

RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO



REVISI 2 RENCANA STRATEGIS BISNIS 2020 - 2024

KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO
Jl. M.T. Haryono Kav.11 Cawang, Jakarta Timur 13630 JAKARTA
Telp : (021) 2937 3377 (Hunting) Fax : (021) 2937 3445, 2937 3385



KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Rahmat dan Ridho-Nya Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2020 - 2024 dapat diselesaikan dengan baik sebagai dasar pelaksanaan tata kelola manajemen organisasi dalam rangka mencapai visi dan misi.

Penyusunan Revisi RSB kedua ini dilakukan oleh Tim Penyusun RSB dengan melibatkan pemangku kepentingan (*stakeholder*), staf, manajemen puncak dan Dewan Pengawas di lingkungan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta. Revisi 2 RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2020 - 2024 merupakan konsekuensi atas perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dan dalam rangka melaksanakan amanat PMK Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan BLU dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mengharuskan Dokumen Perencanaan untuk dipantau secara berkala.

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari RPJPN 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 akan mempengaruhi pencapaian target pembangunan RPJPN. RSB merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif yang menggambarkan rangkaian program kerja strategis untuk kurun waktu lima tahun kedepan yang memuat arah dan kebijakan dalam mencapai sasaran strategis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono sesuai dengan visi misi yang ingin dicapai dengan mempertimbangkan dan menyeimbangkan antara keahlian sumber daya manusia serta sumber daya lainnya agar mampu menjawab tuntutan perkembangan lingkungan strategis di segala aspek dengan tetap memperhatikan dan mendukung tatanan sistem kesehatan nasional.

Saat ini RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta telah menjadi Rumah Sakit rujukan nasional bidang otak dan persarafan, pengampu Rumah Sakit layanan stroke, Hubs *Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGS-i) yang berfokus pada penyakit otak dan persarafan. Kedepannya diharapkan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono bertransformasi menjadi INN (Institut Neurosains Nasional) yang bertaraf internasional menuju Indonesia *Brain Decade* sehingga menjadi salah satu rumah sakit unggulan di bidang otak dan persarafan tingkat Asia baik dari sisi pelayanan maupun pendidikan dan riset.

Jakarta, 31 Januari 2023

Plt. Direktur Utama

dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS
NIP 196209131988031002

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR TABEL	iv
LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI	v
LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS	vi
RINGKASAN EKSEKUTIF	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Resume Renstra Kementerian Kesehatan	1
B. Visi dan Misi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	3
C. Target Rencana Strategis Bisnis	4
BAB II ANALISIS DAN STRATEGI	5
A. Evaluasi Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	5
B. Analisis SWOT/BSC/FISHBONE	10
C. Inisiatif Strategis	12
BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN	14
BAB IV PENUTUP	20
LAMPIRAN	21

DAFTAR GAMBAR

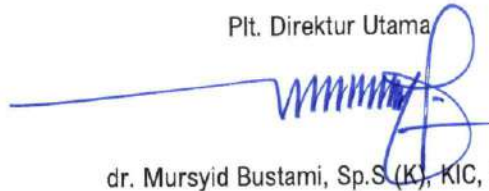
Gambar 1	Kerangka Keterkaitan Renstra Kementerian Kesehatan dengan RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2020 - 2024	2
Gambar 2	Target dan Realisasi Penerimaan BLU Tahun 2015 – 2022 (Prognosa)	9
Gambar 3	Capaian Pelayanan Tahun 2015 – 2022 (Prognosa).....	9
Gambar 4	Rancangan Peta Strategis Balance Scorecard RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	12

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Target dan Capaian IKU pada RSB 2015 - 2019	5
Tabel 2	Target dan Capaian IKU pada RSB 2020 - 2024	6
Tabel 3	Identifikasi SWOT RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono.....	10
Tabel 4	Analisa TOWS RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono.....	11
Tabel 5	Roadmap Pengembangan Tahun 2020 – 2024.....	14
Tabel 6	Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 - 2024.....	15

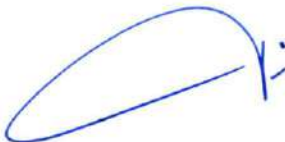
LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI
REVISI 2 RENCANA STRATEGI BISNIS (RSB)
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO
TAHUN 2020 - 2024

