



# RENCANA STRATEGIS BISNIS

**2023 - 2027**  
(Revisi 2)

**RSUP DR. JOHANNES LEIMENA**  
AMBON

**JLN. MR. CHR. SOPLANIT**  
RUMAH TIGA, TELUK AMBON

☎ (0911) 368 - 7000

✉ [rsupdrjleimena@gmail.com](mailto:rsupdrjleimena@gmail.com)

🌐 [www.rsupleimena.co.id](http://www.rsupleimena.co.id)

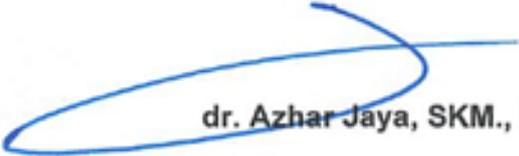


## LEMBAR PENGESAHAN

### RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON PERIODE 2020 – 2024 (Revisi 2)

Disetujui oleh:

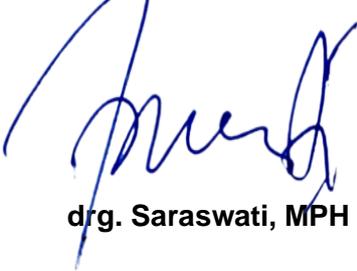
**Pejabat Pengawas  
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon**



**dr. Azhar Jaya, SKM., MARS**

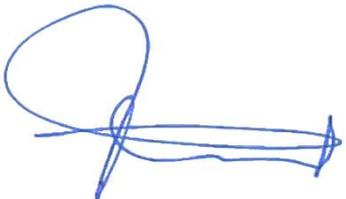
Disusun dan ditetapkan oleh:

**Direktur Utama**



**drg. Saraswati, MPH**

**Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang**



**dr. Yan Aslian Noor, MPH**

**Direktur Keuangan dan Umum**



**Ester Manapa Samparaya, SKM., M.Kes**



## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT. Bersama ini kami sajikan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2020 – 2024 (Revisi 2) yang telah kami susun untuk disajikan dengan sebaik-baiknya.

Menindaklanjuti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024 maka disusunlah RSB RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2020 – 2024 (Revisi 2) yang berfungsi sebagai penilaian kinerja utama yang merupakan dokumen perencanaan yang menjabarkan visi dan misi serta langkah-langkah strategis yang akan dilaksanakan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam kurun waktu lima tahun kedepan.

Sebagai Rumah Sakit milik Kementerian Kesehatan, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon perlu menata organisasi agar lebih mandiri dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan melalui pengelolaan keuangan yang fleksibel. Pengelolaan keuangan yang dimaksud adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Pengelolaan keuangan tersebut memiliki fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Akhir kata, RSB RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2020 – 2024 (Revisi 2) diharapkan dapat memfasilitasi komunikasi dan partisipasi dapat dijadikan sebagai pedoman dalam melakukan tindakan sekaligus sebagai bahan evaluasi atas kinerja. Semoga niat baik ini bermanfaat bagi peningkatan pelayanan kesehatan pada RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada khususnya dan peningkatan derajat kesehatan Maluku pada umumnya.

Ambon, Februari 2023

Direktur Utama

**drg. Saraswati, MPH**

NIP 196709181993022001



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	iv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	v
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Resume Rencana Strategi Bisnis .....	1
1.2 Visi dan Misi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon .....	2
1.3 Target Rencana Strategis Bisnis .....	3
<b>BAB 2 ANALISIS DAN STRATEGI</b> .....	5
2.1 Evaluasi Kinerja .....	5
2.2 Analisis SWOT .....	9
2.3 Analisis TOWS .....	12
2.4 Inisiatif Strategis .....	13
<b>BAB 3 RENCANA BISNIS 5 TAHUN</b> .....	15
3.1 Program Kementerian Kesehatan .....	15
3.2 Strategi Bisnis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon .....	16
3.3 Kegiatan dan Indikator .....	17
<b>BAB 4 PENUTUP</b> .....	21



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Peralatan Medik .....	8
Tabel 2. Analisis Internal .....	9
Tabel 3. Analisis Eksternal .....	10
Tabel 4. Inisiatif Strategis .....	13
Tabel 5. Matriks Kegiatan dan Indikator .....	18



## **DAFTAR LAMPIRAN**

LAMPIRAN I ORGANISASI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON .....	23
LAMPIRAN II KINERJA ASPEK LAYANAN .....	27
LAMPIRAN III PROYEKSI KEUANGAN.....	26
LAMPIRAN IV SUMBER DAYA MANUSIA .....	29
LAMPIRAN V KAMUS INDIKATOR KINERJA UTAMA.....	42

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1 Resume Rencana Strategis Bisnis**

#### **1.1.1 Visi dan Misi Kementerian Kesehatan**

Visi Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 sesuai dengan penjabaran visi Presiden di bidang Kesehatan yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan misi Presiden Tahun 2020-2024, sebagai berikut:

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

#### **1.1.2 Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan**

Mengacu pada RPJMN 2020-2024, pembangunan bidang kesehatan menjadi bagian dari agenda pembangunan “Meningkatkan Sumber Daya Manusia Berkualitas dan Berdaya Saing” dalam rangka terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong. Pengertian sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing adalah sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter.

Kebijakan pembangunan manusia secara umum diarahkan pada pengendalian penduduk dan penguatan tata kelola kependudukan, pemenuhan pelayanan dasar dan perlindungan sosial, peningkatan kualitas anak, perempuan dan pemuda, pengentasan kemiskinan, serta peningkatan produktivitas dan daya saing angkatan kerja. Kebijakan ini dilaksanakan dengan berdasarkan pada pendekatan siklus hidup, dan inklusif termasuk memperhatikan kebutuhan penduduk usia lanjut maupun penduduk penyandang disabilitas, dan pengelolaan SDM bertalenta.

Pembangunan kesehatan nasional berada dalam konteks lingkungan dan isu strategis terkait dengan pemenuhan layanan dasar, dengan berbagai isu di dalamnya dari kesehatan ibu dan anak, kesehatan lingkungan, pemenuhan gizi, sistem rujukan pelayanan kesehatan dan sebagainya. Khusus terkait dengan bidang kesehatan, RPJMN 2020-2024 merumuskan arah kebijakan, yaitu “Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan sistem pelayanan kesehatan dasar



dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi".

## **1.2 Visi dan Misi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon**

### **1.2.1 Visi dan Misi**

#### **1.2.1.1 Visi**

"Menjadi Rumah Sakit Kemaritiman Berbasis Teknologi Informasi yang Terintegrasi, Bermutu, dan Terjangkau di Indonesia Bagian Timur"

#### **1.2.1.2 Misi**

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, bermutu dan terjangkau di Indonesia bagian timur.
2. Menjadi Wahana pendidikan dan pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik dan peserta latihan.
3. Mengembangkan SDM bidang kesehatan yang berkompentensi dan berkinerja
4. Menjadi pusat riset dan pengembangan teknologi kesehatan kemaritiman
5. Menumbuhkembangkan sistem informasi Rumah Sakit yang handal
6. Membangun Jejaring dengan Stakeholders Kesehatan lainnya di dalam dan Luar Negeri

### **1.2.2 Tugas dan Fungsi**

#### **1.2.2.1 Tugas**

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022, RSUP mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

#### **1.2.2.2 Fungsi**

- a. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUP menyelenggarakan fungsi :
  1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran
  2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
  3. Pengelolaan pelayanan nonmedis
  4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
  5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan
  6. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan
  7. Pengelolaan keuangan dan barang milik Negara
  8. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
  9. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat
  10. Pengelolaan sistem informasi
  11. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan



- b. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit
- c. Selain melaksanakan fungsi di atas RSUP yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

### 1.3 Target Rencana Strategis Bisnis

Sebagai sebuah organisasi yang bergerak di bidang kesehatan, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon berupaya menyediakan jasa layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan orientasi kerja yang tidak hanya mencari keuntungan, namun memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat sebagai pengguna layanan, serta memperhatikan efisiensi proses bisnis dan kepuasan pegawai.

Sesuai dengan program strategis Kementerian Kesehatan yaitu transformasi sistem kesehatan, salah satunya transformasi layanan rujukan dengan meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier maka Rumah Sakit khususnya UPT Vertikal Kementerian Kesehatan berupaya melakukan transformasi tersebut dengan peningkatan layanan unggulan seperti layanan jantung, kanker, dan stroke yang menjadi penyebab kematian nomor satu di Indonesia.

Dalam transformasi layanan rujukan tersebut, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon juga berupaya bertransformasi menjadi Satker dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Urgensi dari upaya transformasi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Perlunya peningkatan kualitas layanan kesehatan sebagaimana amanat yang diberikan Kementerian Kesehatan demi terwujudnya RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Rumah sakit rujukan pertama dan utama di Kawasan Indonesia Timur
2. Optimalisasi pemberdayaan SDM kesehatan yang telah dimiliki dengan upaya peningkatan kompetensi dan kualitas pelayanan, serta meningkatkan motivasi dan kinerja personalia RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
3. Membutuhkan ruang dan fleksibilitas pengelolaan keuangan secara mandiri dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi sebagai penyedia Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)
4. Perlunya upaya pembenahan dan pemanfaatan sarana dan prasarana secara optimal sebagai investasi dalam efektivitas dan produktivitas layanan
5. Menciptakan peluang kerjasama dengan dunia industri dan dunia usaha yang belum dapat dimanfaatkan secara maksimal karena terkendala dengan aturan tarif karena masih menerapkan sebagai Satker PNB
6. Menjadikan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki manajemen yang profesional dengan kreatifitas dan inovasi dengan adanya pemberian remunerasi yang hanya dapat diberikan ketika menjadi Satker Badan Layanan Umum (BLU)



Berdasarkan hal tersebut, maka langkah pertama yang perlu dilaksanakan adalah membentuk RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai UPT yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan – Badan Layanan Umum (PPK–BLU). Pembentukan PPK BLU RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penyediaan dan pemberdayaan SDM yang berkualitas dan berkompeten sesuai standar yang telah ditetapkan dan regulasi yang mengatur terkait standar kompetensi SDM kesehatan yang diharapkan dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara mandiri dan memberikan manfaat yang maksimal kepada masyarakat. Oleh karena itu, tujuan penyusunan RSB bagi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon antara lain:

1. Meningkatkan mutu dan kapasitas pelayanan kesehatan demi tercapainya visi Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 sesuai dengan penjabaran visi Presiden di bidang Kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat demi terciptanya Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan.
2. Menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan yang mandiri berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas dan produktivitas.



## BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

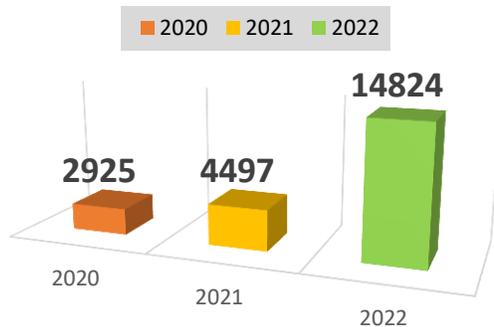
### 2.1 Evaluasi Kinerja

Sebagai upaya mengukur performa kinerja pada RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada tahun 2020-2022 perlu memperhatikan aspek yang mempengaruhi kinerja organisasi diantaranya aspek layanan, aspek keuangan, aspek sumber daya manusia, dan aspek sarana dan prasarana. Pada masing-masing aspek tersebut dijelaskan secara umum sebagai berikut:

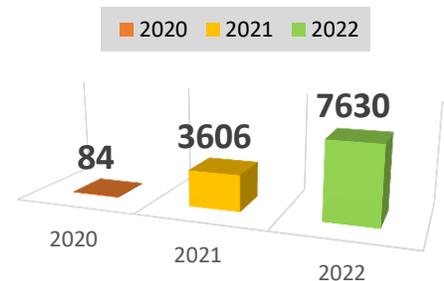
#### 1. Aspek Layanan

Sejak RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon beroperasi dari tahun 2020 hingga tahun 2022 mengalami peningkatan dari aspek layanan secara signifikan dengan jumlah kunjungan rawat jalan, IGD, rawat inap, dan rawat inap intensif pada grafik dibawah ini:

