada badan layanan umum, piutang, persediaan, kewajiban jangka pendek

Kriteria Eksklusi -

Periode Pelaporan  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	200,00%	212,10%	219,21%	227,15%	234,61%

**Nomor IKU** 3

**Perspektif** Pelanggan

**Sasaran Strategis** Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder

**IKU** Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat

**Definisi** Total nilai kepuasan dibagi dengan total maksimum kepuasan dikali 100%  
pelanggan eksternal: pasien, keluarga pasien, pengunjung, peserta didik, perorangan/badan hukum yang bekerja sama

**Formula** 
$$\frac{\text{Total nilai kepuasan}}{\text{total maksimum kepuasan}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat

**Sumber Data** survey kepuasan pelanggan

**Kriteria Inklusi** -

**Kriteria Eksklusi** -

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	81%	82%	83%	85%



**Nomor IKU** 4

**Perspektif** Pelanggan

**Sasaran Strategis** Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder

**IKU** Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat

**Definisi** Jumlah Pegawai yang menyatakan puas dan sangat Puas sesuai kuesioner

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah Pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah total maksimum kepuasan kuesioner}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** Kepala Bagian SDM

**Sumber Data** survey kepuasan pegawai

**Kriteria Inklusi** Pegawai yang menjadi target Survey

**Kriteria Eksklusi** Pegawai Cuti, pendidikan, pelatihan selama survey

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	78%	80%	82%	84%	85%

**Nomor IKU** 5

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Digital Marketing*

**IKU** *Online Channel yang terbentuk dalam marketing RS*

**Definisi** *Update konten pada berbagai bentuk online channel yang dikembangkan dalam mendukung pemasaran pelayanan RS dan membangun brand image RS*

**Formula** *Jumlah materi (informasi pelayanan, pemasaran produk, edukasi) yang di update di medsos RSUP Fatmawati (website, instagram, youtube) dalam 1 bulan*

$$\frac{\text{jumlah materi yang di update di medsos RSUP Fatmawati (website, instagram, youtube) dalam 1 bulan}}{\text{jumlah materi yang harus di update pada bulan yang sama (sebanyak 4 materi)}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat*

**Sumber Data** *Media Sosial RSUP Fatmawati (website, instagram, youtube)*

**Kriteria Inklusi** -

**Kriteria Eksklusi** -

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	75%	80%	90%	95%

**Nomor IKU** 6

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu*

**IKU** *Persentase Pasien Mendapatkan Pelayanan Kanker Terpadu*

**Definisi** *Pelayanan Kanker Terpadu adalah pelayanan pasien kanker secara komprehensif tanpa dirujuk ke luar RSUP Fatmawati*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah pasien kanker yang dilayani tanpa dirujuk keluar RS}}{\text{Jumlah seluruh pasien kanker}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 7%

**Person In Charge** *Kepala Bidang Pelayanan Medik*

**Sumber Data** *Data admission Rawat Jalan dan Rawat Inap Pusat Data IRMIK RSUP Fatmawati*

**Kriteria Inklusi** *Pasien Rawat Jalan*

**Kriteria Eksklusi** -

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	83%	85%	90%	95%

**Nomor IKU** 7

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu*

**IKU** *Persentase Pasien yang Memperoleh Pelayanan Minimal Invasif Subspesialistik Orthopedi*

**Definisi** *Adalah pelayanan pasien kasus Bedah Orthopaedi yang mendapatkan pelayanan minimal invasive di RSUP Fatmawati*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan minimal invasive}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap kasus Bedah Orthopaedi yang dilakukan Operasi}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 8%

**Person In Charge** *Kepala Bidang Pelayanan Medik*

**Sumber Data** *Data kasus Operasi Bedah Orthopaedi IBS, KSM Orthopedi*

**Kriteria Inklusi** -

**Kriteria Eksklusi** *Kasus Bedah orthopaedi yang tidak dapat dilakukan minimal invasive*

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	30%	35%	40%	45%	50%

Nomor IKU 8

Perspektif *Bisnis Internal*

Sasaran Strategis *Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu*

IKU *Persentase Pasien Pelayanan Kardiovaskular Intervensi Terpadu yang Dilayani RS*

Definisi *Adalah pelayanan pasien dengan kasus kardiovaskular intervensi yang dilayani secara komprehensif tanpa dirujuk di RSUP Fatmawati*

Formula 
$$\frac{\text{Jumlah pasien kasus kardiovaskular intervensi yang tidak dirujuk}}{\text{Jumlah seluruh pasien kardiovaskular intervensi}} \times 100\%$$

Bobot IKU (%) 8%

Person In Charge *Kepala Bidang Pelayanan Medik*

Sumber Data *Data admission Pusat Data IRMIK, UKVI*

Kriteria Inklusi -

Kriteria Eksklusi -

Periode Pelaporan  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	65%	70%	75%	80%

**Nomor IKU** 9

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik*

**IKU** *Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran*

**Definisi** *Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran adalah kepatuhan para staf medik dalam menggunakan PPK untuk memberikan asuhan klinis secara terstandarisasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. RS menetapkan paling sedikit 5 PPK dari pelayanan prioritas dengan ketentuan high cost/high volume/high risk.*

**Formula** *Jumlah kasus yang ditatalaksana sesuai dengan PPK dan/atau turunannya dibagi jumlah kasus yang dinilai*

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bidang Pelayanan Medik*

**Sumber Data** *IRMIK dan Satuan Kerja terkait*

**Kriteria Inklusi** *Kasus sesuai standar pelayanan kedokteran terpilih*

**Kriteria Eksklusi** *Kasus dengan varian tambahan (komorbid)*

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	100%	100%	100%	100%	100%

**Nomor IKU** 10

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik*

**IKU** *Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)*

**Definisi** *Tingkat kepercayaan stakeholder terhadap tata kelola rumah sakit yang baik yang meliputi 5 faktor yaitu keadilan, keterbukaan, akuntabilitas, responsibilitas dan independen,*

**Formula** 
$$\frac{(\text{Jumlah nilai seluruh jawaban} : \text{jumlah responden})}{(\text{Jumlah Pertanyaan} \times \text{nilai maksimal})} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Umum*

**Sumber Data** *Dokumen hasil survei Index Persepsi GCG*

**Kriteria Inklusi** -

**Kriteria Eksklusi** -

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	75%	80%	85%	90%	95%

**Nomor IKU** 11

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga*

**IKU** *Persentase Kunjungan Pasien Jaminan Pembiayaan Non-BPJS Kesehatan*

**Definisi** *Jumlah kunjungan pasien pembiayaan non BPJS Kesehatan dibagi total kunjungan pasien dikali 100%*

*Pasien pembiayaan non-BPJS adalah pasien yang membeli pelayanan RSF dengan menggunakan pembayaran tunai, jaminan asuransi komersial, jaminan kantor, atau jaminan kerjasama perusahaan dan bukan jaminan non-BPJS*

**Formula** 
$$\frac{\text{jumlah kunjungan pasien non BPJS kesehatan}}{\text{total kunjungan pasien}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat*