Plt. Direktur Utama



dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS
NIP 196209131988031002

Direktur Pelayanan Medik Keperawatan
dan Penunjang



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS
NIP 197210072001122005

Direktur SDM, Pendidikan dan Umum



Dr. dr. Andi Basuki P.B, Sp.S (K), MARS
NIP 196409131990031004

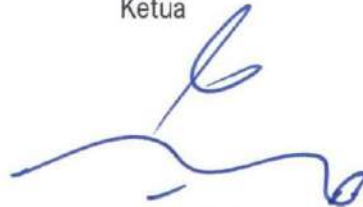
Direktur Perencanaan, Keuangan
dan BMN



Diana Mutiara, SE, M.Akun
NIP 196911031997032001

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS
REVISI 2 RENCANA STRATEGI BISNIS (RSB)
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO
TAHUN 2020 - 2024

Mengetahui
Ketua



dr. Slamet, MPH

Anggota



Liendha Andajani, S.E., M.Si

Anggota



Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, S.KM., Dr.PH

Anggota



Robi Toni, SE., MM

Anggota



Mochamad Agus Rofiudin, S.Kom., M.M

RINGKASAN EKSEKUTIF

Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta TA 2020-2024 merupakan konsekuensi logis atas perubahan Renstra Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes No. 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Dari 6 pilar transformasi kesehatan, pilar 2 merupakan pilar utama yang diampu RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, pilar 5 dan 6 merupakan pilar pendukung. Dari ketiga pilar tersebut telah diturunkan menjadi 61 Indikator Kinerja Utama. Terdapat 2 tugas mandatori yang diturunkan oleh Kementerian Kesehatan khusus kepada RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta yaitu sebagai Hub *Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGS-i) untuk penyakit otak dan persarafan serta sebagai rumah sakit pengampu layanan stroke.

Visi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta mengikuti visi Kementerian Kesehatan RI yang juga selaras dengan Visi Nasional, Visi Kementerian Kesehatan yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”. Dengan misi 1) Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja, 2) Perbaiki Gizi Masyarakat, 3) Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 4) Pembudayaan GERMAS, 5) Memperkuat Sistem Kesehatan. Visi tersebut akan dicapai dengan Misi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, yaitu: 1) Mewujudkan pelayanan otak dan sistem persarafan yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, 2) Mewujudkan Pendidikan dan Penelitian Yang mampu memberikan kontribusi pemecahan masalah otak dan sistem persarafan nasional maupun internasional.

Berdasarkan capaian hasil analisis SWOT, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta didapatkan 10 sasaran strategis. Ke sepuluh strategi (*key performance indicator*) tersebut adalah; 1) Terwujudnya pengembangan/Inovasi dan terselenggaranya riset di bidang otak dan persarafan, 2) Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang otak dan persarafan, 3) Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional, 4) Terwujudnya kepuasan stakeholder, 5) Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana, 6) Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM, 7) Budaya Kinerja yang baik, 8) Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya, 9) Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, 10) Terwujudnya pengendalian manajemen dan tata Kelola yang baik.

Hasil capaian Indikator Kinerja Utama pada periode RSB 2015-2019 dan RSB 2020-2022 pada umumnya telah tercapai. Hasil kinerja pelayanan dan keuangan pada umumnya meningkat dari tahun ke tahun serta dapat melampaui target. Namun nilai pertambahan produktivitasnya mendekati stagnan, sehingga diperlukan pengembangan baik berupa fisik/bangunan, maupun pelayanan. Untuk itu akan dilakukan transformasi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta menjadi Institut Neurosains Nasional (INN) yang perencanaannya dilakukan pada periode RSB 2020-2024 ini.

Tahun 2022-2023 adalah periode pembebasan lahan seluas 22.367 m², dengan total kebutuhan berdasarkan penilaian KJPP adalah sebesar Rp 655.531.264.141,- yang dipenuhi dari RM. Total kebutuhan anggaran Gedung RSPON-INN adalah sebesar Rp 1.045.835.000.000,- yang terdiri atas Rp 756.710.000.000,- untuk konstruksi Gedung Pelayanan dan Penunjang dipenuhi dari RM, Rp 250.000.000.000,- untuk konstruksi Gedung Pendidikan dan Penelitian yang akan dilakukan dengan mekanisme pembelian aset melalui fasilitator. Serta sebesar Rp 39.125.000.000,- untuk konsultan Perencana dan Manajemen Konstruksi yang dipenuhi dari anggaran BLU.