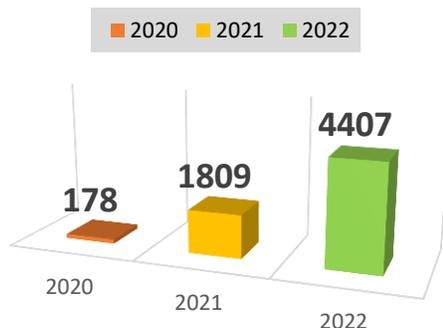
**TOTAL KUNJUNGAN RAWAT JALAN**



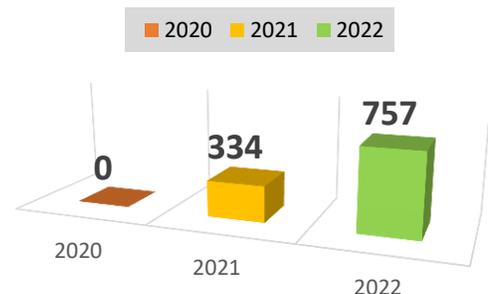
**TOTAL KUNJUNGAN RAWAT DARURAT**



**TOTAL KUNJUNGAN RAWAT INAP**



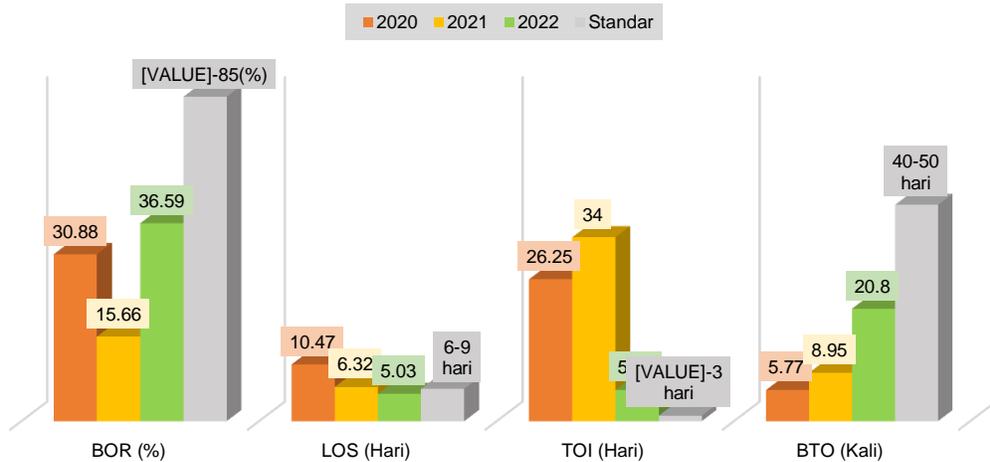
**TOTAL KUNJUNGAN RAWAT INAP INTENSIF**



Adapun statistik rumah sakit pada pelayanan rawat inap rumah sakit. Terkait dengan tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit, dapat ditunjukkan melalui beberapa indikator di bawah ini:



### INDIKATOR LAYANAN RAWAT INAP



Dari perhitungan indikator *Bed Occupation Rate* (BOR) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon di tahun 2022 mengalami peningkatan, namun masih belum memenuhi standar mutu dan efisiensi rumah sakit dikarenakan perbandingan jumlah kunjungan pasien belum secara signifikan memenuhi jumlah tempat tidur yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yaitu 199 TT. Begitupula dengan indikator LOS, TOI dan BTO yang belum memenuhi nilai yang ideal namun masih potensial untuk tercapai seiring dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien setiap tahunnya.

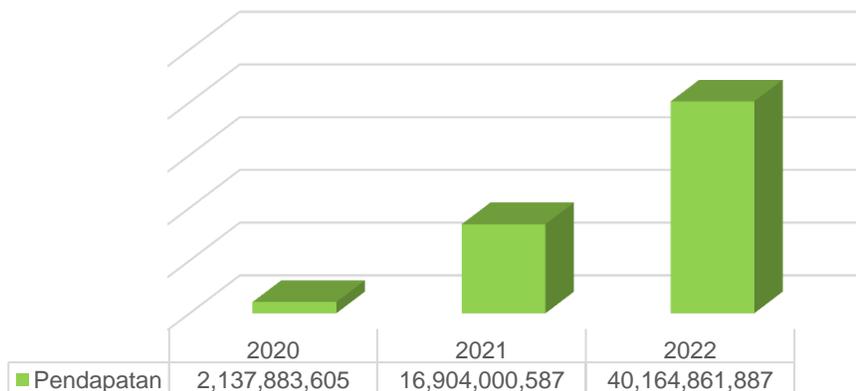
#### 2. Aspek Keuangan

Pada tahun 2020 RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mulai beroperasi namun belum menggunakan tarif. Tarif resmi mulai digunakan pada tanggal 01 Januari tahun 2021, dan progres pendapatan menunjukkan proses pendapatan yang sangat bagus, dengan uraian sebagai berikut :

##### a. Realisasi Pendapatan tahun 2020 - 2022

Pendapatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon bersumber dari PNB. Kinerja realisasi pendapatan tahun 2020 – 2022 sebagai berikut:

### REALISASI PENDAPATAN





Tahun 2022 pendapatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah melampaui target tahun 2022 sebesar 48%. Dari sisi anggaran RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mendapatkan alokasi anggaran dari pemerintah pusat untuk operasional yang bersumber dari APBN RM dan dari pendapatan rumah sakit (PNBP).

Saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon masih berstatus satker PNBP, sehingga seluruh pendapatan harus distor ke negara, jika akan digunakan baru diajukan permintaan penggunaannya.

b. Realisasi Belanja Tahun 2020 – 2022

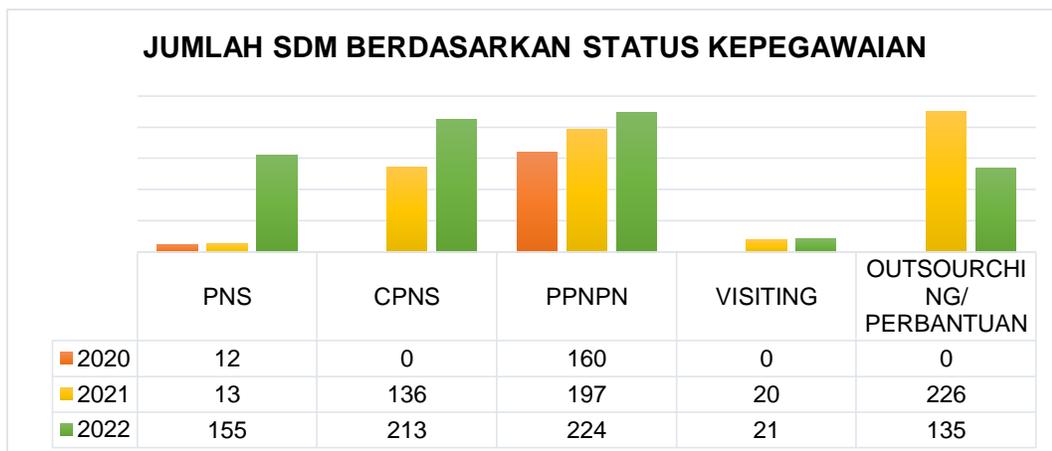
Belanja merupakan implementasi dari biaya yang harus dikeluarkan untuk pelaksanaan jasa-jasa layanan dan operasional perkantoran, baik yang diperoleh dari pendapatan APBN maupun PNBP. Kinerja realisasi pendapatan tahun 2020 – 2022 sebagai berikut:

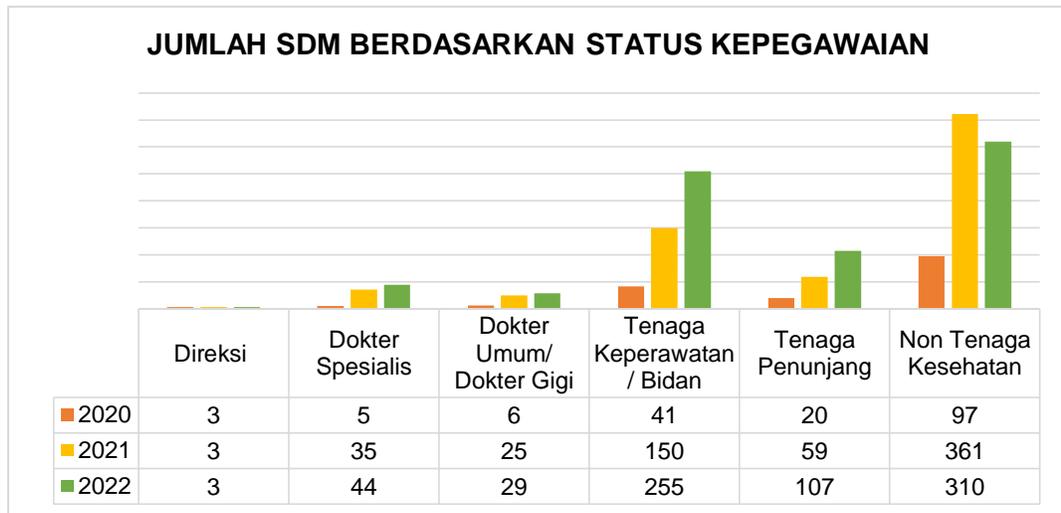
REALISASI BELANJA



3. Aspek Sumber Daya Manusia

Pemenuhan SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dari tahun 2020 – 2022 ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Itu dapat dilihat pada tabel di bawah ini :





Dari sisi jumlah sudah sangat besar tetapi masih ada kebutuhan tenaga-tenaga tertentu yang belum terpenuhi terutama dokter spesialis. Selain kekurangan tenaga, saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon juga masih terus melakukan upaya peningkatan kompetensi untuk setiap tenaga agar dapat memenuhi target SDM dan kompetensi yang sesuai.

#### 4. Aspek Sarana dan Prasarana

Luas lahan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yaitu 4,6 Ha. Pembangunan Gedung RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dimulai pada tahun 2018 dengan rencana luas gedung pengembangan tahap I yaitu 32.218,4 m<sup>2</sup>. Pembangunan dilanjutkan pada tahun 2019 hingga rumah sakit dapat operasional pada tahun 2020. Gedung rumah sakit terdiri dari Gedung utama dengan 8 lantai, Gedung utility dan penunjang pada lahan seluas 4,6 Ha dengan rencana pengembabngan hingga 9,2 Ha.

RSUP Dr. Johannes Leimena telah dilengkapi dengan peralatan sesuai standar Rumah Sakit di antaranya:

Tabel 1. Peralatan Medik

<b>PERALATAN MEDIK</b>	
MRI 1,5 Tesla (proses Instalasi)	Endoscopy
CT Scan Multi Slice 128 Slice	Hiperbarik Chamber
Digital Xray	EEG dan EMG
C-Arm	Ventilator Dewasa
Mammography	Ventilator Neonatus dan CPAP
Dental Panoramic	Peralatan Diagnostik Mata
Cathlab	Peralatan Kamar Operasi
Echo Cardiography	Peralatan Haemodialisa
USG 4D	Peralatan Rehabilitasi Medik
Laparascopy	Peralatan Ruang Intensive (ICU,ICCU,PICU dan NICU)
<b>PERALATAN PENUNJANG</b>	
Peralatan Laboratorium	Sistem Informasi SIMGOS 2
Peralatan CSSD	Picture Archiving Communication System (PACS)
Peralatan Laundry	Pneumatic Tube



UTILITAS	
Kapasitas daya listrik 3.316 kVA	Pneumatic tube 29 titik
Genset 1.500 kVA x 3 unit	Fire suppression 26 titik
Air baku 429 m3 dan WTP 145 m3	Trafo: 2.500 kVa x 2 unit
Sumber air: deep well 3 titik	Pengolahan Limbah <i>Bio Filter Aerob - Anaerob</i>

Jumlah sarana tempat tidur rawat inap awalnya adalah 221 TT. Karena RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon menjadi salah satu rumah sakit yang menjadi uji coba implementasi KRIS (Kelas Rawat Inap Standar), menyebabkan jumlah tempat tidur berkurang sebanyak 22 TT sehingga jumlah alokasi tempat tidur menjadi 199 TT.

Selain sarana di atasm RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon juga memiliki kamar operasi dengan sarana yaitu ruang tindakan operasi cito 1 kamar, ruang tindakan operasi elektif sebanyak 4 kamar operasi, dan ruang tindakan cathlab hybrid 1 kamar operasi.

## 2.2 Analisis SWOT

Analisis SWOT merupakan identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi rumah sakit. Secara umum, penentuan strategi yang tepat bagi rumah sakit dimulai dengan mengenali peluang (*opportunities*), dan ancaman (*threats*) yang terkandung dalam lingkungan eksternal serta memahami kekuatan (*strength*) dan kelemahan (*weaknesses*) pada aspek internal rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit mampu bersaing dan mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Berikut analisis internal dan analisis eksternal sebagai berikut.

### 2.2.1 Analisis Internal

Faktor internal adalah faktor yang dimiliki oleh RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yang meliputi faktor kekuatan dan kelemahan yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan rumah sakit.