**Sumber Data** *ISIRS, IRMIK*

**Kriteria Inklusi** -

**Kriteria Eksklusi** -

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	10%	10%	10%	11%	12%



**Nomor IKU** 12

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga*

**IKU** *Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati*

**Definisi** *Jumlah Penelitian RS yang dilakukan oleh staf RSUP Fatmawati atau merupakan kolaborasi / kerjasama dengan institusi lain dimulai dari proposal sampai hasil penelitian yang bermanfaat sebagai evidence based PPK, upaya kendali mutu dan kendali biaya RS, dan manfaat lainnya yang hasilnya akan dipublikasikan baik secara internal/nasional/internasional*

**Formula** *Jumlah penelitian yang dilaksanakan di RSUP Fatmawati baik menggunakan anggaran hibah RS /kerjasama dengan pihak lain/ sedang dalam penyelesaian tugas akhir*

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian*

**Sumber Data** *Dokumen Laporan Penelitian*

**Kriteria Inklusi** *Variabel-variabel yang diterapkan sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*

**Kriteria Eksklusi** *Diluar yang ditetapkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*

**Periode Pelaporan**  *Bulanan*  *Triwulanan*  *Semesteran*  *Tahunan*

<b>Target</b>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
	<i>30</i>	<i>31</i>	<i>33</i>	<i>35</i>	<i>37</i>

**Nomor IKU** 13

**Perspektif** *Bisnis Internal*

**Sasaran Strategis** *Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga*

**IKU** *Persentase tenaga RS yang diakui sebagai Dosen Tidak Tetap oleh Institusi Pendidikan*

**Definisi** *Persentase Tenaga Pendidik RS yang Diakui Sebagai Dosen Tidak Tetap oleh pimpinan Institusi Pendidikan*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah Tenaga Pendidik RS yang Diakui Sebagai Dosen Tidak Tetap oleh Institusi Pendidikan}}{\text{Jumlah Tenaga Pendidik RS}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan*

**Sumber Data** *Dokumen Kepegawaian Dosen Tidak tetap*

**Kriteria Inklusi** *Variabel-variabel yang diterapkan sesuai dengan Permen Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi RI No. 26 Tahun 2015 tentang Registrasi Pendidik pada Perguruan Tinggi bahwa Dosen Tidak Tetap adalah dosen yang bekerja secara tidak penuh waktu pada perguruan tinggi*

**Kriteria Eksklusi** *Diluar yang ditetapkan Permen Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi RI No. 26 Tahun 2015 tentang Registrasi Pendidik pada Perguruan Tinggi bahwa Dosen Tidak Tetap adalah dosen yang bekerja secara tidak penuh waktu pada perguruan tinggi*

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	60%	56%	57%	59%	60%

**Nomor IKU** 14

**Perspektif** *Pertumbuhan dan Pembelajaran*

**Sasaran Strategis** *Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS*

**IKU** *Persentase SDM yang Ditingkatkan Kompetensinya*

**Definisi** *Jumlah Capaian Pembelajaran bagi tenaga kesehatan Minimal 20 Jam / Orang / Tahun*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah capaian jam pembelajaran bagi tenaga kesehatan dalam satu tahun}}{\text{Total Jam Pembelajaran yang Harus Dicapai oleh Seluruh tenaga kesehatan}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 5%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Sumber Daya Manusia*

**Sumber Data** *Dokumen Pengembangan SDM*

**Kriteria Inklusi** *Semua tenaga kesehatan RSUP Fatmawati*

**Kriteria Eksklusi** *Tenaga kesehatan yang sedang tugas belajar, Cuti diluar tanggungan negara*

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	92%	94%	96%	98%	100%

**Nomor IKU** 15

**Perspektif** *Pertumbuhan dan Pembelajaran*

**Sasaran Strategis** *Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS*

**IKU** *Persentase Pemenuhan SDM Sesuai Kebutuhan*

**Definisi** *Jumlah Pemenuhan SDM Sesuai Kebutuhan Pelayanan dan Pendukung Program Prioritas Rumah Sakit (Kanker Terpadu, Orthopedi, UKVI dan IT)*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah Pegawai yang Dipenuhi}}{\text{Jumlah Pegawai yang Dibutuhkan}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 6%

**Person In Charge** *Kepala Bagian Sumber Daya Manusia*

**Sumber Data** *Dokumen Pengadaan  
Dokumen Hasil Evaluasi Ketersediaan SDM*

**Kriteria inklusi** *Tenaga yang dipenuhi untuk mendukung pelayanan Kanker terpadu, Orthopedi, Kardiovaskuler Intervensi dan tenaga IT*

**Kriteria eksklusi** *Tenaga diluar program prioritas*

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	88%	90%	92%	93%	95%

Nomor IKU 16

Perspektif *Pertumbuhan dan Pembelajaran*

Sasaran Strategis *Terwujudnya Seluruh Sistem Informasi yang Terintegrasi*

IKU *Level Integrasi Sistem Informasi Layanan dan Manajemen*

Definisi *Sistem informasi layanan dan manajemen Rumah Sakit adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Penyelenggara Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) mengacu pada Permenkes Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pada satu platform.*

Formula 
$$\frac{\text{Jumlah nilai capaian berdasarkan bobot pada dokumen rencana strategi pengembangan sistem informasi RS}}{\text{Jumlah target capaian sesuai dengan program kerja strategis tahunan}} \times 100\%$$

Bobot IKU (%) 6%

Person In Charge *Kepala Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit*

Sumber Data *Dokumen pengembangan sistem informasi RS*

Kriteria inklusi

Kriteria eksklusi

Periode Pelaporan  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100%	83%	86%	89%	92%

**Nomor IKU** 17

**Perspektif** *Pertumbuhan dan Pembelajaran*

**Sasaran Strategis** *Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS*

**IKU** *Persentase Sarana, Prasarana dan Alat yang Berfungsi Sesuai Standar*

**Definisi** *Adalah pemenuhan sarana, prasarana dan alat medik yang mendukung terlaksananya pengembangan prioritas pelayanan sesuai dengan program kerja tahunan yang telah ditetapkan*

**Formula** 
$$\frac{\text{Jumlah sarana, prasarana dan alat medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah semua sarana, prasarana dan alat medik yang direncanakan setiap tahun}} \times 100\%$$

**Bobot IKU (%)** 6%

**Person In Charge** *Kepala Bidang Pelayanan Penunjang*

**Sumber Data** *RAB Perencanaan Bag Umum, IPSSRS dan Alat Medik*

**Kriteria inklusi** *Diluar perencanaan alkes BMHP, obat, implant dan usulan tambahan yang berjalan*

**Kriteria eksklusi**

**Periode Pelaporan**  Bulanan  Triwulanan  Semesteran  Tahunan

<b>Target</b>	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	90%	92,5%	95%	100%