Tabel 2. Analisis Internal

NO	KEKUATAN ( <i>STRENGTH</i> )	BOBOT	RATING	SKOR
1	Kerja Sama dengan BPJS dan Asuransi Kesehatan lainnya	0.15	75	11.25
2	Memiliki Sarana Prasarana dan Alat penunjang pelayanan yang lengkap dan canggih	0.1	80	8
3	Memiliki Program layanan unggulan antara lain, Hiperbarik, Jantung, Kanker, KJSU KIA	0.1	70	7
4	Tersedia pelayanan spesialistik yang variatif sesuai kebutuhan customer (Maluku, Maluku Utara, Papua)	0.1	70	7
5	Terakreditasi paripurna	0.1	70	7
6	Memiliki SIMRS yang mandiri	0.08	80	6.4
7	Dukungan pendanaan dari Kementerian Kesehatan serta networking support dari RSV lainnya	0.08	70	5.6



8	Sebagai RS Rujukan Nasional Maluku, Maluku Utara, Papua	0.08	70	5.6
9	Tersedianya SDM yang potensial dan produktif	0.08	70	5.6
10	Dukungan kebijakan Pemerintah (UU No. 44 tahun 2009 ttg Rumah Sakit PMK No. 129 tahun 2020 ttg Pengelolaan BLU)	0.08	70	5.6
11	Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi	0.05	80	4
<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>73,05</b>
NO	KELEMAHAN ( <i>WEAKNESS</i> )	BOBOT	RATING	SKOR
1	Pengelolaan keuangan yang belum fleksibel karena masih berstatus satker PNPB	0.15	85	12.75
2	Pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya belum optimal	0.15	80	12
3	Kompetensi SDM belum seluruhnya sesuai standar	0.1	80	8
4	Sistem perencanaan dan pengendalian obat dan alkes belum optimal	0.08	80	6.4
5	Sistem manajemen tatakelola belum efektif dan belum berjalan sebagaimana mestinya	0.08	80	6.4
6	Komitmen dan Kinerja SDM belum sesuai standar	0.1	60	6
7	Kepatuhan petugas pelayanan terhadap standar belum optimal	0.08	70	5.6
8	<i>Clinical pathway</i> belum efektif dilaksanakan diseluruh unit layanan	0.08	70	5.6
9	Pemanfaatan sarana, dan prasarana belum optimal	0.08	70	5.6
10	Promosi layanan belum optimal	0.05	75	3.75
11	Pelaksanaan sistem reward dan consequence belum dilaksanakan	0.05	60	3
<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>75.1</b>
<b>Total S – W (x)</b>			<b>(2.05)</b>	

Keterangan :

\*Rating digunakan angka 0-100

\*Skor = bobot x rating

## 2.2.2 Analisis Eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang mempengaruhi perkembangan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yang meliputi faktor peluang dan ancaman.

Tabel 3. Analisis Eksternal

NO	PELUANG ( <i>OPPORTUNITY</i> )	BOBOT	RATING	SKOR
1	Pengembangan menjadi rumah sakit pusat pendidikan dan penelitian	0.2	85	17
2	Penguatan layanan unggulan Hiperbarik,	0.15	80	12



	Jantung, Kanker, KJSU KIA			
3	All Coverage JKN	0.1	80	8
4	Perkembangan teknologi di bidang kesehatan	0.1	80	8
5	Ambon sebagai pusat perputaran bisnis di Maluku yang potensial untuk meningkatkan pendapatan RS	0.08	70	5.6
6	Meningkatnya kesadaran dan tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas	0.08	70	5.6
7	Pengembangan layanan telemedicine	0.08	70	5.6
8	Potensi untuk menjadi <i>world class hospital services</i>	0.06	80	4.8
9	Minat instansi pemerintah dan swasta untuk menjalin kerjasama	0.05	80	4
10	Kewajiban adanya pengampunan sister hospital	0.05	70	3.5
11	Potensi pengembangan pelayanan pariwisata kesehatan (Health Tourism)	0.05	70	3.5
<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>77.6</b>
NO	ANCAMAN (THREAT)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Kebijakan tarif paket untuk pasien BPJS belum sepenuhnya menutupi biaya real RS	0.2	80	16
2	Persaingan RS dan penyedia jasa layanan kesehatan lainnya yang semakin tinggi (pasar bebas)	0.15	80	12
3	Kurangnya Minat tenaga medis spesialis untuk bekerja di Maluku	0.1	80	8
4	Jaminan pasokan listrik dan gas medis yang terbatas	0.1	80	8
5	Masih terdapat kelompok masyarakat yang lebih memilih berobat ke pengobatan alternatif	0.08	70	5.6
6	Supply logistik kebutuhan RS yang masih lamban karena faktor geografis	0.08	60	4.8
7	Tuntutan layanan medis dan aspek legal yang semakin tinggi	0.08	60	4.8
8	Kebijakan pemenuhan SDM belum seluruhnya mengakomodir kebutuhan rumah sakit	0.06	60	3.6
9	Minat masyarakat untuk berobat ke luar daerah	0.05	70	3.5
10	Akses transportasi publik yang belum terhubung dengan RS	0.05	60	3
11	Rentannya cyber crime pada sistem informasi layanan kesehatan	0.05	60	3
<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>72.3</b>



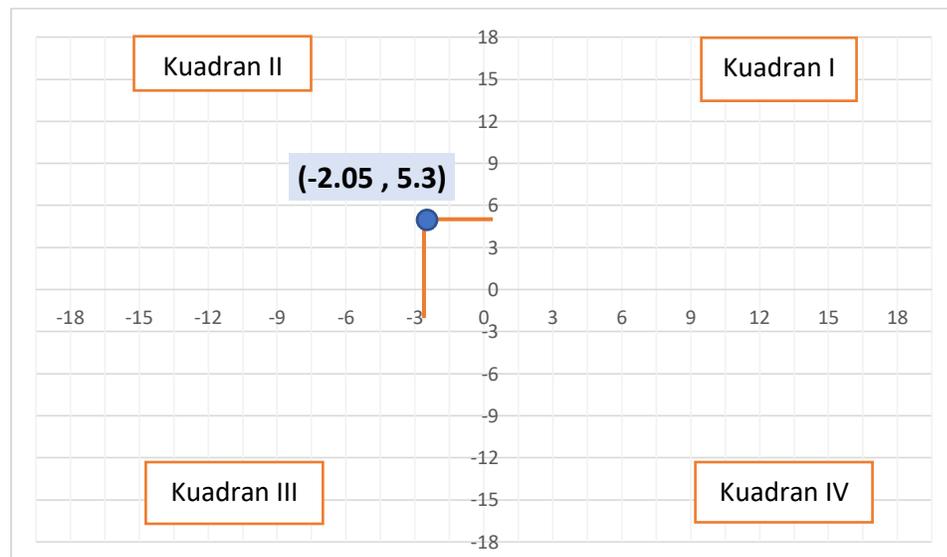
<b>Total O – T (y)</b>	<b>5.3</b>
------------------------	------------

Keterangan :

\*Rating digunakan angka 0-100

\*Skor = bobot x rating

Dari hasil analisis SWOT yang dilakukan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon diatas dapat digambarkan dengan matriks posisi sebagai berikut:



Posisi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam Diagram Kartesius Analisis SWOT

Dari diagram diatas, maka dapat disimpulkan bahwa posisi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon berada pada kuadran II (Weakness-Opportunity).

### 2.3 Analisis TOWS

	<b>Strength</b>	<b>Weakness</b>
<b>Opportunity</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan strategi Rencana Bisnis untuk inovasi layanan unggulan</li> <li>• Memanfaatkan dukungan pendanaan untuk penguatan layanan unggulan, dan pengembangan rumah sakit.</li> <li>• Memanfaatkan SDM yang potensial dan produktif dalam memberikan pelayanan yang berkualitas</li> <li>• Memperkuat kerjasama dengan BPJS dan Asuransi Kesehatan lainnya</li> <li>• Meningkatkan hubungan kerjasama dengan instansi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengoptimalkan pemanfaatan sarana dan prasarana, dan alat penunjang</li> <li>• Meningkatkan kualitas dan kepatuhan SDM dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan</li> <li>• Mengusulkan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan BLU</li> <li>• Penerapan Sistem Remunerasi</li> <li>• Optimalisasi Aset RS untuk inovasi layanan</li> </ul>



	<p>pemerintah dan swasta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan Digitalisasi Rujukan melalui Registrasi Online, SISRUITE untuk peningkatan kunjungan</li> </ul>	
<b>Threats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalisasi marketing RS</li> <li>• Meningkatkan status RS menjadi RS BLU</li> <li>• Meningkatkan networking support dengan RSV lainnya untuk menaikkan minat tenaga medis spesialisik untuk bekerja di Maluku</li> <li>• Meningkatkan promosi pelayanan kesehatan kepada masyarakat</li> <li>• Meningkatkan kualitas pelayanan</li> <li>• Memperkuat kerjasama dengan instansi pemerintah dalam pemenuhan akses transportasi publik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengembangkan kerjasama kemitraan untuk pemenuhan kebutuhan operasional layanan agar operasional lancar</li> <li>• Memberikan insentif yang memadai kepada tenaga medis</li> <li>• Memberikan pendidikan yang berkelanjutan dan pelatihan dalam rangka peningkatan kompetensi</li> <li>• Memperkuat sistem keamanan melalui kerja sama dengan institusi yang berwenang dalam security data</li> <li>• Menetapkan strategi pemasaran yang efektif dan efisien melalui sosial media dan pakar komunikasi publik</li> <li>• Meningkatkan pelayanan guna menaikkan minat masyarakat dalam memperoleh pelayanan di RS melalui Bansos dan Baksos dan kerja sama dengan Toma dan Toga</li> </ul>

## 2.4 Inisiatif Strategi

Kebijakan strategis yang diambil adalah dengan memanfaatkan faktor kekuatan dan peluang yang ada sekaligus menjadi pemecahan masalah dalam menghadapi kelemahan dan ancaman yang dihadapi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon. Adapun inisiatif strategis berkenaan dengan strategi layanan unggulan yang dilakukan dari tahun 2020 – 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Inisiatif Strategi

Inisiatif Strategis	Indikator Inisiatif Strategis	Rencana Tingkat Capaian (Target)				
		2020	2021	2022	2023	2024
<b>Pengembangan Layanan Unggulan Jantung Terpadu</b>	Jumlah tindakan Caterisasi kardiovaskular pada pasien dengan STEMI	-	-	6	20	40
	Jumlah Tindakan Bedah jantung terbuka pada pasien kelainan katup jantung	-	-	-	0	2
	Tersedianya SPA / Ruang Operasi Jantung	-	-	26 unit/set	10 unit/set	7 unit/set
	Tersedianya tim bedah jantung	-	-	1 tim	1 tim	2 tim
<b>Pengembangan Layanan Unggulan Kemaritiman</b>	Jumlah tenaga medis/perawat yang terlatih untuk pelayanan hiperbarik	-	5/10	-	1/2	2/4
	Jumlah kasus emergency dan klinis yang dapat ditangani dengan HBOT	-	-	-	10	20



	Jumlah kerja sama dengan rumah sakit jejaring (kedokteran kelautan)	-	-	-	2	3
<b>Pengembangan Layanan Unggulan Kanker Terpadu</b>	Jumlah Tindakan Kemoterapi	-	-	-	48	96
	Tersedianya alkes LINAC oleh Fasyankes	-	-	-	1	1
	Penambahan Dokter Sp. Onkologi Radiasi	-	-	-	1	1
	SDM yang terlatih Radioterapi dan kemoterapi	-	-	6	5	5
	Jumlah Pemeriksaan biomolekuler	-	-	-	48	96

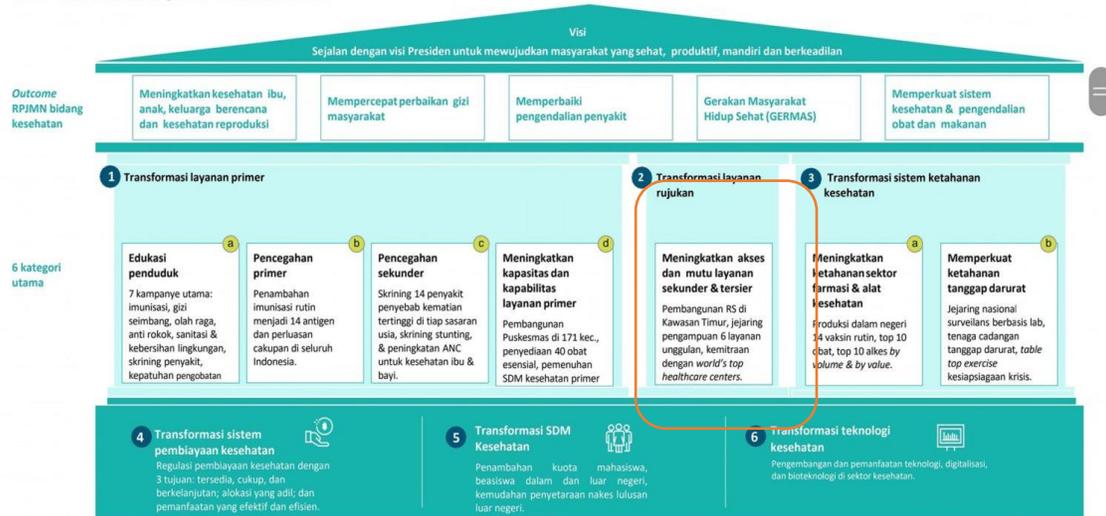


## BAB III RENCANA BISNIS 5 TAHUN

### 3.1 Program Kementerian Kesehatan

#### Transformasi sistem kesehatan 2021-2024

5 RPJMN dan 6 pilar transformasi



Upaya nyata yang dilakukan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam memenuhi sasaran dan tujuan organisasi harus sejalan dengan instrument kebijakan yang dijalankan Kementerian Kesehatan sebagai induk organisasi. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai UPT Vertikal Kemenkes menjadi perpanjangan tangan dalam sukseksi kementerian kesehatan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan yang befokus pada transformasi sistem kesehatan tahun 2021 – 2024. Salah satunya adalah transformasi pada pelayanan rujukan yang berfokus pada upaya / program berikut :

1. Perluasan akses ke pelayanan kesehatan rujukan secara merata dan berkeadilan di seluruh daerah sesuai dengan Rencana Induk Nasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan
2. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang mencakup obat, alat kesehatan, sarana dan prasarana dan aspek layanan lainnya
3. Penataan sistem rujukan secara nasional termasuk upaya untuk pemenuhan RS Rujukan Nasional di setiap provinsi
4. Upaya pemenuhan SPA secara berkelanjutan akan dilaksanakan berdasarkan sebuah rencana induk

Strategi transformasi pelayanan kesehatan rujukan tersebut dilaksanakan melalui upaya sebagai berikut:

1. Pemenuhan sarana dan prasarana, alat kesehatan, obat dan BMHP pada layanan rujukan
2. Penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisistik
3. Penyediaan pelayanan keehatan rujukan yang berkualitas



### 3.2 Strategi Bisnis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon

Dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah membuat rencana pendapatan selama 5 (lima) tahun kedepan mulai dari tahun 2020-2024. Apabila RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah ditetapkan sebagai instansi pemerintah yang menerapkan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU), berikut proyeksi pendapatan tahun 2020 – 2024 :



Pendapatan tersebut diproyeksikan bersumber dari jasa layanan rawat Inap, poliklinik, IGD, tindakan operasi, pelayanan penunjang, dan layanan lainnya yang akan dikembangkan Ketika RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah menjadi satker BLU. Adapun sasaran strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon untuk mencapai target pendapatan di atas adalah sebagai berikut :

1. Melakukan advokasi ke pimpinan instansi agar dapat menginisiasi dan mengintervensi pemenuhan SDM yang belum memenuhi standar di RSUP Dr. Johannes Leimana Ambon, serta pengembangan kompetensi dan kualitas SDM Kesehatan melalui pelatihan, pendampingan, bimbingan teknis, studi banding, dan upaya lainnya yang dapat mendukung terwujudnya SDM yang kompetitif dan kompeten.
2. Meningkatkan kemandirian keuangan rumah sakit dalam rangka memberikan layanan maupun pengembangan rumah sakit dengan menjadi satker BLU.
3. Penguatan Sistim Manajemen yang professional dengan kreatifitas dan inovasi
4. Sinergisitas seluruh unit pelayanan dan penunjang layanan dalam mengimplementasikan *clinical pathway* secara komprehensif dan *patient oriented*
5. Melakukan upaya promosi secara persuasif melalui media social dan dan media promosi lainnya, serta memperluas kerjasama dengan pelaku industri dan dunia usaha untuk meraih peluang yang ada
6. Pengembangan dan inovasi layanan untuk memaksimalkan pemanfaatan sarana, prasarana dan alat kesehatan.
7. Penguatan terhadap tiga layanan unggulan yaitu pelayanan jantung terpadu, pelayanan kanker terpadu dan pelayanan kemaritiman terpadu serta penguatan pada layanan prioritas yaitu stroke, uro nefrologi, dan KIA.
8. Penerapan service excellent dan berfokus pada peningkatan mutu layanan terhadap masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan



### 3.3 Kegiatan dan Indikator

Tabel 5. Matriks Kegiatan dan Indikator

Sasaran Strategis		Program	Kegiatan		Target					
Uraian	Indikator Kinerja		Uraian	Indikator Kinerja	2020	2021	2022	2023	2024	
Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar	Terwujudnya peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	Peningkatan keandalan dan pemanfaatan alat medik utama	1	OEE alat medik utama	50%	52%	55%	60%	65%
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan	Optimalisasi Pendokumentasian Rekam Medik	2	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	70%	72%	75%	80%	82%
			- Reduksi waktu tunggu pelayanan - Monitoring ketepatan waktu Sign in dan Time Out operasi elektif	3	% ketepatan waktu pelayanan	-	-	-	78%	80%
			Survey kepuasan staf berbasis digital	4	Indeks kepuasan staf	76 %	80 %	82 %	85 %	87 %
	Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional	Terwujudnya Pelayan Unggulan Paripurna	Pemantauan capaian kinerja unit excellent secara berkala	5	% Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	50%	60%	65%	70%	75%
			- Penguatan Layanan Unggulan Tahap 1 - Promosi dan perluasan Kerjasama layanan kesehatan unggulan	6	Jumlah unit layanan unggulan yang berkinerja baik	1 Layanan	1 Layanan	2 Layanan	2 Layanan	3 Layanan
			- Penambahan jumlah layanan - Meningkatkan hubungan kerja sama dengan asuransi kesehatan	7	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	3%	3%	18%	20%
Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health	Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap total belanja Kesehatan	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan	8	% cost reduction (bahan	2%	5%	5%	5%	5%	
		Terwujudnya Kendali Mutu Kendali								



Sasaran Strategis		Program	Kegiatan		Target					
Uraian	Indikator Kinerja		Uraian	Indikator Kinerja	2020	2021	2022	2023	2024	
Coverage (UHC)		Efisiensi Anggaran	Biaya Penggunaan Obat dan BMHP		pakai habis dan obat)					
		Terlaksananya Anggaran berbasis Kinerja	Pengembangan Sistem Perencanaan dan Penganggaran berbasis kinerja	9	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	50%	60%	70%	75%	80%
		Terwujudnya paket layanan variative	Promosi dan Perluasan Kerjasama dengan pihak eksternal untuk penambahan volume kunjungan MCU	10	Pertumbuhan MCU	1%	1%	1%	2%	4%
Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan	Persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	Terwujudnya Budaya Kerja dan Kinerja	Pemantauan capaian kinerja staf secara berkala	11	% staf dengan kompetensi standar	-	-	-	3%	5%
Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karir SDM kesehatan	Persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan tersertifikas	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Pengembangan SDM terfokus melalui upaya pengembangan kompetensi dasar dan khusus	12	% staf di area kritis yang tersertifikasi	40%	50%	55%	60%	65%
Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia	Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM-RS	- Penyempurnaan Layanan SIM RS - Pengembangan Layanan SIM RS	13	% modul SIM RS yang terintegrasi	75%	80%	85%	87%	90%
		Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	- Penyediaan Pedoman Pelayanan Gawat Darurat - Konsistensi respon time penanganan rujukan sesuai standar dibawah 1 jam	14	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	-	-	70%	85%	100%



Cascading Ditjen Yankes			
Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja	Target 2023
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	15.	Persentase Pemenuhan SPA sesuai standar	95%
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16.	Persentase penurunan jumlah kematian	< 2,5%
Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit	17.	Pelaporan Audit Medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	18.	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
	20.	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
	21.	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80
	22.	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
	23.	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
	24.	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
	25.	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
	26.	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator tercapai setiap layanan
Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	27.	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 RS
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	28.	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
	29.	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
Indikator Nasional Mutu	30.	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
	31.	Kepatuhan penggunaan APD	100%
	32.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	33.	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%
	34.	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
	35.	Penundaan operasi elektif	≤5%
	36.	Kepatuhan waktu visit dokter	≥80%
	37.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
	38.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%



	39.	Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>clinical pathway</i> )	$\geq 85\%$
	40.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
	41.	Kecepatan waktu tanggap complain	$\geq 80\%$
	42.	Kepuasan pasien	IKM $\geq 80$
Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43.	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 sistem
Indikator RPJMN	44.	Waktu Tanggap operasi <i>sectio cesarea</i> Darurat	$\leq 30$ menit
	45.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	46.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%
	47.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%



## BAB IV

### PENUTUP

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2020 - 2024 ini disusun dengan pendekatan kombinasi "top down" dan "bottom up" yang melibatkan seluruh Direksi RSUP Dr. Johannes Leimena serta dilengkapi dengan analisis dari sudut pandang korporat RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon. Dengan demikian diharapkan RSB ini relevan dengan isu-isu strategis di tingkat lapangan sampai dengan isu di tingkat korporat.

RSB ini akan dijadikan pedoman oleh Manajemen dan Unit kerja di lingkungan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam menjalankan dan mengembangkan pelayanan maupun dalam menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan. Selain itu RSB juga akan membantu RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon untuk berkomunikasi dan bekerjasama dengan para stakeholder. Agar RSB ini selalu relevan dengan perkembangan kondisi lingkungan bisnis dan internal RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon, implementasinya selayaknya diikuti dengan pengendalian strategis. Pengendalian ini bertujuan untuk mengevaluasi asumsi dan hasil analisis SWOT yang menjadi dasar penetapan sasaran dan strategi. Jika terjadi perubahan-perubahan diluar perkiraan semula, tidak tertutup kemungkinan dilakukan evaluasi dan revisi terhadap sasaran strategis, target KPI, dan program strategis.

Semua gambaran kondisi RSUP Dr. Johannes Leimena dalam 5 (lima) tahun mendatang yang dinyatakan dalam RSB ini merupakan suatu kondisi yang diproyeksikan akan terjadi berdasarkan asumsi operasional dan finansial. Perubahan kondisi yang cukup signifikan dapat mengakibatkan gambaran kondisi dan pencapaian kinerja yang berbeda dari perkiraan semula, sehingga memerlukan penyesuaian lebih lanjut dari RSB ini.

Untuk pencapaian Visi dan Misi serta sasaran strategis RSB ini maka dibutuhkan :

1. Dukungan Stakeholder sangat dibutuhkan untuk pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan RSB
2. Komitmen seluruh SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya demi terjaganya kualitas pelayanan yang akan berdampak pada pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.



## LAMPIRAN I

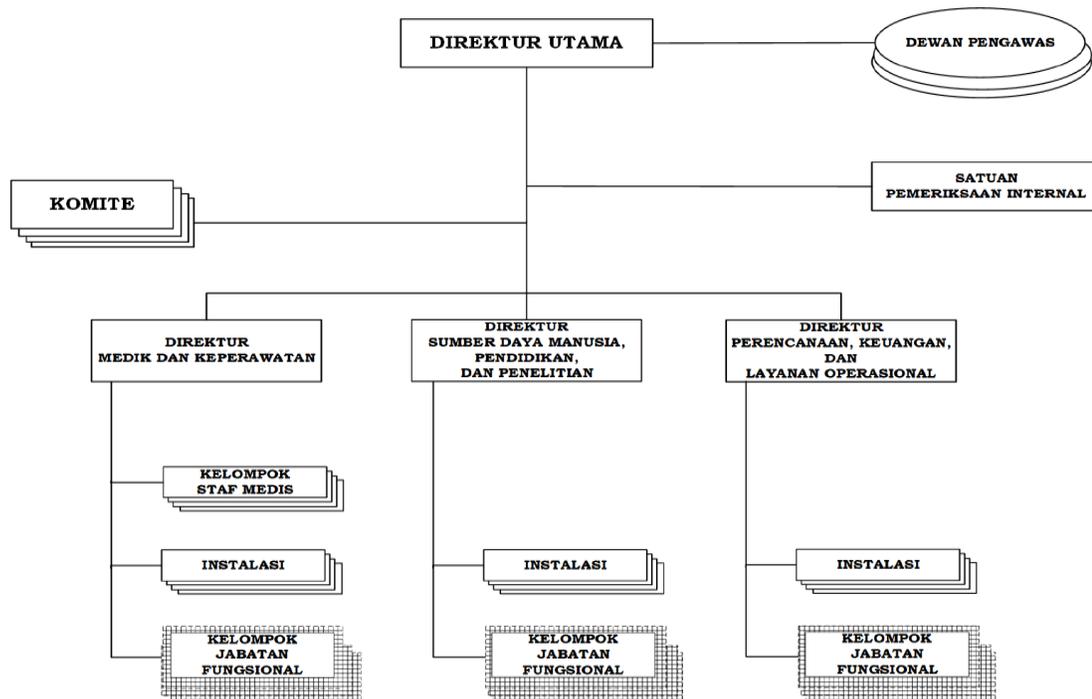
### ORGANISASI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON

#### 1. Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Saat ini

Pembentukan satker RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon diawali dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon. Pada tanggal 21 September 2022 Terbit Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mendapat Surat Izin Operasional Rumah Sakit Kelas B dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu pada 5 September 2019.