### 3.5. Roadmap 5 Tahun Kedepan

Nama Satker	:	RSUP Fatmawati				
Visi	:	Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang Handal Bagi Masyarakat				
Misi	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berfokus pada pasien, berkualitas dan berintegrasi.</li> <li>2) Meningkatkan Inovasi dan produktivitas kinerja berbasis kendali mutu kendali biaya.</li> <li>3) Menyelenggarakan tata kelola klinis dan manajemen yang baik.</li> <li>4) Mengembangkan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terkini.</li> </ol>				
Layanan Unggulan	:	Pelayanan terpadu multidisiplin (kanker, orthopedi, kardiovaskuler intervensi)				
No.	Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritas layanan yang ditingkatkan/dikembangkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan pelayanan Bedah Jantung Tahap I</li> <li>• Pengembangan pelayanan MCU Kardio</li> <li>• Penyediaan pelayanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Pelayanan Hemato Onkologi</li> <li>• Penambahan pelayanan bedah syaraf intervensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan radioterapi tahap I</li> <li>• Pengembangan Pelayanan Orthopedic Excellent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan radioterapi tahap II</li> <li>• Pelayanan Rehabilitasi Jantung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan Perawatan Kedokteran Nuklir</li> </ul>



		<p>minimal invansif Spine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Tim Pelayanan Kanker Terpadu+ Cancer registry</li> <li>• Peningkatan kapasitas pelayanan Cathlab</li> <li>• Pengembangan pelayanan MCU Kardio</li> <li>• Pengembangan pemeriksaan Imunohistokimia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan pelayanan minimal invansif disetiap bidang SubSpesialistik Orthopaedi (Hip, Knee)</li> <li>• Penyediaan dan pengembangan pelayanan Limb reconstruction</li> <li>• Pengembangan pelayanan Bedah Jantung Tahap II</li> <li>• Penyediaan pelayanan Bone Bank</li> <li>• Peningkatan kapasitas pelayanan Cathlab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan Kardiovaskuler Terpadu</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--	--



No.	Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
2.	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	a. Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renovasi ex Ruang OK Cito menjadi OK Covid</li> <li>• Review, Penyusunan Proposal Radioterapi, Proses Perijinan (AMDAL, ANDALALIN, IMB, dll)</li> <li>• Pengadaan filter air laboratorium</li> <li>• Pembangunan lahan parkir</li> <li>• Pembangunan ruang rekreasi/ komersial</li> <li>• Merenovasi rumah duka/IFPJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses Perijinan (AMDAL, ANDALALIN, IMB, dll)</li> <li>• Membangun Ruang Tindakan Emergensi IGH untuk pasien eksekutif</li> <li>• Pembangunan Gedung Farmasi</li> <li>• Merenovasi asrama</li> <li>• Merenovasi ruang kelas diklat</li> <li>• Pembangunan lahan parkir</li> <li>• Pembangunan ruang rekreasi/ komersial</li> <li>• Merenovasi rumah duka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembangunan Cancer Center (bunker 2 linac)</li> <li>• Merenovasi ex OK CITO lama menjadi Ok Orthopedi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merenovasi OK Bedah Jantung Lt 2 Ged Bougenville</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merenovasi gedung rawat jalan regular</li> <li>• Merenovasi gedung rawat inap</li> <li>• Membangun hostel</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merenovasi Poli TB RO &amp; kamar rawat inap isolasi TB RO</li> <li>• Mereposisi fungsi ruangan lantai 4,5,6 gedung anggrek</li> <li>• Pemenuhan sarana prasarana mini ICU</li> <li>• Pemenuhan sarana prasarana ruang HCU Neurocardiovaskuler</li> <li>• Membangun Gedung induk dan standarisasi perkantoran</li> <li>• Membuat rancangan renovasi IGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merenovasi IGD</li> <li>• Merenovasi ruang cathlab lantai 1</li> <li>• Merenovasi Gedung induk dan standarisasi perkantoran</li> <li>• Merenovasi dan standarisasi ruang rekam medik</li> <li>• Renovasi IPAL Bougenvil</li> </ul>			
--	--	---	---	--	--	--




		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengecatan pagar RS</li> </ul>				
	b. Alat kesehatan	<p>Pemenuhan alat kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengadaan alat Laboratorium (Autostainer, IHK, PCR, pengganti KSO, Mikroskop)</li> <li>Pengadaan Mega Protese dan TKR set</li> <li>Pengadaan Alat Medik Orthopedi Minimal Invasif</li> <li>Pengadaan Alat Radiologi pengganti KSO (MRI 3T, CT Scan, X Ray 2 Detector, X Ray Digital)</li> </ol>	<p>Pemenuhan alat kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengadaan Lanjutan Pengadaan Alat Medik Orthopedi Minimal Invasif</li> <li>Complete FAST Arthroscopy Work Station</li> <li>Pemenuhan sarana (Freezer tissue bank)</li> <li>Pengadaan Pediatric Set Bedah Jantung Anak</li> <li>Pengadaan Alat Laboratorium (,Flowcitometri, Biosafety Cabinet)</li> </ol>	<p>Pemenuhan alat kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengadaan alat Radioterapi Eksterna</li> <li>Pengadaan Alat Radioterapi Interna (Brakhiterapi)</li> <li>Pengadaan alat kesehatan (Pengadaan USG muskuloskeletal)</li> </ol>	<p>Pemenuhan alat kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengadaan lanjutan alat radioterapi eksterna</li> <li>Kedokteran nuklir</li> </ol>	<p>Pemenuhan alat kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengadaan lanjutan alat kedokteran nuklir</li> <li>Penambahan alat pendukung Cathlab Hybrid</li> </ol>

			e. Pengadaan alat Radioterapi Eksterna			
3.	Kebutuhan Anggaran	612.311.221.385	659.042.846.197	697.732.643.890	750.569.192.258	794.327.699.990
4.	Proyeksi pendapatan	648.323.934.345	670.499.530.381	705.330.408.558	758.897.476.827	802.255.654.870
5.	Kebutuhan SDM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan tenaga: Perawat anestesi (2), Farmasi (1) dan Radiografer (1)</li> <li>• Penambahan dan pelatihan perawat Kardiologi dasar (2) untuk HCU Bedah UKVI</li> <li>• Pengembangan pendidikan (Subspesialistik Jantung Konsultan Rehab Jantung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutmen teknisi IHK+PA</li> <li>• Rekrut Sp Onk Rad</li> <li>• Rekrut Sp.PA</li> <li>• Rekrut Sp A Onk</li> <li>• Rekrut Sp B Onk</li> <li>• Rekrut Perawat</li> <li>• Rekrut TTK</li> <li>• Rekrut radiotherapist (10)</li> <li>• Rekrut Teknik Elektro medis (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT perawat KD</li> <li>• Training radiotherapist, perawat, Fisika medis ke RSCM</li> <li>• Rekrut Fisikawan Medis (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyelenggara pelatihan perawat KD</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan &amp; Pelatihan SDM Perawat Primary PCI: 4</li> <li>• Pelatihan Fisioterapist utk Rehab Jantung</li> <li>• Pelatihan dan Penyediaan SDM Cancer Register 1 org DU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrut Farmasi</li> <li>• Rekrut staf rekam medis</li> <li>• Rekrut staf administrasi</li> <li>• Pengembangan &amp; Pendidikan (Spine Onkologi)</li> <li>• Pengembangan pendidikan dan penelitian (tenaga M.Epid)</li> <li>• Penambahan &amp; Pengembangan pelatihan Perawat Kardio Dasar dan lanjutan (4)</li> <li>• Penambahan &amp; Pelatihan Perawat ICU Bedah Jantung:5</li> </ul>			
--	--	---	--	--	--	--