Struktur organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon saat ini mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan seperti pada gambar dibawah ini:

#### Stuktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



Sebagai RSUP tipe III, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dipimpin oleh Direktur Utama. Direktur utama dalam melaksanakan tugasnya membawahi Direktorat Medik dan Keperawatan; Direktorat Sumber Daya Manusia,



Pendidikan dan Penelitian; dan Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional.

## 2. Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas Pokok RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon menyelenggarakan fungsi :

1. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
2. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
3. pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
5. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang
6. pelayanan kesehatan;
7. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan
8. penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
9. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
10. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
11. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan
12. hubungan masyarakat;
13. pengelolaan sistem informasi;
14. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
15. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

## 3. Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola

Tugas dan kewajiban pejabat yang terdapat pada Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon saat meliputi Direktur Utama, Direktur terkait, dan Kelompok Jabatan Fungsional adalah sebagai berikut:

### 1. Direktorat Medik dan Keperawatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon

#### a. Tugas Pokok:

Direktorat Medik dan Keperawatan dipimpin oleh Direktur dan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan nonmedis.

#### b. Fungsi:

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

- 1) pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
- 2) pengelolaan pelayanan nonmedis;
- 3) pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
- 4) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.



Susunan organisasi Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas kelompok jabatan fungsional, instalasi, dan kelompok staf medis.

## **2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon**

### **a. Tugas Pokok:**

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian dipimpin oleh Direktur dan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.

### **b. Fungsi:**

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian menyelenggarakan fungsi:

- 1) penataan organisasi dan tata laksana;
- 2) pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
- 3) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- 4) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan
- 5) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Susunan organisasi Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

## **3. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon**

### **a. Tugas Pokok :**

Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional dipimpin oleh Direktur dan mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional.

### **b. Fungsi :**

- 1) penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- 2) pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 3) pelaksanaan urusan perbendaharaan;
- 4) pelaksanaan anggaran;
- 5) pelaksanaan urusan akuntansi;
- 6) pengelolaan barang milik negara;
- 7) pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- 8) pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- 9) pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- 10) pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- 11) pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan
- 12) kesehatan lingkungan rumah sakit;
- 13) pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- 14) pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;



- 15) pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;
- 16) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan
- 17) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

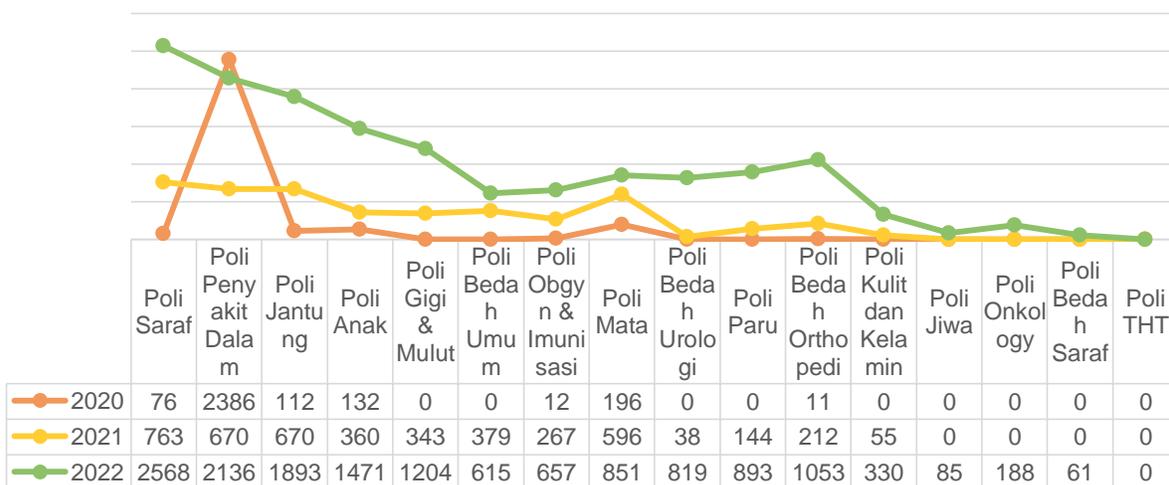


## LAMPIRAN II

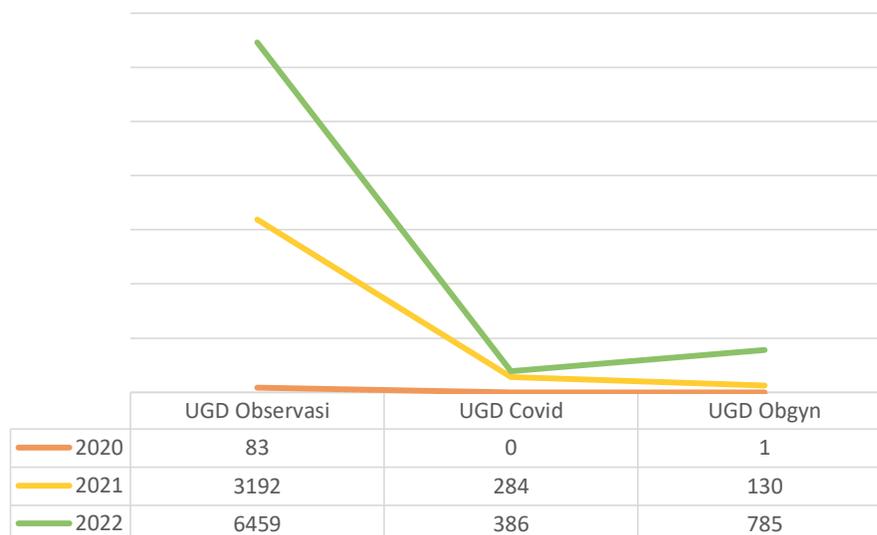
### KINERJA ASPEK LAYANAN

Kinerja layanan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dapat tercermin dari pertumbuhan kunjungan dan penambahan volume layanan yang diberikan ke masyarakat. Dibawah ini *Summary* kinerja setiap unit pelayanan di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dari tahun 2020 hingga tahun 2022 :

#### KUNJUNGAN RAWAT JALAN

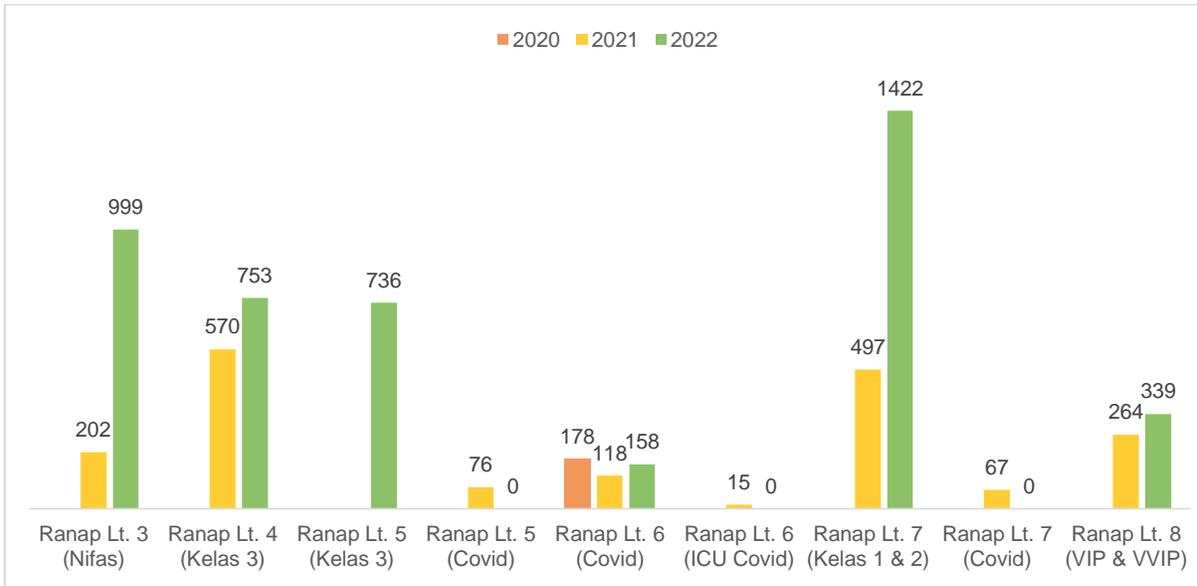


#### KUNJUNGAN RAWAT DARURAT

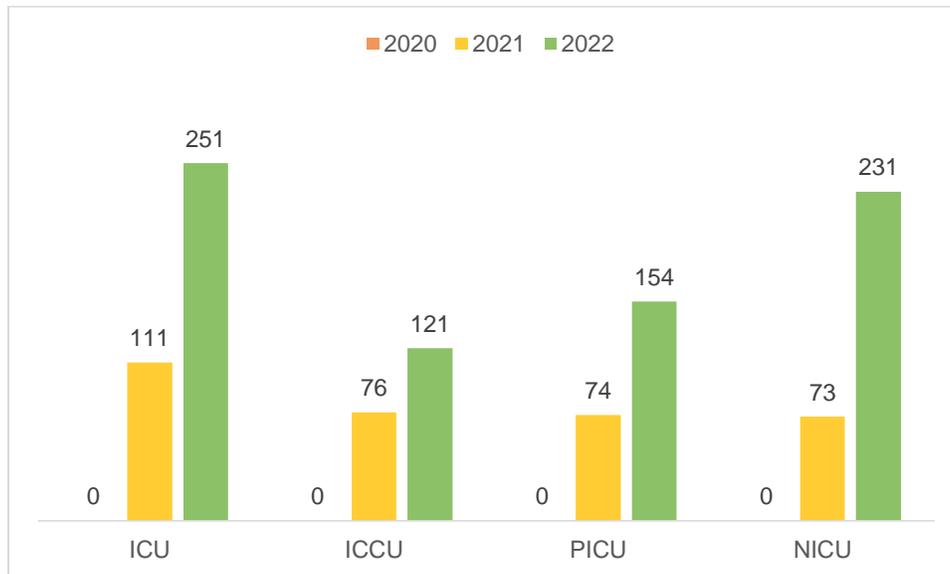




### KUNJUNGAN RAWAT INAP



### KUNJUNGAN RAWAT INAP INTENSIF





### LAMPIRAN III PROYEKSI KEUANGAN

Proyeksi Target Pendapatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon  
Tahun 2023 - 2024

NO	URAIAN	2023	2024
1	Rawat Jalan	11,076,912,000	12,307,680,000
2	Rawat Inap	17,600,447,000	20,582,350,000
3	Gawat Darurat	1,379,276,000	1,561,090,000
4	Radiologi	1,139,671,000	1,266,300,000
5	Tindakan Bedah	3,189,945,000	3,544,380,000
6	Layanan Jantung/ Cathlab	6,885,753,000	9,640,054,000
7	Layanan Kanker/ Radioterapi	4,212,521,000	5,897,529,000
8	Layanan Kemaritiman	39,290,000	55,006,000
9	Akomodasi dan Penyewaan	-	-
10	MCU	226,624,000	266,616,000
<b>TOTAL TARGET</b>		<b>45,750,439,000</b>	<b>55,121,005,000</b>



## LAMPIRAN IV SUMBER DAYA MANUSIA

### 1. Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) merupakan motor utama dalam berjalannya suatu organisasi. SDM memiliki peran yang tak tergantikan dalam sebuah organisasi yang menjadi pembeda antara satu organisasi dengan organisasi lain. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki pejabat fungsional kesehatan yang terdiri:

NO	JABATAN FUNGSIONAL TEKNIS	2020	2021	2022
1	Ahli Madya – Dokter	1	3	3
2	Ahli Muda – Dokter		3	3
3	Ahli Pertama – Apoteker		2	5
4	Ahli Pertama – Bidan			4
5	Ahli Madya – Dokter			1
6	Ahli Pertama – Dokter		12	25
7	Ahli Pertama - Dokter Gigi		3	2
8	Ahli Pertama - Fisikawan Medis		1	3
9	Ahli Pertama – Fisioterapis			2
10	Ahli Pertama – Nutrisionis		2	2
11	Ahli Pertama - Pekerja Sosial			1
12	Ahli Muda – Perawat	2	2	2
13	Ahli Pertama – Perawat		39	86
14	Ahli Pertama - Perekam Medis			1
15	Ahli Pertama - Pranata Laboratorium Kesehatan			2
16	Ahli Pertama – Radiografer			3
17	Ahli Pertama – Sanitarian			2
18	Ahli Pertama - Teknisi Elektromedis			1
19	Ahli Pertama - Terapis Gigi Dan Mulut			1
20	Pelaksana/ Terampil – Nutrisionis			5