			<ul style="list-style-type: none"><li>• Penambahan dan Pelatihan Perawat HCU</li><li>• Bedah Jantung: 4</li></ul>			
--	--	--	---	--	--	--



### 3.6. Program Kerja Strategis

No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
<b>Perspektif Keuangan</b>							
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	1. Cash ratio	1. Memperpendek collection periods dari 70 hari menjadi 60 hari 2. Menekan/mengurangi/mengendalikan biaya operasional 3. Mengembangkan Billing System	1. Memperpendek collection periods dari 60 hari menjadi 50 hari 2. Penyesuaian Tarif pelayanan	1. Memperpendek collection periods dari 50 hari menjadi 40 hari 2. Menempatkan dana-dana idle ke dalam instrumen-instrumen keuangan 3. Penyesuaian tarif pelayanan	1. Memperpendek collection periods dari 40 hari menjadi 30 hari 2. Penyesuaian proporsi bagi hasil pada KSO disesuaikan dengan tarif yang berlaku 3. Penyesuaian Tarif pelayanan	1. Mempertahankan collection periods maksimal 30 hari 2. Optimalisasi klaim asuransi terbayar 100% 3. Penyesuaian Tarif pelayanan

No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
		2. Current Ratio	1. Memperpendek collection periods dari 70 hari menjadi 60 hari 2. Menekan/mengurangi/mengendalikan biaya operasional 3. Mengembangkan Billing System	1. Memperpendek collection periods dari 60 hari menjadi 50 hari 2. Penyesuaian Tarif pelayanan	1. Memperpendek collection periods dari 50 hari menjadi 40 hari 2. Menempatkan dana-dana idle ke dalam instrumen-instrumen keuangan 3. Penyesuaian Tarif pelayanan	1. Memperpendek collection periods dari 40 hari menjadi 30 hari 2. Penyesuaian proporsi bagi hasil pada KSO disesuaikan dengan tarif yang berlaku 3. Penyesuaian Tarif pelayanan	1. Mempertahankan collection periods maksimal 30 hari 2. Optimalisasi klaim asuransi terbayar 100% 3. Penyesuaian Tarif pelayanan





No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
<b>Perspektif Pelanggan</b>							
2.	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	3. Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	1. Survei kepuasan pelanggan eksternal 2. Penanganan keluhan 3. Service excellent 4. Edukasi sesuai PMK 33/2019	1. Survei kepuasan pelanggan eksternal 2. Penanganan keluhan 3. Service excellent 4. Edukasi sesuai PMK 33/2019	1. Survei kepuasan pelanggan eksternal 2. Penanganan keluhan 3. Service excellent 4. Edukasi sesuai PMK 33/2019	1. Survei kepuasan pelanggan eksternal 2. Penanganan keluhan 3. Service excellent 4. Edukasi sesuai PMK 33/2019	1. Survei kepuasan pelanggan eksternal 2. Penanganan keluhan 3. Service excellent 4. Edukasi sesuai PMK 33/2019
		4. Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	1. Survei kepuasan pelanggan internal 2. Edukasi sesuai PP 53/2010 dan PP 11/2017 3. Perbaiki sistem imbal	1. Survei kepuasan pelanggan internal 2. Edukasi sesuai PP 53/2010 dan PP 11/2017	1. Survei kepuasan pelanggan internal 2. Edukasi sesuai PP 53/2010 dan PP 11/2017	1. Survei kepuasan pelanggan internal 2. Edukasi sesuai PP 53/2010 dan PP 11/2017	1. Survei kepuasan pelanggan internal 2. Edukasi sesuai PP 53/2010 dan PP 11/2017



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun					
			2020	2021	2022	2023	2024	
			jasa dan sistem penggajian					
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>								
3.	Terwujudnya digital marketing	5. Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu	1. Pembuatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Push digital marketing (email, SMS)</li> <li>• Blog</li> <li>• Website</li> <li>• Video Youtube</li> <li>• Sosmed</li> <li>• Channel TV</li> </ul> 2. Posting 1 kebaikan per pegawai per minggu



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6. Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan pelayanan Bedah Jantung Tahap I</li> <li>• Pengembangan pelayanan MCU Kardio</li> <li>• Penyediaan pelayanan minimal invansif Spine</li> <li>• Pengembangan Tim Pelayanan Kanker Terpadu+ Cancer registry</li> <li>• Peningkatan kapasitas pelayanan Cathlab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Pelayanan Hemato Onkologi</li> <li>• Penambahan pelayanan bedah syaraf intervensi</li> <li>• Pengembangan pelayanan minimal invansif disetiap bidang SubSpesialistik Orthopaedi (Hip, Knee)</li> <li>• Penyediaan dan pengembangan pelayanan Limb reconstruction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan radioterapi tahap I</li> <li>• Pengembangan Pelayanan Orthopedic Excellent</li> <li>• Pelayanan Kardiovaskuler Terpadu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan radioterapi tahap II</li> <li>• Pelayanan Rehabilitasi Jantung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan Kedokteran Nuklir</li> </ul>

No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan pelayanan MCU Kardio</li> <li>• Pengembangan pemeriksaan imunohistokimia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan pelayanan Bedah Jantung Tahap II</li> <li>• Penyediaan pelayanan Bone Bank</li> <li>• Peningkatan kapasitas pelayanan Cathlab</li> </ul>			
		7. Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif sub-spesialistik orthopedi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemenuhan alat kesehatan (Pengadaan Mega Proteze dan TKR set)</li> <li>2. Pengembangan pendidikan dan penelitian (Melaksana-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemenuhan alat kesehatan (Pengadaan Scope Arthroscopy, C Arm, alat Ilizarof)</li> <li>2. Pemenuhan sarana (Freezer tissue bank)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyediaan ruang Orthopedic Excellence</li> <li>2. Pemenuhan alat kesehatan (Pengadaan USG muskuloskeletal)</li> </ol>		



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			kan Workshop subspecialis) 3. Penyediaan pelayanan minimal invansif spine (cervical, deformitas, degenerative)	3. Penyediaan dan pengembangan pelayanan advance (knee, hip) 4. Penyediaan dan pengembangan pelayanan Limb reconstruction 5. Penyediaan pelayanan Bone Bank 6. Pengembangan Pendidikan (Spine Onkologi) 7. Pengembang-an pendidikan dan penelitian (tenaga M.Epid)			



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
		8. Persentase pasien pelayanan kardio-vaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	1. Pengembangan pelayanan Cathlab a. Penambahan waktu pelayanan Primary PCI secara bertahap; b. Penambahan pelayanan untuk Kardiologi Anak: kateterisasi diagnostik dan intervensi) 2. Penambahan pelayanan Bedah Jantung (mencakup tindakan CABG, Repair katup,	1. Penambahan alat pendukung Cathlab hybrid 2. Pemenuhan alat kesehatan (Pengadaan PPM) 3. Pembuatan Video promosi pelayanan 4. Pengembangan pelatihan Perawat Kardio lanjutan (4)	1. TOT perawat KD 2. Penyelenggara pelatihan perawat KD 3. Pengembangan pelayanan Rehab jantung terpadu 4. Pembuatan Video pelayanan	1. Pembuatan Video promosi pelayanan 2. Pengadaan Cathlab Biplane	Pembuatan Video promosi pelayanan



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun					
			2020	2021	2022	2023	2024	
			ASD dan VSD closure, PDA ligasi) 3. Penambahan pelayanan bedah syaraf (Intraarterial Nerve Growth) 4. Penambahan pelayanan jantung dan vaskuler (Radio Frequency Ablation/RFA, Vascular Instrumen set, Balloon IABP, Apoxymeter) 5. Re-layout Cathlab lama					



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun					
			2020	2021	2022	2023	2024	
			6. Pengembangan pelayanan MCU Kardio 7. Penambahan pelayanan Konsultasi One Stop Service 8. Penyediaan ruang kantor UKVI 9. SIMRS pel UKVI 10. IKS Pelayanan rujukan partial 11. Video pelayanan, jurnal (publikasi) Pelayanan pengaduan 12. Penambahan tenaga: Perawat					





No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun					
			2020	2021	2022	2023	2024	
			anestesi (2), Farmasi (1) dan Radiografer (1) 13. Pengembangan pelatihan perawat Kardiologi dasar (2) untuk HCU Bedah UKVI 14. Pengemba ngan pendidikan (Sub- spesialisik Rehab jantung)					
5.	Terwujudnya sistem tata kelola	9. Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima)	1. Menentukan 5 kasus prioritas dari 3 layanan unggulan berdasarkan	1. Menentukan 5 kasus prioritas dari 3 layanan unggulan berdasarkan	1. Menentukan 5 kasus prioritas dari 3 layanan unggulan berdasarkan	1. Menentukan 5 kasus prioritas dari 3 layanan unggulan berdasarkan	1. Menentukan 5 kasus prioritas dari 3 layanan unggulan berdasarkan high	



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
	RS yang baik	Standar pelayanan kedokteran prioritas.	<p>high volume,high cost, dan high risk.</p> <p>2. Mencari ketersediaan PPK dan/atau turunannya, bila PPK ada namun belum diperbarui wajib diperbarui oleh KSM, bila PPK belum ada wajib disusun oleh KSM, PPK belum diperbarui atau belum ada tetap dinilai.</p>	<p>high volume,high cost, dan high risk.</p> <p>2. Mencari ketersediaan PPK dan/atau turunannya, bila PPK ada namun belum diperbarui wajib diperbarui oleh KSM, bila PPK belum ada wajib disusun oleh KSM, PPK belum diperbarui atau belum ada tetap dinilai.</p>	<p>high volume,high cost, dan high risk.</p> <p>2. Mencari ketersediaan PPK dan/atau turunannya, bila PPK ada namun belum diperbarui wajib diperbarui oleh KSM, bila PPK belum ada wajib disusun oleh KSM, PPK belum diperbarui atau belum ada tetap dinilai.</p>	<p>high volume,high cost, dan high risk.</p> <p>2. Mencari ketersediaan PPK dan/atau turunannya, bila PPK ada namun belum diperbarui wajib diperbarui oleh KSM, bila PPK belum ada wajib disusun oleh KSM, PPK belum diperbarui atau belum ada tetap dinilai.</p>	<p>volume,high cost, dan high risk.</p> <p>2. Mencari ketersediaan PPK dan/atau turunannya, bila PPK ada namun belum diperbarui wajib diperbarui oleh KSM, bila PPK belum ada wajib disusun oleh KSM, PPK belum diperbarui atau belum ada tetap dinilai.</p> <p>3. Evaluasi kesesuaian tata laksana kasus terhadap PPK</p>



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			3. Evaluasi kesesuaian tata laksana kasus terhadap PPK dan/atau turunannya.	1. 3. Evaluasi kesesuaian tata laksana kasus terhadap PPK dan/atau turunannya.	3. Evaluasi kesesuaian tata laksana kasus terhadap PPK dan/atau turunannya.	3. Evaluasi kesesuaian tata laksana kasus terhadap PPK dan/atau turunannya.	dan/atau turunannya.
		10. Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)	1. Penyusunan dan Penetapan Tatalaksana Organisasi sesuai SOTK RS 2. Penyempurnaan Instrumen Survei 3. Pelaksanaan Survei 4. Evaluasi Hasil Survei	1. Penyusunan dan Penyempurnaan Regulasi Tata Kelola RS 2. Pelaksanaan Survei 3. Evaluasi Hasil Survei	1. Pelaksanaan Survei 2. Evaluasi Hasil Survei	1. Pelaksanaan Survei 2. Evaluasi Hasil Survei	1. Pelaksanaan Survei 2. Evaluasi Hasil Survei



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11. Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non-BPJS	1. Marketing ke perusahaan 2. Membuat push email marketing 3. Follow up pelanggan 4. Perbaharuan kontrak memperhatikan target jumlah pasien	1. Marketing ke perusahaan 2. Membuat push email marketing 3. Follow up pelanggan 4. Perbaharuan kontrak memperhatikan target jumlah pasien	1. Marketing ke perusahaan 2. Membuat push email marketing 3. Follow up pelanggan 4. Perbaharuan kontrak memperhatikan target jumlah pasien	1. Marketing ke perusahaan 2. Membuat push email marketing 3. Follow up pelanggan 4. Perbaharuan kontrak memperhatikan target jumlah pasien	1. Marketing ke perusahaan 2. Membuat push email marketing 3. Follow up pelanggan 4. Perbaharuan kontrak memperhatikan target jumlah pasien
		12. Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati	1. Regulasi pencatatan dan pelaporan kegiatan penelitian oleh KSM 2. hibah penelitian internal/ eksternal lainnya	1. Regulasi pencatatan dan pelaporan kegiatan penelitian oleh KSM 2. hibah penelitian internal/ eksternal lainnya	1. Regulasi pencatatan dan pelaporan kegiatan penelitian oleh KSM 2. hibah penelitian internal/ eksternal lainnya	1. Regulasi pencatatan dan pelaporan kegiatan penelitian oleh KSM 2. hibah penelitian internal/ eksternal lainnya	1. Regulasi pencatatan dan pelaporan kegiatan penelitian oleh KSM 2. hibah penelitian internal/ eksternal lainnya 3. Publikasi peluang hibah eksternal