NO	JABATAN FUNGSIONAL TEKNIS	2020	2021	2022
21	Pelaksana/Terampil - Asisten Apoteker		4	12
22	Pelaksana/Terampil – Bidan		4	11
23	Pelaksana/Terampil – Fisioterapis		4	4
24	Pelaksana/Terampil – Perawat		26	88
25	Pelaksana/Terampil - Perawat Gigi		2	2
26	Pelaksana/Terampil - Perekam Medis		4	7
27	Pelaksana/Terampil - Pranata Laboratorium Kesehatan		4	10
28	Pelaksana/Terampil – Radiografer		2	12
29	Pelaksana/Terampil - Sanitarian		1	1
30	Terampil - Okupasi Terapis			2
31	Terampil - Ortotis Prostetis			1
32	Terampil – Sanitarian			1
<b>JUMLAH</b>		<b>3</b>	<b>118</b>	<b>305</b>

Tabel 6. Data Personil Berdasarkan Jabatan Fungsional Kesehatan

Sedangkan untuk jabatan fungsional non kesehatan yang terdiri:

NO	JABATAN FUNGSIONAL NON TEKNIS	2020	2021	2022
1	Ahli Madya - Administrator Kesehatan		2	2
2	Ahli Muda - Administrator Kesehatan		1	1
3	Ahli Pertama - Administrator Kesehatan			12
4	Ahli Pertama - Analis Anggaran			1
5	Ahli Muda - Analis Kepegawaian	1	1	1
6	Ahli Pertama - Analis Kepegawaian		1	1
7	Ahli Madya - Analis Pengelolaan Keuangan Apbn		1	1
8	Ahli Pertama - Analis Pengelolaan Keuangan Apbn			1
9	Ahli Pertama - Pembimbing Kesehatan Kerja			4
10	Ahli Pertama - Pengelola Pengadaan Barang/Jasa		2	2



NO	JABATAN FUNGSIONAL NON TEKNIS	2020	2021	2022
11	Ahli Pertama - Perancang Peraturan Perundang – Undangan		1	1
12	Ahli Madya – Perencana	1	1	1
13	Ahli Pertama – Perencana		1	2
14	Ahli Pertama - Pranata Hubungan Masyarakat		1	1
15	Ahli Pertama - Pranata Komputer		2	4
16	Pelaksana/Terampil – Arsiparis		1	1
17	Pelaksana/Terampil - Pranata Komputer		4	4
18	Terampil - Pranata Keuangan Apbn			3
19	Analisis Barang Milik Negara		1	1
20	Analisis Data Dan Informasi		3	3
21	Analisis Keuangan		3	6
22	Inspektur Sarana Dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan		1	1
23	Pengadministrasi Keuangan		4	4
24	Pengelola Barang Milik Negara		1	1
25	Pengelola Data		0	1
	<b>JUMLAH</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>60</b>

Tabel 7. Data Personil Berdasarkan Jabatan Fungsional Non Kesehatan

Data diatas tidak termasuk tenaga teknis Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN).

## 2. Rencana kebutuhan SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon

Tabel di bawah ini menunjukkan kebutuhan SDM Tenaga Medis, Teknis dan Administratif (non Teknis) tahun 2023-2024 sesuai dengan kelompok atau unit-unit kerja di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dengan melakukan efisiensi jumlah pegawai secara alamiah atau batas usia pensiun.

NO	JABATAN/UNIT	2023	2024	TOTAL KEBUTUHAN
1	Administrator Kesehatan	0	3	3



NO	JABATAN/UNIT	2023	2024	TOTAL KEBUTUHAN
2	Analisis Data dan Informasi	3	0	3
3	Analisis Laboratorium	4	6	10
4	Analisis Barang Milik Negara	1	1	2
5	Analisis Kepegawaian	2	2	4
6	Analisis Keuangan	3	3	6
7	Apoteker	2	5	7
8	Arsiparis	2	2	4
9	Asisten Apoteker	4	10	14
10	Auditor Ahli	0	1	1
11	Bendahara	0	3	3
12	Bidan	4	6	10
13	Nutrisi	0	2	2
14	Dokter Gigi	2	0	3
15	Dokter Umum	10	2	12
16	Dokter Gigi Spesialis Endodontis	0	1	1
17	Dokter Gigi Spesialis Orthodontis	0	1	1
18	Dokter Gigi Spesialis Pedodontis	0	1	1
19	Dokter Gigi Spesialis Periodontis	0	0	0
20	Spesialis Urologi	0	1	1
21	Spesialis Anak	2	1	3
22	Spesialis Anestesi	2	1	3
23	Spesialis Bedah	2	1	3
24	Spesialis Bedah Anak	0	1	1
25	Spesialis Bedah Digestif	0	1	1
26	Spesialis Bedah Mulut	0	1	1
27	Spesialis Bedah Plastik	0	1	1
28	Spesialis Bedah Saraf	0	1	1
29	Spesialis Bedah Tumor	0	1	1
30	Spesialis Bedah Vaskular	0	1	1
31	Spesialis Kedokteran Forensik	0	1	1
32	Spesialis Gizi Klinik	0	1	1
33	Spesialis Jantung	0	1	1



NO	JABATAN/UNIT	2023	2024	TOTAL KEBUTUHAN
34	Spesialis Jiwa	0	1	1
35	Spesialis Kulkel	0	1	1
36	Spesialis Mata	0	1	1
37	Spesialis Neurologi	0	1	1
38	Spesialis Obgyn	2	0	2
39	Spesialis Orthopedi	0	1	1
40	Spesialis Paru	0	1	1
41	Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1	2
42	Spesialis Patologi Anatomi	0	1	1
43	Spesialis Patologi Klinik	1	1	2
44	Spesialis Interna	3	1	4
45	Spesialis Radiologi	1	1	2
46	Spesialis Radioterapi	0	1	1
47	Spesialis THT	0	1	1
48	Sub Spesialis Gastro-Hepatologi	1	1	2
49	Sub Spesialis Ginjal Hipertensi	1	1	2
50	Sub Spesialis Kardiologi Intervensi	0	1	1
51	Sub Spesialis Neurologi Intervensi	0	0	0
52	Sub Spesialis Radiologi Intervensi	0	0	0
53	Spesialis Farmakologi Klinis	0	0	0
54	Elektromedis	1	3	4
55	Fisikawan Medik	1	2	3
56	Fisioterapis	4	1	5
57	Implementator	0	5	5
58	Inspektur Sarana dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1	1	2
59	Jurumasak	0	6	6
60	Nutrisionis	2	3	5
61	Operator Mesin	0	1	1
62	Penata Anastesi	4	3	7
63	Analisis Keuangan	4	1	5
64	Admin/Kasir/Customer Service	0	6	6



NO	JABATAN/UNIT	2023	2024	TOTAL KEBUTUHAN
65	Admision/Customer Service	0	1	1
66	Administrasi Kesehatan	0	15	15
67	Pengelola Barang Milik Negara	1	1	2
68	Analisis Keuangan	0	3	3
69	Pengelola Pengadaan Barang	2	2	4
70	Perancang Peraturan Perundang-undangan	1	1	2
71	Perawat	6	133	139
72	Perawat Instrumen & Circuler	0	2	2
73	Perawat Gigi	2	0	2
74	Perekam Medis	4	8	12
75	Perencana	1	3	4
76	Petugas Laundry	0	8	8
77	Petugas Sterilisasi	0	8	8
78	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli	2	1	3
79	Pranata Komputer	4	4	8
80	Programmer	2	1	3
81	Psikologi Klinis	0	0	0
82	Psikologi	0	0	0
83	Radiografer	2	8	10
84	Sanitarian	1	2	3
85	Analisis Kesehatan Lingkungan	0	0	0
86	Sekretaris	1	2	3
87	Teknik Sipil	0	1	1
88	Teknisi Bangunan	0	2	2
89	Teknisi Elektro	0	3	3
90	Teknisi Elektromedis	0	6	6
91	Teknisi Listrik	0	3	3
92	Teknisi Mesin	0	2	2
93	Teknisi Tata Udara	0	3	3
<b>TOTAL KEBUTUHAN TENAGA s.d TAHUN 2024</b>		<b>99</b>	<b>334</b>	<b>433</b>

Tabel 8. Rencana kebutuhan SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



### 3. Rencana Pengembangan SDM

Adanya rencana pengembangan SDM menunjukkan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki komitmen dalam meningkatkan kinerja, baik kinerja keuangan maupun kinerja pelayanan. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon membuat rencana pengembangan SDM di masa yang akan datang antara lain:

1) Bentuk pengembangan

Bentuk pengembangan pegawai, dengan menyekolahkan pegawai ke tingkat pendidikan yang lebih tinggi atau studi lanjut, ataupun pendidikan non-gelar seperti mengikutsertakan pegawai dalam kegiatan pelatihan/ seminar/ workshop, menyelenggarakan pelatihan bagi pegawai, dll. Dalam menyusun rencana pengembangan pegawai disiapkan dengan target pencapaian hasil kegiatan tersebut.

2) Jumlah SDM yang akan mengikuti program pengembangan pegawai

Dalam penyusunan rencana pengembangan pegawai, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki jumlah SDM yang akan mengikuti program pengembangan tersebut. Hal ini menunjukkan adanya perencanaan yang matang dan terarah sesuai kebutuhan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

3) Waktu pelaksanaan

Rencana pelaksanaan program pengembangan pegawai dibuat pada saat RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mengajukan usulan. Hal ini adalah keseriusan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam upayanya untuk meningkatkan pelayanannya dengan cara meningkatkan kualitas SDM nya dengan terencana.

4) Peserta pengembangan

Kebijakan pengembangan pegawai tidak hanya terbatas pada pengembangan tenaga teknis, tetapi juga tenaga penunjang/ administratif.

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah melaksanakan pengembangan SDM nya dalam hal peningkatan kompetensi, dibawah ini gambaran rekapitulasi Pelatihan yang telah dilaksanakan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon selama periode 2023 sampai dengan 2024, sebagai berikut :

NO.	JENIS PELATIHAN	TAHUN KEGIATAN	
		2023	2024
1	Advance Neurologic Life Support (ANLS)	1	2
2	Advance Medical Emergency In Dentistry (AMED)	1	
3	Bimbingan Teknik Pengoperasian CT-Scan		2
4	Diklat Keuangan		2
5	Fellowship Anastesi Kardiovaskuler		2
6	Fellowship Kardiologi Intervensi		4
7	Magang Radiografer		2
8	Pelatihan Advance First Aid and Medical Support (AFAMS)	1	



NO.	JENIS PELATIHAN	TAHUN KEGIATAN	
		2023	2024
9	Pelatihan Advanced Cardiac Life Support (ACLS)	1	
10	Pelatihan Computed Radiography (CR/DRI)		2
11	Pelatihan dan Sertifikasi Training Of Trainer (TOT)		1
12	Pelatihan Dialisis Bagi Perawat	2	
13	Pelatihan Implementasi Persyaratan SNI ISO/IEC 60601-1		2
14	Pelatihan Infografis & Videografis		2
15	Pelatihan Jabatan Fungsional Perawat (Pengangkatan Pertama)	2	
16	Pelatihan K3		40
17	Pelatihan Kardiologi Khusus	1	
18	Pelatihan Keperawatan Kardiologi Dasar	1	
19	Pelatihan Keperawatan Kardiovaskular Tingkat Dasar (PKKvTD)	2	
20	Pelatihan Ketrampilan Administrasi dan Kearsipan		1
21	Pelatihan Klinik Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif	1	
22	Pelatihan Patient Safety		35
23	Pelatihan Pengelolaan BMN		1
24	Pelatihan Pengendalian mutu		1
25	Pelatihan Pengoperasian MRI		1
26	Pelatihan Pengujian dan Kalibrasi alat kesehatan Low risk		2
27	Pelatihan Pengujian Dan Kalibrasi Pesawat Sinar – X		2
28	Pelatihan Pengukuran Dosimetri		2
29	Pelatihan Peningkatan Kapasitas bagi Kepala Ruangan Keperawatan	3	
30	Pelatihan Penyelenggara Uji Profisiensi		2
31	Pelatihan Penyelenggaraan Efektif Training		
32	Pelatihan Penyusunan Analisa Beban Kerja		1
33	Pelatihan Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat		2
34	Pelatihan Penyusunan SOP		2
35	Pelatihan Perfusi (Dasar dan Lanjutan) Bagi		4



NO.	JENIS PELATIHAN	TAHUN KEGIATAN	
		2023	2024
	Perawat		
36	Pelatihan Petugas Proteksi Radiasi		2
37	Pelatihan PPI		40
38	Pelatihan Public Speaking		2
39	Pelatihan Sertifikasi Ahli Pengadaan Barang dan Jasa		1
40	Pelatihan Service Excellent dan Komunikasi Efektif		35
41	Pelatihan Sistem Gas Medik		1
42	Pelatihan Sistem Instalasi dan Proteksi Jaringan Listrik		1
43	Pelatihan Sistem Tata Udara		1
44	Pelatihan Teknik Kalibrasi Kelistrikan		1
45	Pelatihan Training of Trainers (ToT) Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1	1
46	Perawat Intensif ICU Dewasa Pasca Bedah		4
47	Program Orientasi Perawat	1	
48	Scrub Nurse Bedah Jantung Dewasa		2
49	Scrub Nurse Diagnostik Invasif Dewasa		3
50	Scrub Nurse Intervensi Non Bedah Dewasa		3
	<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>214</b>

Tabel 9. Rekapitulasi Peningkatan kompetenis SDM

Rencana pengembangan SDM tahun 2023 sampai dengan 2024 ke depan adalah melakukan identifikasi kualifikasi yang dibutuhkan pada setiap jabatan yang selanjutnya dipetakan dengan kondisi pegawai yang ada pada masing-masing unit, guna mengetahui kebutuhan diklat dalam rangka pengembangan pegawai. Program pengembangan pegawai yang akan dilakukan oleh RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon adalah sebagai berikut:

- 1) Mengusulkan nama-nama pegawai untuk mengikuti Pengembangan Kompetensi kepada Sub koordinator SDM dan Umum, baik umum, teknis keahlian, maupun teknis penjenjangan sesuai bidang kerjanya rata-rata setiap tahun 30 orang pegawai RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh Instalasi Diklat RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.