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			3. Publikasi peluang hibah eksternal (litbangkes, LIPI, dll)	3. Publikasi peluang hibah eksternal (litbangkes, LIPI, dll)	3. Publikasi peluang hibah eksternal (litbangkes, LIPI, dll)	3. Publikasi peluang hibah eksternal (litbangkes, LIPI, dll)	(litbangkes, LIPI, dll)
		13. Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan	1. Pelatihan pendidik klinis 2. Penyusunan modul 3. Pembimbingan kepada mahasiswa kedokteran 4. Peran serta rumah sakit Fatmawati dalam AHS	1. Pelatihan pendidik klinis 2. Penyusunan modul 3. Pembimbingan kepada mahasiswa kedokteran 4. Akreditasi institusi penyelenggara pelatihan 5. Peran serta rumah sakit dalam AHS	1. Pelatihan pendidik klinis 2. Penyusunan modul 3. Pembimbingan kepada mahasiswa kedokteran 4. Akreditasi institusi penyelenggara pelatihan 5. Peran serta rumah sakit Fatmawati dalam AHS	1. Pelatihan pendidik klinis 2. Penyusunan modul 3. Pembimbingan kepada mahasiswa kedokteran 4. Peran serta rumah sakit Fatmawati dalam AHS	1. Pelatihan pendidik klinis 2. Penyusunan modul 3. Pembimbingan kepada mahasiswa kedokteran 4. Akreditasi institusi penyelenggara pelatihan 5. Peran serta rumah sakit Fatmawati dalam AHS



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
<b><i>Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran</i></b>							
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	1. Menyusun Renbang Diklat 2. Penggunaan aplikasi SIBULAT (Sistem Informasi Kebutuhan Pelatihan) 3. Monev capaian	1. Menyusun Renbang Diklat 2. Penggunaan aplikasi SIBULAT (Sistem Informasi Kebutuhan Pelatihan) 3. Monev capaian	1. Menyusun Renbang Diklat 2. Penggunaan aplikasi SIBULAT (Sistem Informasi Kebutuhan Pelatihan) 3. Monev capaian	1. Menyusun Renbang Diklat 2. Penggunaan aplikasi SIBULAT (Sistem Informasi Kebutuhan Pelatihan) 3. Monev capaian	1. Menyusun Renbang Diklat 2. Penggunaan aplikasi SIBULAT (Sistem Informasi Kebutuhan Pelatihan) 3. Monev capaian
		15. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	1. Menyusun Renbang Pengadaan SDM	1. Menyusun Renbang Pengadaan SDM	1. Menyusun Renbang Pengadaan SDM	1. Menyusun Renbang Pengadaan SDM	1. Menyusun Renbang Pengadaan SDM



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			2. Rekrutmen sesuai ABK dan formasi yang dibutuhkan	2. Rekrutmen sesuai ABK dan formasi yang dibutuhkan	2. Rekrutmen sesuai ABK dan formasi yang dibutuhkan	2. Rekrutmen sesuai ABK dan formasi yang dibutuhkan	2. Rekrutmen sesuai ABK dan formasi yang dibutuhkan
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	1. Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi 2. Pengembangan aplikasi Ekklaim terintegrasi dengan monitoring klaim bpjs 3. Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e	1. Pengembangan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik 2. Pengembangan aplikasi keuangan terintegrasi dengan rumah tangga dan farmasi 3. Pengembangan dan Implementasi	1. Pengembangan Aplikasi jadwal operasi terintegrasi dengan farmasi 2. Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record dan PACS 3. Pengembangan LIS (laboratorium information system)	1. Pengembangan Aplikasi Akuntansi terintegrasi dengan Pelayanan (front Office) 2. Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record dan PACS 3. Pengembangan Aplikasi E-SDM (Payroll, E-Remun, dst)	1. Pengembangan aplikasi Backoffice terintegrasi Remun, PMD dan Akuntansi 2. Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record dan PACS 3. Pengembangan Mobile Apps

No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			medical record dan PACS 4. Pengembangan Mobile Apps 5. Pengembangan Aplikasi E-SDM(Payroll, E-Remun, dst)	Aplikasi RS e medical record dan PACS 4. Pengembangan Mobile Apps 5. Pengembangan Aplikasi E-SDM(Payroll, E-Remun, dst)	4. Pengembangan Aplikasi E-SDM(Payroll, E-Remun, dst) 5. Pengembangan Mobile Apps	4. Pengembangan Mobile Apps	
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17. Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	1. Pelaksanaan Inventarisasi SPA 2. Penyusunan Standar SPA 3. Kalibrasi dan Pemeliharaan 4. Evaluasi dan Pelaporan 5. Pengadaan Autostainer 6. Pengadaan Mega Protese dan TKR set	1. Pemenuhan SPA (skala prioritas) 2. Kalibrasi dan Pemeliharaan 3. Pengembangan Sistem Informasi SPA Internal RS 4. Evaluasi dan Pelaporan	1. Pemenuhan SPA (skala prioritas) 2. Kalibrasi dan Pemeliharaan 3. Evaluasi dan Pelaporan 4. Pemenuhan alat kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brachiterapy Remote</li> </ul>	1. Pemenuhan SPA (skala prioritas) 2. Kalibrasi dan Pemeliharaan 3. Evaluasi dan Pelaporan 4. Pemenuhan alat kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spect CT (Bone Scan)</li> </ul>	1. Pemenuhan SPA (skala prioritas) 2. Kalibrasi dan Pemeliharaan 3. Evaluasi dan Pelaporan 4. Pemenuhan alat kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PET CT</li> <li>• Penambahan alat pendukung</li> </ul>



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			7. Pengadaan alat laboratorium IHK 8. Pengadaan alat PCR 9. Pengadaan Endoscopic Arthroscopy Set 10. Pengadaan pengganti KSO MRI 11. Pengadaan pengganti KSO CT scan 12. Pengadaan pengganti KSO X Ray 2 Detector 13. Pengadaan pengganti KSO X Ray Digital 14. Pengganti KSO Lab	5. Pemenuhan alat kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengadaan Arthroscopy Set (Hip, Small Joint dan Shoulder)</li> <li>• Complete FAST Arthroscopy Work Station</li> <li>• Pemenuhan sarana (Freezer tissue bank)</li> <li>• Pediatric Set Bedah Jantung Anak</li> <li>• Pengadaan Flowcitrone</li> </ul>	After Loading <ul style="list-style-type: none"> <li>• Source Iridium -192 for Brachytherapy</li> <li>• Aplikator, Jarum Interstitial dan Plate</li> <li>• Apron</li> <li>• USG Doppler</li> <li>• Tele-Endoscopy dan Biopsy Digital</li> <li>• Mammography Digital</li> <li>• Double Injector for MRI</li> <li>• Dosimetry for</li> </ul>	dan Tiroid Scan) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cyclotron</li> </ul>	Cathlab Hybrid