- 2) Mengikutsertakan pegawai untuk diklat lainnya bekerja sama dengan instansi/ lembaga penyelenggara diklat diluar Kementerian Kesehatan.
- 3) Mengikutsertakan pegawai dalam kegiatan outbound untuk melatih fisik dan mental, bekerjasama dengan lembaga penyelenggara outbound setempat.

Selain pengembangan pegawai di atas, untuk mewujudkan pegawai yang berdaya saing perlu didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang kompeten dan profesional. Olehkarena itu perlu disiapkan SDM melalui program peningkatan kompetensinya.

Dalam rangka mendukung rencana bisnis PK-BLU RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon untuk periode 2023-2024 maka diperlukan penguatan sumber daya manusia khususnya personil yang langsung mendukung kegiatan jasa pelayanan kesehatan.



## LAMPIRAN V

### KAMUS INDIKATOR KINERJA UTAMA

#### 1. OEE Alat Medik Utama

Sasaran Strategis	:	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan										
Program	:	Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana										
IKU	:	OEE Alat Medik Utama										
Definisi	:	Alat Medik Utama yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta Overall Equipment Effectiveness adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu: <i>Availability</i> , <i>Performance</i> dan <i>Quality</i> a = Runtime yang direncanakan b = Runtime aktual c = Produksi seharusnya d = Produksi yang dihasilkan e = Kualitas yang diharapkan f = Kualitas yang dihasilkan										
Formula	:	$\left( \textit{Availability} \times \textit{Performance} \times \textit{Quality} \right)$ $= \frac{b}{a} \times \frac{d}{c} \times \frac{f}{e} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Hasil Assesmen Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>50%</td><td>52%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	50%	52%	55%	60%	65%
2020	2021	2022	2023	2024								
50%	52%	55%	60%	65%								



## 2. Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam

Sasaran Strategis	:	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik										
Program	:	Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan										
IKU	:	Pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam										
Definisi	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam}}{\text{Jumlah keseluruhan rekam medik}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Rekam Medik										
Periode Pelaporan	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>70%</td><td>72%</td><td>75%</td><td>80%</td><td>82%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	70%	72%	75%	80%	82%
2020	2021	2022	2023	2024								
70%	72%	75%	80%	82%								



### 3. % Ketepatan Waktu Pelayanan

Sasaran Strategis	:	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan										
Program	:	Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan										
IKU	:	% Ketepatan Waktu Pelayanan										
Definisi	:	<p>Ketepatan Waktu Pelayanan adalah Ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada customer baik internal maupun eksternal. Ketepatan Waktu Layanan yang dimaksud adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time II <math>\leq 120</math> menit (<math>\geq 80\%</math>)</li><li>2) Layanan radiologi dengan waktu pemeriksaan 1 jam (<math>\geq 80\%</math>)</li><li>3) Layanan Laboratorium dengan waktu pemeriksaan 1 jam (<math>\geq 80\%</math>)</li><li>4) Layanan resep obat jadi <math>\leq 30</math> menit (<math>\geq 80\%</math>)</li></ol>										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan (4 layanan)}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang dan Direktur Keuangan & Umum										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>78%</td><td>80%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	78%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	78%	80%								



#### 4. Indeks Kepuasan Staf

Sasaran Strategis	:	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain										
Program	:	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan										
IKU	:	Indeks Kepuasan Staf										
Definisi	:	<p>Kepuasan staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh staf terhadap 6 faktor yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pekerjaan itu sendiri (<math>X_1</math>)</li><li>2) Upah / Gaji (<math>X_2</math>)</li><li>3) Peluang untuk maju (<math>X_3</math>)</li><li>4) Supervisi (<math>X_4</math>)</li><li>5) Rekan Kerja (<math>X_5</math>)</li><li>6) Keamanan dan Kenyamanan Kerja (<math>X_6</math>)</li></ol>										
Formula	:	$\frac{((\text{Rata-rata } (X_1) + (\text{Rata-rata } X_2)+\dots (\text{Rata-rata } X_6))}{\text{Jumlah Unsur yang Disurvey}} \times 25$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Hasil Survey Kepuasan Staf										
Periode Pelaporan	:	Semester										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>76 %</td><td>80 %</td><td>82 %</td><td>85 %</td><td>87 %</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	76 %	80 %	82 %	85 %	87 %
2020	2021	2022	2023	2024								
76 %	80 %	82 %	85 %	87 %								



## 5. % Unit Layanan Dengan Kinerja Excellent

Sasaran Strategis	:	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain										
Program	:	Terwujudnya Pelayanan Unggulan Paripurna										
IKU	:	% unit layanan dengan kinerja excellent										
Definisi	:	Kinerja Excellent adalah tingkat capaian kinerja yang melebihi target kinerja yang sudah ditentukan (>80%)										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah unit dengan kinerja } \textit{excellent}}{\text{Jumlah seluruh unit}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Hasil Penilaian Unit <i>Excellent</i>										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>50%</td><td>60%</td><td>65%</td><td>70%</td><td>75%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	50%	60%	65%	70%	75%
2020	2021	2022	2023	2024								
50%	60%	65%	70%	75%								



## 6. Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik

Sasaran Strategis	:	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain										
Program	:	Terwujudnya Focus Pelayanan Unggulan yang Prospektif										
IKU	:	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik										
Definisi	:	Unit Layanan Unggulan adalah yang terdiri atas; 1. Layanan Jantung Terpadu 2. Layanan Kanker Terpadu 3. Layanan Kesehatan Kemaritiman Terpadu Berkinerja Baik adalah Memenuhi kriteria yang ditetapkan yaitu : 1. Jumlah kunjungan setiap unit layanan unggulan memenuhi target kunjungan yang telah ditetapkan 2. Pertumbuhan kunjungan yang signifikan										
Formula	:	$\Sigma$ Unit layanan unggulan yang berkinerja baik sesuai kriteria yang ditetapkan										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	1	1	2	2	3
2020	2021	2022	2023	2024								
1	1	2	2	3								



## 7. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

Sasaran Strategis	:	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)										
Program	:	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan										
IKU	:	Tingkat pertumbuhan pendapatan										
Definisi	:	Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan operasional, tidak termasuk pendapatan APBN. Pendapatan operasional terdiri dari biaya jasa keseluruhan pelayanan pasien dan pendapatan lain-lainnya (parkir, diklat, sewa gedung, jasa giro, dll). Tingkat pertumbuhannya diukur dengan penambahan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan pendapatan tahun lalu.										
Formula	:	$\frac{\text{Pertambahan pendapatan tahun T}}{\text{pendapatan tahun T-1}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian Keuangan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>3%</td><td>3%</td><td>3%</td><td>18%</td><td>20%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	3%	3%	3%	18%	20%
2020	2021	2022	2023	2024								
3%	3%	3%	18%	20%								



## 8. % Cost Reduction

Sasaran Strategis	:	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)										
Program	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran										
IKU	:	% Cost Reduction (obat dan bahan habis pakai)										
Definisi	:	Perhitungan <i>cost reduction</i> dilakukan dengan mendasarkan pada besarnya penghematan penggunaan bahan habis pakai dan obat di semua unit pelayanan (medik dan penunjang), dibandingkan dengan total pengeluaran bahan habis pakai dan obat tahun lalu, dinormalisasi dengan jumlah kegiatan.										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Berjalan/Jumlah Tindakan}}{\text{Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Lalu/Jml Tindakan}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian Keuangan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>2%</td><td>5%</td><td>5%</td><td>5%</td><td>5%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	2%	5%	5%	5%	5%
2020	2021	2022	2023	2024								
2%	5%	5%	5%	5%								



## 9. Persentase Pembiayaan yang sesuai Kebutuhan

Sasaran Strategis	:	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)										
Program	:	Terlaksananya Anggaran Berbasis Kinerja										
IKU	:	% Pembiayaan yang sesuai Kebutuhan										
Definisi	:	% Pembiayaan sesuai kebutuhan adalah pembiayaan kebutuhan yang sesuai dengan perencanaan dan studi kelayakan										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Pembiayaan yang sesuai kebutuhan}}{\text{Jumlah seluruh pembiayaan}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>75%</td><td>80%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	50%	60%	70%	75%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
50%	60%	70%	75%	80%								



## 10. Pertumbuhan MCU

Sasaran Strategis	:	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)										
Program	:	Terwujudnya paket layanan yang variatif										
IKU	:	Pertumbuhan MCU										
Definisi	:	Yang dimaksud dengan MCU adalah proses layanan pasien setelah mendapat perawatan di rumah sakit										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat perawatan MCU periode tertentu}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat perawatan MCU periode sebelumnya}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Laporan bulanan dan tahunan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>1%</td><td>1%</td><td>1%</td><td>2%</td><td>4%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	1%	1%	1%	2%	4%
2020	2021	2022	2023	2024								
1%	1%	1%	2%	4%								



## 11. % Staf dengan Kompetensi yang Sesuai Standar

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan										
Program	:	Terwujudnya Budaya Kerja dan Kinerja										
IKU	:	% Staf dengan Kompetensi yang Sesuai Standar										
Definisi	:	Pembinaan kompetensi ASN berdasarkan amanat UU Nomor 5 Tahun 2014 tentang ASN dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil yang diperbaharui dengan PP Nomor 17 Tahun 2020. Dalam aturan ini menyatakan bahwa ASN berhak mendapatkan pengembangan kompetensi SDM minimal 20 Jam Pelajaran (JP) per tahun. % staf dengan kompetensi standar adalah jumlah ASN (PNS dan PPPK) yang telah mengikuti program pengembangan kompetensi minimal 20 JP.										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah ASN yang mengikuti pembelaja minimal 20 JP}}{\text{Jumlah seluruh ASN}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian SDM										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>3%</td><td>5%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	3%	5%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	3%	5%								



## 12. % Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karir SDM kesehatan										
Program	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM										
IKU	:	% Staf diarea kritis yang tersertifikasi										
Definisi	:	% Staf diarea kritis adalah jumlah staf diarea kritis yang telah mendapatkan sertifikasi pelatihan sesuai dengan standar. Area Kritis yang dimaksud adalah Gawat Darurat, Intensive Care, Bedah Sentral										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah staf di area kritis yang telah tersertifikasi}}{\text{Jumlah seluruh staf di area kritis}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian SDM										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>40%</td><td>50%</td><td>55%</td><td>60%</td><td>65%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	40%	50%	55%	60%	65%
2020	2021	2022	2023	2024								
40%	50%	55%	60%	65%								



### 13. % Modul SIM RS yang Terintegrasi

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti										
Program	:	Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM-RS										
IKU	:	% Modul SIM RS yang Terintegrasi										
Definisi	:	Modul SIM RS yang Terintegrasi adalah Modul SIM RS yang terintegrasi antara satu modul dengan modul yang lain										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Modul SIM RS yang Terintegrasi}}{\text{Jumlah Modul yang direncanakan Terintegrasi}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Modul Aplikasi SIM RS										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>75%</td><td>80%</td><td>85%</td><td>87%</td><td>90%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	75%	80%	85%	87%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
75%	80%	85%	87%	90%								



#### 14. % Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti										
Program	:	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi										
IKU	:	% Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal										
Definisi	:	Persentase kasus rujukan melalui SISRUITE yang memiliki repon time kurang dari satu jam.										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:											
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Laporan berkala Instalasi Gawat Darurat										
Periode Pelaporan	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>-</td><td>-</td><td>70%</td><td>85%</td><td>100%</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	70%	85%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	70%	85%	100%								