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			Hematology Analyzer 15. Pengganti KSO Urine Analyzer 16. Pengganti KSO Kimia Analyzer 17. Pengadaan Mikroskop Binokuler 18. Pengadaan pengganti KSO X Ray 2 Detector 19. Pengadaan pengganti KSO X Ray Digital 20. Pengganti KSO Lab Hematology Analyzer 21. Pengganti KSO Urine Analyzer 22. Pengganti KSO Kimia Analyzer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengadaan BSC (Biosafety Cabinet)</li> <li>• Linac multi energy include TPS &amp; Oncology Information System</li> <li>• CT Simulator (Table Top, LAP Moving Laser, CT Scan 32 Slice bore 90 cm, Printer Film Double Tray)</li> <li>• Dosimetry System/ IMRT</li> <li>• Mask : 3 point for</li> </ul>	Radiodiagnostic QC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Film Ruler</li> <li>• Meja Pasien Brakhiterapi</li> <li>• Set Alat Bedah Gynekology</li> <li>• Patient Monitor 7 parameter</li> <li>• Ventilator</li> <li>• Trolley emergency</li> <li>• Defibrilator</li> <li>• Sterilisator</li> <li>• Ruller Check Cable</li> <li>• Well Type Chamber</li> <li>• Pengadaan USG musculoskeletal</li> </ul>		



No	Sasaran Strategis	IKU	Program Kerja Strategis tiap Tahun				
			2020	2021	2022	2023	2024
			23. Pengadaan Mikroskop Binokuler	head, 5-7 point for head and neck <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base Plate head and neck</li> <li>• Pillow/ cushion</li> <li>• Knee and food rest</li> <li>• Moulding Set</li> <li>• Surveymeter Neutron</li> <li>• Surveymeter foton</li> <li>• Apron</li> <li>• TLD Badge</li> <li>• Dosimeter saku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengadaan Cathlab Biplane</li> </ul>		



## BAB IV. PROYEKSI KEUANGAN

### 4.1. Estimasi Pendapatan

Sumber Pendapatan	2020 (Rp)	2021 (Rp)	2022 (Rp)	2023 (Rp)	2024 (Rp)
Pendapatan Alokasi APBN	142.473.578.110	154.779.181.275	169.361.649.460	184.337.242.180	200.788.808.760
Pendapatan Jasa Layanan Masyarakat	505.850.356.235	515.720.349.106	535.968.759.098	574.560.234.647	601.466.846.110
<b>Jumlah</b>	<b>648.323.934.345</b>	<b>670.499.530.381</b>	<b>705.330.408.558</b>	<b>758.897.476.827</b>	<b>802.255.654.870</b>

### 4.2. Estimasi Beban

Rencana Kebutuhan	2020 (Rp)	2021 (Rp)	2022 (Rp)	2023 (Rp)	2024 (Rp)
Beban Pegawai	339.757.198.000	373.732.918.100	406.290.428.000	441.627.019.000	478.844.535.000
Beban Persediaan	103.756.774.755	112.930.713.976	120.447.984.940	135.457.002.948	141.118.874.720
Beban Barang dan Jasa	151.777.148.630	154.508.109.121	153.061.164.680	155.544.889.150	156.334.307.910
Beban Pemeliharaan	16.228.100.000	17.039.505.000	17.097.308.270	17.100.344.370	17.185.845.990

Beban Perjalanan Dinas	792.000.000	831.600.000	835.758.000	839.936.790	844.136.370
<b>Jumlah</b>	<b>612.311.221.385</b>	<b>659.042.846.197</b>	<b>697.732.643.890</b>	<b>750.569.192.258</b>	<b>794.327.699.990</b>

### 4.3. Rencana Kebutuhan Anggaran

No.	Output	Uraian	Tahun Anggaran				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	2094,506	Gedung Layanan	-	<b>9.000.000.000</b>	-	-	-
		- PNBP	-	9.000.000.000	-	-	-
		- RM	-	-	-	-	-
2	2094,508	Alat Kesehatan	<b>558.461.000</b>	<b>3.691.656.500</b>	<b>20.168.637.571</b>	<b>39.848.745.021</b>	<b>23.306.088.113</b>
		- PNBP	558.461.000	3.691.656.500	20.168.637.571	39.848.745.021	23.306.088.113
		- RM	-	-	-	-	-
3	2094,509	Layanan Operasi-	<b>375.990.861.000</b>	<b>395.831.883.750</b>	<b>421.910.608.887</b>	<b>447.405.378.830</b>	<b>474.616.909.454</b>



No.	Output	Uraian	Tahun Anggaran				
			2020	2021	2022	2023	2024
		onal UPT BLU					
		- Belanja Pegawai	218.894.861.000	236.406.449.880	255.318.965.870	275.744.483.140	297.804.041.791
		- Belanja Barang	30.550.001.000	31.466.501.030	32.410.496.061	33.382.810.943	34.384.295.271
		- Belanja Jasa	36.556.000.000	35.269.233.870	38.710.757.016	39.943.583.110	41.144.035.705
		- Belanja Pemeli- haraan	16.880.000.000	17.386.400.000	17.907.992.000	18.445.231.760	18.998.588.713
		- Belanja Perjalan- an Dinas	800.000.000	824.000.000	848.720.000	874.181.600	900.407.048
		- Belanja Barang dan Jasa BLU Lainnya	72.309.999.000	74.479.298.970	76.713.677.939	79.015.088.277	81.385.540.925



No.	Output	Uraian	Tahun Anggaran				
			2020	2021	2022	2023	2024
4	2094,512	Obat - Obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	<b>120.518.739.000</b>	<b>130.000.000.000</b>	<b>151.250.000.000</b>	<b>166.375.000.000</b>	<b>170.000.000.000</b>
		- PNBP	107.518.739.000	130.000.000.000	151.250.000.000	166.375.000.000	170.000.000.000
		- RM	13.000.000.000	-	-	-	-
5	2094,951	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	<b>9.644.114.000</b>	<b>5.000.000.000</b>	<b>5.000.000.000</b>	<b>5.000.000.000</b>	<b>5.000.000.000</b>
		- PNBP	9.644.114.000	-	-	-	-
		- Inventaris Non Medik	2.500.000.000	1.000.000.000	1.500.000.000	2.000.000.000	2.500.000.000
		- Hardware	7.144.114.000	4.000.000.000	3.500.000.000	3.000.000.000	2.500.000.000



No.	Output	Uraian	Tahun Anggaran				
			2020	2021	2022	2023	2024
		- RM (Inventaris Non Medik)	-	-	-	-	-
6	2094,970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	<b>6.287.825.000</b>	<b>6.476.459.750</b>	<b>6.670.753.543</b>	<b>6.870.876.149</b>	<b>7.077.002.433</b>
		- PNBP	6.287.825.000	6.476.459.750	6.670.753.543	6.870.876.149	7.077.002.433
7	2094,994	Layanan Perkantoran	<b>130.217.126.000</b>	<b>154.779.181.275</b>	<b>169.361.649.460</b>	<b>184.337.242.180</b>	<b>200.788.808.761</b>
		- RM	130.217.126.000	154.779.181.275	169.361.649.460	184.337.242.180	200.788.808.761
<b>Jumlah</b>			<b>643.217.126.000</b>	<b>704.779.181.275</b>	<b>774.361.649.460</b>	<b>849.837.242.180</b>	<b>880.788.808.761</b>