### 15. Persentase Pemenuhan SPA sesuai Standar

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan						
Program	:							
IKU	:	Persentase Pemenuhan SPA sesuai standar						
Definisi	:	Persentase pemenuhan SPA (Sarana Prasarana dan Alat) Kesehatan Rumah Sakit yaitu pemenuhan yang sesuai dengan Permenkes No. 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan Terkalibrasi Prasarana dan Alkesnya S = Sarana P = Prasarana A = Alat						
Formula	:	<table border="1"><tr><td>1.</td><td><math display="block">\frac{\text{Jumlah S, P, A di rumah sakit}}{\text{Jumlah S, P, A standar acuan}} \times 100\%</math></td></tr><tr><td>2.</td><td><math display="block">\frac{\text{Jumlah P, A yang dikalibrasi}}{\text{Jumlah P, A wajib kalibrasi}} \times 100\%</math></td></tr><tr><td>3.</td><td><math display="block">\text{Hasil Akhir} = \frac{\% (1) + \% (2)}{2}</math></td></tr></table>	1.	$\frac{\text{Jumlah S, P, A di rumah sakit}}{\text{Jumlah S, P, A standar acuan}} \times 100\%$	2.	$\frac{\text{Jumlah P, A yang dikalibrasi}}{\text{Jumlah P, A wajib kalibrasi}} \times 100\%$	3.	$\text{Hasil Akhir} = \frac{\% (1) + \% (2)}{2}$
1.	$\frac{\text{Jumlah S, P, A di rumah sakit}}{\text{Jumlah S, P, A standar acuan}} \times 100\%$							
2.	$\frac{\text{Jumlah P, A yang dikalibrasi}}{\text{Jumlah P, A wajib kalibrasi}} \times 100\%$							
3.	$\text{Hasil Akhir} = \frac{\% (1) + \% (2)}{2}$							
Bobot IKU (%)	:							
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum						
Sumber Data	:	ASPAK dan Survey Lapangan						
Periode Pelaporan	:	Tahunan						
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>95%</td></tr></table>	<b>2023</b>	95%				
<b>2023</b>								
95%								



## 16. Persentase Penurunan Jumlah Kematian

Sasaran Strategis	:	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik		
Program	:			
IKU	:	Persentase penurunan jumlah kematian		
Definisi	:	Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit mengacu pada angka pada NDR (Net Death Rate) yang merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.		
Formula	:	$\frac{\text{NDR Tahun berjalan}}{\text{NDR Tahun lalu}}$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	SIRS		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>&lt;2,5</td></tr></table>	<b>2023</b>	<2,5
<b>2023</b>				
<2,5				



### 17. Pelaporan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit		
Program	:			
IKU	:	Pelaporan Audit Medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan		
Definisi	:	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada rumah sakit umum vertical yang dilaporkan setiap 6 bulan		
Formula	:	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Rekam Medik		
Periode Pelaporan	:	Semester		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>2 kali</td></tr></table>	<b>2023</b>	2 kali
<b>2023</b>				
2 kali				



## 18. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP		
Program	:			
IKU	:	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP		
Definisi	:	Persentase kunjungan pasien VVIP di Rumah Sakit Vertikal		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{Jumlah total kunjungan pasien}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Rekam Medik		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>10%</td></tr></table>	<b>2023</b>	10%
<b>2023</b>				
10%				



## 19. Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal
Program	:	
IKU	:	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
Definisi	:	Rumah Sakit yang menyelenggarakan kerja sam dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya
Formula	:	Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil evaluasi
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Dokumen rumah sakit berupa proposal feasibility study, Rencana Strategi Bisnis, Perjanjian Kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	<b>2023</b> 1 Layanan



## 20. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal
Program	:	
IKU	:	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.</li><li>• Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.</li><li>• Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.</li><li>• Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</li><li>• RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.</li><li>• Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit</li><li>• Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00</li><li>• Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.</li><li>• Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman</li></ul>
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar}}{\text{Jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar}} \times 100$
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Keuangan dan Umum
Sumber Data	:	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	2023



**RSUP Dr. Johannes leimena Ambon**

*"Ramah santun untuk pelayanan"*

70%



## 21. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		
Program	:			
IKU	:	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan		
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li><li>• Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li><li>• Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.</li><li>• Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.</li><li>• Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.</li></ul>		
Formula	:	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang, Direktur Keuangan dan Umum		
Sumber Data	:	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal		
Periode Pelaporan	:	Triwulan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 80</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 80
<b>2023</b>				
≥ 80				



## 22. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		
Program	:			
IKU	:	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang		
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"><li>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.</li><li>Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.</li><li>Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah <math>\leq 120</math> menit.</li></ul>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau } \leq 120 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td><math>\geq 80\%</math></td></tr></table>	<b>2023</b>	$\geq 80\%$
<b>2023</b>				
$\geq 80\%$				



### 23. Penundaan Waktu Operasi Elektif

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		
Program	:			
IKU	:	Penundaan waktu Operasi Elektif		
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</li><li>• Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</li></ul>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≤ 3%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≤ 3%
<b>2023</b>				
≤ 3%				



## 24. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		
Program	:			
IKU	:	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik		
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li><li>• Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</li><li>• Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan</li><li>• Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik</li><li>• Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.</li></ul>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≤ 80%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≤ 80%
<b>2023</b>				
≤ 80%				



## 25. Ketepatan Waktu Visite Dokter

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		
Program	:			
IKU	:	Ketepatan waktu visite dokter		
Definisi	:	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja pada pukul 06.00 – 14.00		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00}}{\text{jumlah pasien rawat inap}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Laporan Visite Rawat Ina(Rekam Medis)		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 80%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 80%
<b>2023</b>				
≥ 80%				



## 26. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU

Sasaran Strategis	:	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal
Program	:	
IKU	:	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU
Definisi	:	<p>Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA sesuai Indikator Klinis RS Vertikal</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari (&gt;80%)</li><li>2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : "Door To Needle" ≤ 30 Menit (&gt;80%)</li><li>3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) &lt; 7 hari (&gt;80%)</li><li>4) Urologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam (&gt;80%)</li></ol> <p>KIA: 1.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - &lt; 1500 gram (&gt;80%)</li><li>6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit (&lt;30%)</li></ol>
Formula	:	SESUAI KAMUS INDIKATOR KLINIS RUMAH SAKIT VERTIKAL
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Laporan Rumah Sakit (Rekam Medis)
Periode Pelaporan	:	Triwulan
Target	:	<b>2023</b> 1 indikator tercapai setiap layanan



### 27. 1 RS Vertikal Harus Membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan Binaannya yang Telah Ditetapkan

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)		
Program	:			
IKU	:	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan		
Definisi	:	Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama		
Formula	:	Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>1 RS Umum</td></tr></table>	<b>2023</b>	1 RS Umum
<b>2023</b>				
1 RS Umum				



## 28. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
Program	:	
IKU	:	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
Definisi	:	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan
Formula	:	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	<b>2023</b> 12 Laporan



## 29. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
Program	:	
IKU	:	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
Definisi	:	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil
Formula	:	Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	<b>2023</b> 12 Laporan



### 30. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Sasaran Strategis	: Indikator Nasional Mutu
Program	:
IKU	: Kepatuhan kebersihan tangan
Definisi	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li><li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li><li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li><li>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li><li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li><li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</li><li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li><li>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain</li></ol></li></ol>



yang digunakan pasien.  
5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.

Formula : 
$$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100$$

Bobot IKU (%) :

Person In Charge :

Sumber Data :

Periode Pelaporan :

Target : 

<b>2023</b>
≥ 90%



### 31. Kepatuhan Penggunaan APD

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Kepatuhan penggunaan APD		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li><li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>100 %</td></tr></table>	<b>2023</b>	100 %
<b>2023</b>				
100 %				



### 32. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu
Program	:	
IKU	:	Kepatuhan identifikasi pasien
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li><li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li><li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li><li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li><li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li><li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li><li>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li></ol></li><li>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</li></ol>
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100$
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang



Sumber Data : Hasil Observasi

Periode Pelaporan : Bulanan

Target : 

<b>2023</b>
100 %



### 33. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi		
Definisi	:	SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit}}{\text{Jumlah penanganan kasus SC Emergensi kategori 1}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 80%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 80%
<b>2023</b>				
≥ 80%				



### 34. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu
Program	:	
IKU	:	Waktu tunggu rawat jalan
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li><li>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran <i>online</i>.<ol style="list-style-type: none"><li>a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li><li>b. pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li><li>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li></ol></li></ol>
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100$
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Hasil Observasi
Periode Pelaporan	:	Bulanan
Target	:	2023



≥ 80%



### 35. Penundaan Operasi Elektif

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Penundaan operasi elektif		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</li><li>2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≤ 5%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≤ 5%
<b>2023</b>				
≤ 5%				



### 36. Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter		
Definisi	:	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i\text{visite} \text{ dokter pada pukul } 06.00 - 14.00}{\text{jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 80%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 80%
<b>2023</b>				
≥ 80%				



### 37. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li><li>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.</li><li>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>100%</td></tr></table>	<b>2023</b>	100%
<b>2023</b>				
100%				



### 38. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep</li><li>2. pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li><li>3. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 90%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 90%
<b>2023</b>				
≥ 90%				



### 39. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>Clinical Pathway</i> )		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</li><li>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 85%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 85%
<b>2023</b>				
≥ 85%				



#### 40. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu		
Program	:			
IKU	:	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh		
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Asesment awal risiko jatuh</li><li>b. Assesment ulang risiko jatuh</li><li>c. Intervensi pencegahan risiko jatuh</li></ol></li><li>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</li></ol>		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>100%</td></tr></table>	<b>2023</b>	100%
<b>2023</b>				
100%				



#### 41. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu
Program	:	
IKU	:	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</li><li>2. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain:<ol style="list-style-type: none"><li>a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</li><li>b. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</li><li>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</li></ol></li></ol>
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100$
Bobot IKU (%)	:	
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	:	Hasil Observasi



Periode Pelaporan :

Target : 

<b>2023</b>
≥ 80%



## 42. Kepuasan Pasien

Sasaran Strategis	:	Indikator Nasional Mutu
Program	:	
IKU	:	Kepuasan Pasien
Definisi	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li><li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li><li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li><li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li><li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variable penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li><li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:<ol style="list-style-type: none"><li>1) Persyaratan administrasi</li><li>2) Kemudahan akses pelayanan</li><li>3) Kecepatan waktu</li><li>4) Kewajaran biaya</li><li>5) Kesesuaian informasi pelayanan</li><li>6) Kemampuan dan keterampilan petugas</li><li>7) Perilaku petugas</li><li>8) Penanganan aduan/keluhan</li><li>9) Kualitas kamar mandi</li><li>10) Pelayanan perparkiran</li></ol></li><li>7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</li></ol>
Formula	:	$\frac{((\text{Rata-rata } (X_1) + (\text{Rata-rata } X_2)+ \dots (\text{Rata-rata } X_{10}))}{\text{Jumlah Unsur yang Disurvei}} \quad \times 25$



Bobot IKU (%)	:	<input type="text"/>		
Person In Charge	:	<input type="text" value="Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang"/>		
Sumber Data	:	<input type="text" value="Hasil Observasi"/>		
Periode Pelaporan	:	<input type="text" value="Bulanan"/>		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≥ 80%</td></tr></table>	<b>2023</b>	≥ 80%
<b>2023</b>				
≥ 80%				



### 43. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium		
Program	:			
IKU	:	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital		
Definisi	:	Fasyankes yang telah terintegrasi dalam system informasi surveilans berbasis digital		
Formula	:	RS memiliki Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Rekam Medik		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>1 Sistem</td></tr></table>	<b>2023</b>	1 Sistem
<b>2023</b>				
1 Sistem				



#### 44. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat

Sasaran Strategis	:	Indikator RPJMN		
Program	:			
IKU	:	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat		
Definisi	:	SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit}}{\text{Jumlah penanganan kasus SC Emergensi kategori 1}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Hasil Observasi		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>≤30 menit</td></tr></table>	<b>2023</b>	≤30 menit
<b>2023</b>				
≤30 menit				



**45. Persentase pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi**

Sasaran Strategis	:	Indikator RPJMN		
Program	:			
IKU	:	Persentase pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi		
Definisi	:	Seluruh layanan telah mengimplementasikan Rekam Medik elektronik		
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi}}{\text{Jumlah seluruh layanan}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Rekam Medik		
Periode Pelaporan	:	Bulanan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>100%</td></tr></table>	<b>2023</b>	100%
<b>2023</b>				
100%				



#### 46. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan		
Program	:			
IKU	:	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan		
Definisi	:			
Formula	:	$\frac{\text{.....}}{\text{.....}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	SPI		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>92.5%</td></tr></table>	<b>2023</b>	92.5%
<b>2023</b>				
92.5%				



#### 47. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Sasaran Strategis	:	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan		
Program	:			
IKU	:	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni		
Definisi	:	Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni		
Formula	:	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100$		
Bobot IKU (%)	:			
Person In Charge	:	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber Data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.		
Periode Pelaporan	:	Tahunan		
Target	:	<table border="1"><tr><td><b>2023</b></td></tr><tr><td>97%</td></tr></table>	<b>2023</b>	97%
<b>2023</b>				
97%				