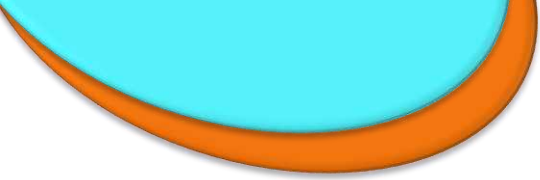
**Tabel 4.1. Proyeksi Indikator Kinerja Aspek Keuangan - Rasio Keuangan  
RSUP Fatmawati Tahun 2020 – 2024**

No.	Indikator	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> ) (%)	65,00	75,85	91,65	121,80	145,40
2.	Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> ) (%)	200,00	212,10	219,21	227,15	234,61
3.	Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> ) (hari)	66,68	60,46	47,18	33,10	24,22
4.	Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> ) (%)	9,76	9,59	9,96	10,67	11,15
5.	Imbalan atas Aset Tetap ( <i>Return On Fixed Asset</i> ) (%)	0,19	0,19	0,12	0,13	0,13
6.	Imbalan Ekuitas ( <i>Return On Equity</i> ) (%)	0,21	0,21	0,14	0,15	0,14
7.	Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turn Over</i> ) (hari)	10,95	13,85	15,36	12,30	10,35
8.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) (%)	80,00	78,25	76,82	76,55	75,72

Dalam menghitung indikator kinerja keuangan Rencana Bisnis Strategi Tahun 2020 s.d 2024 RSUP Fatmawati mengacu kepada Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang Pedoman Penilaian Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan dan Pencapaian indikator kinerja keuangan diproyeksikan meningkat setiap tahunnya, dengan rincian sebagai berikut:

1. Rasio Kas adalah kemampuan rumah sakit untuk membayar kewajiban jangka pendek dengan Kas / Bank yang tersedia meningkat setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebesar 65% dan tahun 2024 sebesar 145,40%.
2. Rasio Lancar adalah kemampuan rumah sakit untuk membayar setiap Rp1- kewajiban jangka pendek dengan asset lancar yang tersedia meningkat setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebesar 200,00% dan tahun 2024 sebesar 234,61%.
3. Periode penagihan piutang adalah yaitu kemampuan rumah sakit untuk menagih piutang menjadi kas menurun setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebanyak 66,68 hari dan pada tahun 2024 sebesar 24,22 hari.
4. Perputaran asset tetap adalah bahwa untuk memperoleh pendapatan operasional dari aset tetap berputar / digunakan meningkat meningkat setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebesar 9,76% dan tahun 2024 sebesar 11,15%
5. Imbalan asset tetap adalah bahwa setiap asset tetap Rp. 1,- memperoleh pengembalian laba yang dihasilkan menurun setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebanyak 0,19% dan pada tahun 2024 sebesar 0,13%.
6. Imbalan Ekuitas adalah bahwa setiap penggunaan modal sendiri (ekuitas) sebesar Rp1,- memperoleh pengembalian laba yang dihasilkan menurun setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebanyak 0,21% dan pada tahun 2024 sebesar 0,14%.
7. Perputaran persediaan adalah mengukur rata-rata persediaan "diputar" atau "dijual" selama suatu periode untuk memperoleh pendapatan menurun setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebanyak 10,95 hari dan pada tahun 2024 sebesar 10,35 hari.
8. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) bahwa kemampuan pendapatan rumah sakit untuk membiayai beban operasionalnya menurun setiap tahunnya diproyeksikan pada tahun 2020 sebanyak 80% dan pada tahun 2024 sebesar 75,72%.

Perhitungan indikator tersebut belum menunjukkan perhitungan indikator yang ideal dikarenakan beberapa faktor diantaranya yaitu jumlah pasien yang dilayani di RSUP Fatmawati diatas 95 % adalah pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan sehingga kinerja



keuangan sangat dipengaruhi oleh pengelolaan piutang dan kebijakan pelayanan terkait BPJS Kesehatan dalam hal pembayaran klaim serta masih terdapat selisih tarif INA CBG's terhadap tarif riil rumah sakit atau Cost Recovery Rate sebesar 66%, sehingga sangat berpengaruh terhadap perhitungan tersebut.

Pendapatan RS diproyeksikan meningkat setiap tahun sebesar 5% serta diasumsikan mendapatkan Subsidi Anggaran dari Rupiah Murni sebesar 10% dari tahun sebelumnya setiap tahun. Sedangkan untuk kebutuhan belanja diproyeksikan meningkat antara 5% - 6% setiap tahunnya.

#### **4.4. Rencana Pendanaan**

Rencana pendanaan adalah Rupiah Murni (APBN) yang digunakan untuk SDM, operasional dan sebagian belanja modal. Sumber selanjutnya adalah BLU yang digunakan untuk SDM diluar rupiah murni, operasional diluar rupiah murni dan sebagian belanja modal diluar RS. BLU merupakan pendapatan RS dari pelayanan kepada pasien (baik pasien BPJS/asuransi maupun pasien mandiri)

Sumber-sumber yang tidak mengikat. Satker BLU diperbolehkan mengembangkan sumber-sumber pendanaan yang tidak mengikat. Pertama, berasal dari pengelolaan asset. Kedua, dari sumber-sumber lainnya seperti CSR, kerjasama pihak lain, dan filantropis

## **BAB V. PENUTUP**

Pada pelaksanaan dalam mewujudkan visi rumah sakit yaitu menjadikan RSUP Fatmawati dengan pelayanan multidisiplin yang handal bagi masyarakat dengan pelayanan terpadu multidisiplin yaitu kanker, orthopedi, dan kardiovaskuler intervensi maka dibutuhkan strategi yang baik dan efektif. Empat (4) perspektif strategi yaitu perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis dan perspektif pertumbuhan dan pembelajaran menjadi faktor penting.

Dokumen Rencana Strategis Bisnis adalah sebagai upaya merespon segala tantangan dan peluang yang dihadapi oleh RSUP Fatmawati untuk memperoleh keunggulan persaingan. Dokumen Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati sebagai panduan dan acuan dalam pembangunan dan pengembangan rumah sakit yang tertuang dalam perencanaan tiap tahun.

Pembangunan dan pengembangan RSUP Fatmawati tidak hanya sekedar membutuhkan panduan dan acuan, namun juga komitmen baik dari internal maupun komitmen dari seluruh pihak terkait khususnya Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.



---

## **RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**

JL. RS FATMAWATI, CILANDAK,

JAKARTA SELATAN 12430 TELP. (021) 7501524, 76660552 (HUNTING), FAX.  
7690123

EMAIL : [RSUPF@FATMAWATIHOSPITAL.COM](mailto:RSUPF@FATMAWATIHOSPITAL.COM) WEBSITE:  
[WWW.FATMAWATIHOSPITAL.COM](http://WWW.FATMAWATIHOSPITAL.COM)