Pembangunan Gedung RSPON-INN akan dilakukan secara multiyears pada tahun 2023-2024 dengan konsep *Design and Build*. Sehingga Tahun 2023 direncanakan terserap Rp 58.494.000.000,- yang bersumber dari RM sebesar Rp 35.000.000.000,- dan BLU sebesar Rp 23.494.000.000,-. Tahun 2024 direncanakan terserap Rp 987.341.000.000,- yang bersumber dari RM (Rp 721.710.000.000,-), Pihak Ketiga/Fasilitator (Rp 250.000.000.000,-) dan BLU (Rp 15.631.000.000). Mengingat besarnya anggaran dan keterbatasan waktu, maka dibutuhkan dukungan dari seluruh stakeholders agar pengembangan ini dapat berjalan dengan baik.

BAB I PENDAHULUAN

A. Resume Renstra Kementerian Kesehatan

RPJMN 2020-2024 sebagai tahapan akhir dari RPJPN 2005-2025, merupakan titik tolak untuk mencapai sasaran Visi Indonesia 2045 yaitu Indonesia Maju. Sesuai arahan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur. RPJMN 2020-2024 diturunkan melalui Renstra Kementerian Kesehatan, dimana terdapat Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan melalui Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dilakukan untuk menjawab beberapa tantangan Kementerian Kesehatan dalam mencapai target strategi nasional, perbaikan sistem kesehatan pasca pandemi, penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan, serta transformasi kesehatan.

Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan menjadi konsekuensi atas transformasi kesehatan. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, yaitu: 1) Transformasi Layanan Primer, 2) Transformasi Layanan Rujukan, 3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, 4) Transformasi Pembiayaan Kesehatan, 5) Transformasi SDM Kesehatan, 6) Transformasi Teknologi Kesehatan. Dalam hal ini, pilar ke dua Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat, merupakan pilar utama yang diampu oleh RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta. Pilar 5 dan 6 merupakan penunjang untuk mencapai tujuan utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta yaitu Menjadi Pusat Layanan Kesehatan, Pendidikan dan Penelitian di Bidang Otak dan Saraf yang Terjangkau dan Berstandar Berstandar Internasional.

PMK Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum mengamankan BLU untuk menyusun RSB 5 (lima) tahunan dengan mengacu kepada Rencana Strategis Kementerian Negara/Lembaga, serta melakukan revisi RSB jika terjadi perubahan pada Rencana Strategis Kementerian Negara/Lembaga. RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta telah memetakan program sesuai arahan pada revisi Renstra Kementerian Kesehatan yang diklasifikasikan sebagai program utama, program transformasi dan program pengampuan. Hubungan antara Renstra Kementerian Kesehatan dengan Revisi 2 RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta digambarkan dalam Gambar 1 berikut.

Sesuai PMK No. 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Terdapat 9 (sembilan) jenis penyakit prioritas dengan tingkat morbiditas dan mortalitas tertinggi secara nasional (jantung, kanker, DM, ginjal, hati, stroke/otak, KIA, TB, penyakit infeksi). Sehingga RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta ditunjuk sebagai Hubs/ rumah sakit yang mengembangkan layanan berbasis genomik serta berfokus pada penyakit otak dan sistem saraf, dimana targetnya adalah Jumlah data biospesimen yang tersedia dan dimanfaatkan pada *platform* Biobank dalam *Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGS-i) serta menjadi RS pengampu layanan stroke ditargetkan di tahun 2024 terdapat 10 RS stratifikasi layanan stroke Paripurna, 24 RS stratifikasi layanan stroke Utama, 249 RS stratifikasi layanan stroke madya

3 Pilar Transformasi Kementerian Kesehatan (Transformasi 2, 5, 6)

9 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan

- 2.1 Terpenuhi sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan
- 2.2 Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
- 2.3 Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
- 5.1 Meningkatnya Pemenuhan dan Pemerataan SDM yang berkualitas
- 5.2 Meningkatnya Kompetensi dan Sistem Diklat SDM
- 5.3 Meningkatnya Sistem Pembinaan Jabfung dan Karier SDM
- 6.1 Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti
- 6.2 Meningkatnya kebijakan Kesehatan berbasis bukti
- 6.3 Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik

10 Sasaran Strategis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

- 1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholders
- 2. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
- 3. Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan
- 4. Terselenggaranya Promosi dan Publikasi Di Bidang Otak dan Persarafan
- 5. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM
- 6. Budaya Kinerja Pendidikan yang Baik
- 7. Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional
- 8. Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik
- 9. Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital
- 10. Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya

61 Indikator Kinerja Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

- 8 Indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Kepuasan Stakeholders-
- 21 Indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
- 7 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Pengembangan & Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan
- 2 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/ Lembaga Nasional Maupun Internasional
- 1 indikator turunan sasaran strategis Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan
- 4 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM
- 2 indikator turunan sasaran strategis Budaya Kinerja yang Baik
- 2 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik
- 9 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital
- 5 indikator turunan sasaran strategis Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya

Gambar 1 Kerangka Keterkaitan Renstra Kementerian Kesehatan dengan RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2020 - 2024

Masing-masing program pada Gambar 1 telah memiliki target sesuai yang diamanatkan Kementerian Kesehatan, dengan terlaksananya 61 IKU tersebut diharapkan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta dapat menjadi salah satu *world's top healthcare center* dan universitas terbaik untuk riset, serta menjadi *Center of Excellence* ASEAN/Asia di bidang otak dan persarafan dengan tetap mempertimbangkan kerangka regulasi perumahsakit (Revisi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Standar Mutu Pelayanan Kesehatan, Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Akreditasi Rumah Sakit, Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelaksanaan PP Rumah Sakit Pendidikan, Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Revisi Permenkes Nomor 1 Tahun 2012).

B. Visi dan Misi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

1. Visi

Visi RSPON Prof Dr. dr. Mahar Mardjono mengikuti Visi Presiden, dimana Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan. Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025, Presiden terpilih sebagaimana tertuang dalam RPJMN 2020-2024 telah menetapkan Visi Presiden 2020-2024: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”.

Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu **“Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”**.

Pembangunan manusia dilakukan berlandaskan pada Tiga Pilar Pembangunan, yakni, (i) layanan dasar dan perlindungan sosial, (ii) produktivitas, dan (iii) pembangunan karakter. Melalui tiga pilar ini, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing SDM menjadi sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai fondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal manusia (*Human Capital*).

2. Misi

Dalam rangka mencapai terwujudnya visi Presiden yakni: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) misi Presiden tahun 2020- 2024, yakni:

1. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia;
2. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya Saing;
3. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan;
4. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan;
5. Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa;
6. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya;
7. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga;

8. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya;
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

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.

untuk mencapai Visi Kemenkes, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono telah menetapkan Misi sebagai berikut:

1. Mewujudkan pelayanan otak dan sistem persarafan yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat;
2. Mewujudkan Pendidikan dan Penelitian Yang mampu memberikan kontribusi pemecahan masalah otak dan sistem persarafan nasional maupun internasional.

C. Target Rencana Strategis Bisnis

Rencana Strategis Bisnis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono tahun 2020-2024 disusun dengan tujuan umum sebagai berikut:

1. Sebagai panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan untuk pencapaian visi dan misi Presiden RI selama periode tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 sejalan dengan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 di bidang otak dan persarafan;
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan dan pembinaan seluruh jajaran RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono.
3. Sebagai dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi dan pencapaian visi Presiden RI di bidang otak dan persarafan;
4. Menjadi rujukan dalam membangun jalinan kerjasama dengan mengkomunikasikan arah gerak serangkaian prioritas strategis pengelolaan dan pengembangan RSPON kepada para pemangku kepentingan inti (*Key Stakeholders*);
5. Sebagai sarana untuk memfasilitasi dilakukannya alokasi sumber daya yang optimal dan terciptanya anggaran yang efektif melalui pemahaman strategi organisasi dengan memfokuskan jajaran manajemen di lingkungan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono pada pelaksanaan strategi yang telah ditetapkan, memfasilitasi dilakukannya alokasi sumber daya yang optimal, sebagai kerangka untuk pelaksanaan tindakan jangka pendek;
6. Sebagai alat untuk memperkecil rentang alternatif strategis dan mewujudkan tata kelola organisasi yang baik.

BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

A. Evaluasi Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Berdasarkan hasil analisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman (SWOT), RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta telah menetapkan 10 Strategi yang kemudian ditetapkan sebagai Sasaran/Program Strategis (*Key Performance Indicator*). Dimana indikator pencapaian sasaran strategis dijabarkan dalam 15 Indikator Kinerja Utama. Pencapaian IKU sesuai target RSB 2015-2019 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1 Target dan Capaian IKU pada RSB 2015 - 2019

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI/IKU)		TARGET DAN CAPAIAN														
				2015			2016			2017			2018		2019			
				TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN	
1	Terwujudnya SDM yang kompeten	1	Presentase SDM yang Tersertifikasi	30%	59,88%		40%	81,73%		50%	77,55%		70,00%	72,81%		90%	90,90%	
2	Terwujudnya System Informasi RS yang Terintegrasi	2	Level Intergasi IT Rumah Sakit	Siloed -1	Siloed -1		Siloed -2			Integrated-1	Integrated-1		Integrated-2	Integrated-2		Advance	Advance	
3	Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	3	Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Sesuai <i>Best Practice</i>	50%	55%		60%	66%		70%	80%		80%	85,03%		100%	100%	
4	Budata Kinerja yang Baik	4	Presentasi SDM dengan Kinerja Optimal	70%	0,70%		80%	98,78%		85%	98,95%		90,00%	99,61%		90,00%	99,40%	
5	Terwujudnya Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	5	Opini Audit atas Laporan Keuangan KAP	WTP	WTP		WTP	WTP		WTP	WTP		WTP	WTP		WTP	WTP	
		6	Akreditasi Rumah Sakit	ISO dan KARS	KARS		JCI	Kontinuitas KARS		Kontinuitas KARS	100%		Paripurna	Paripurna		Akreditasi Internasional	Paripurna	
6	Terwujudnya RS sebagai Sarana Pendidikan Otak dan Sistem Persarafan	7	Akreditasi RS Pendidikan	Persiapan 60%	Persiapan 59%		Persiapan 80%	Persiapan 80%		Terakrediti-tasi RS Pendidikan	Persiapan 80%		Pengajuan	Pengajuan		Terakreditasi RS Pendidikan	80%	
7	Terselenggaranya Layanan Unggulan dalam Bidang Otak dan Sistem Persarafan	8	Jumlah layanan Unggulan	3	3		5	5		6	6		6	6		6	6	
8	Terjalinnya Kerjasama dalam Bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	9	Jumlah Kerjasama	5	22		7	18		10	15		12	24		15	44	
9	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Unggul dengan Kendali Mutu & Kendali Biaya	10	Presentase Kasus Sesuai PPK	75%	67,40%		80%	80%		85%	85%		90%	90%		95%	95,16%	
		11	Presentase Capaian 5 Indikator Medik	75%	91,25%		75%	80%		85%	100%		90%	100%		95%	100%	
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	12	Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga	70%	86%		70%	90%		80%	87,47%		90%	90,86%		90%	92,06%	
		13	Tingkat Kepuasan Staf	70%	58,25%		75%	68%		80%	81,20%		85%	85,12%		90%	90,62%	
11	Peningkatan Pendapatan dan Efisiensi Anggaran	14	Peningkatan Surplus Rumah Sakit Per Tahun	0%	0%		2%	97%		5%	168%		8%	-70,71%		10%	-203%	
		15	Peningkatan Sistem Akuntansi	0	0		1	-		4	4		5	5		6	6	

Secara umum Target yang ditetapkan dapat dicapai, kecuali pada tahun 2015 yang masih perlu banyak perbaikan. Telah dilakukan perbaikan yang ditandai dengan peningkatan pencapaian pada tahun-tahun berikutnya, bahkan pencapaian beberapa indikator dapat melebihi target. Beberapa IKU mengalami kendala pencapaian pada RSB 2015 – 2019 adalah IKU terkait akreditasi, terutama akreditasi RS Pendidikan dan peningkatan surplus rumah sakit. Beberapa kendala yang dihadapi yaitu:

1. Dalam pencapaian IKU akreditasi RS Pendidikan, Penyusunan dokumen persyaratan pengajuan akreditasi rumah sakit pendidikan yang membutuhkan waktu cukup lama dikarenakan dokumen pengajuan akreditasi rumah sakit pendidikan tidak hanya dibuat satu pihak tapi melibatkan pihak lainnya
2. Dalam pencapaian IKU Peningkatan Surplus RS Per Tahun, pada 2 tahun terakhir masa RSB 2015-2019 cenderung defisit dengan nilai yang signifikan, karena perubahan sistem pengelolaan keuangan Rumah Sakit, dimana sejak tahun 2018 RSPON telah menjadi satker BLU dengan kemandirian penuh, sehingga sebagian besar belanja dialokasikan dari penerimaan BLU dan hanya menerima APBN/RM untuk belanja pegawai dan belanja operasional
3. Monitoring secara berkala belum dilakukan secara menyeluruh, masih terkonsentrasi pada unit pengampu sehingga jika terdapat kendala pencapaian IKU tidak segera terselesaikan.

Upaya tindak lanjut yang dapat dilakukan secara umum atas pencapaian RSB 2015 – 2019 yaitu:

1. Meningkatkan koordinasi dan komunikasi antar instansi serta Monitoring IKU secara berkala dalam agenda rapat pimpinan rutin (rapat struktural)
2. Memperbaiki dan meningkatkan Kinerja Pengelolaan keuangan untuk tahun berikutnya.
3. Menyusun definisi operasional dan formula perhitungan IKU dengan jelas

Saat ini RSB 2020-2024 telah berjalan sampai dengan 2022 (TW 3), capaian IKU sesuai target RSB 2020-2024 dapat dilihat pada Tabel berikut,

Tabel 2 Target dan Capaian IKU pada RSB 2020 - 2024

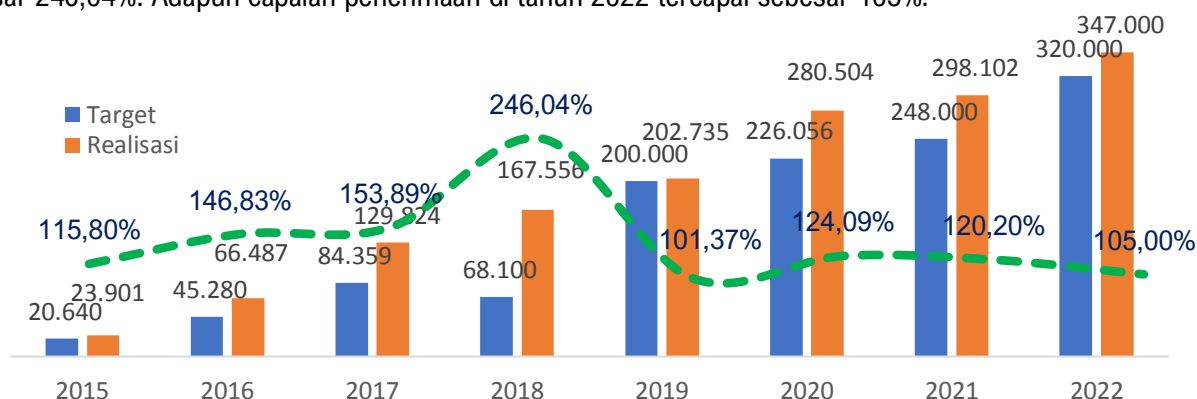
SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI/IKU)		TARGET DAN CAPAIAN										
				2020			2021			2022			2023	2024
				TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN		TARGET	CAPAIAN		TARGET	TARGET
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	80%	91,78%		85,00%	93,74%		87,00%	88,38%		88%	88%
		2	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	80%	80,10%		82,00%	82,07%		84,00%	84,36%		86%	88%
		3	Persentase Penurunan Keluhan Pasien atau Keluarga Pasien										30%	50%
		4	Persentase Kecepatan waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non Medis <1x24 jam										80%	100%
		5	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunisasi										70%	75%
		6	Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan										80%	82%
		7	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau keluarga Pasien Terhadap fasilitas Pendukung										85%	90%
		8	Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit										82	90
2	Terwujudnya pelayanan Kesehatan yang Berkualitas	9	Presentasi Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	85%	93,73%		87,00%	98,63%		90,00%	99,91%		95%	100%
		10	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Dimplementasikan	10	11		12	15		14	18		20	21

dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	11	Presentase Pelaksanaan Sisitem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	-	-		60%	62,38%		70%	83%		85%	100%
	12	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit										1%	2,5%
	13	Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit										80%	80%
	14	Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit										80%	85%
	15	Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam										75%	80%
	16	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif										4%	3%
	17	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit										80%	90%
	18	Persentaser Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1										80%	90%
	19	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik										80%	85%
	20	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap										80%	85%
	21	Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 6 Jam										80%	90%
	22	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK										85%	90%
	23	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan										2	2
	24	Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit										80%	85%
	25	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena										80%	85%
	26	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari										80%	85%
	27	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup										90%	92%
	28	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator										12	12
	29	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol										12	12
3	30	Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan	3	3		6	6		7	7			
	31	Persentase Penelitian Klinis	50% (1)	76,50%		100% (1)	100%		50%	50%			
	32	Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>										75%	100%
	33	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit										2 Layanan	3 Layanan
	34	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP										10%	15%
	35	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan										1 Layanan	1 Layanan
	36	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan										1 Sistem	1 Sistem
	37	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan										1 Hubs	1 Hubs
	38	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS										600 Sampel	950 Sampel
4	39	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	1	1		2	2		3	2		4	5
	40	Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan							4 RS	4 RS		112 RS	167 RS

5	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	41	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Ppuler yang Dipublikasikan	10	27		12	18		20	38		25	30
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	42	Presentase SDM yang Tersertifikasi	50%	58,40%		55%	59%		57%	59%		65%	68%
		43	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi										75%	100%
		44	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit										3 Peserta	6 Peserta
		45	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT										90%	100%
7	Budaya Kerja Pendidikan yang Baik	46	Tingkat Akreditasi RS Pendidikan	Akredita- tasi B	Akredita- tasi B		Akredita- tasi B	Akredita- tasi B		Akredita- tasi A	Ditetapkan RS Pendidikan			
		47	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%
		48	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001										50%	100%
8	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	49	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti										92,5%	95%
		50	Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP	WTP		WTP	WTP		WTP	WTP		WTP	WTP
9	Terwujudnya Optimalisasi Saran dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	51	Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%
		52	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar										95%	100%
		53	Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien										70%	70%
		54	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan										30%	30%
		55	Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam										100%	100%
		56	Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang										100%	100%
		57	Presentase Integrasi Pengelolaan BMN	20%	20%		40%	40%		60%	60%		80%	100%
		58	Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	24 Modul	24 Modul		50 Modul	50 Modul		90 Modul	93 Modul		118 Modul	122 Modul
10	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	59	Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT										100%	100%
		60	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional	60%	87,84%		65%	93,11%		70%	87,84%		72%	75%
		61	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU										95%	100%
		62	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni										97%	97%
		63	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBP BLU										95%	95%
		64	Persentase Nilai EBITDA Margin										15%	17%

2. Kinerja Keuangan dan Pelayanan 2015 - 2022

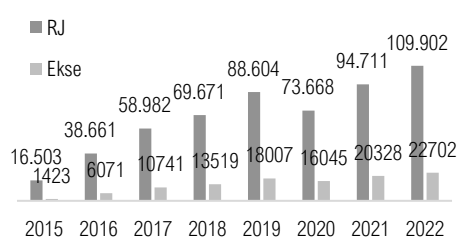
Capaian keuangan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta dapat dilihat pada Gambar 1. Berdasarkan Gambar 1, penerimaan meningkat dari tahun ke tahun sesuai target, pada umumnya, realisasi penerimaan selalu melebihi target, dengan capaian realisasi penerimaan tertinggi pada Tahun 2018 yaitu sebesar 246,04%. Adapun capaian penerimaan di tahun 2022 tercapai sebesar 105%.



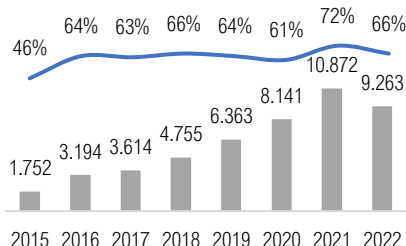
Gambar 2 Target dan Realisasi Penerimaan BLU Tahun 2015 – 2022

Capaian Pelayanan 2015 – 2022 dapat dilihat pada Gambar 3, berdasarkan grafik dibawah pada umumnya pelayanan meningkat dari tahun ke tahun, kecuali pada rawat inap, IGD, bedah, laboratorium di tahun 2022 (Grafik pertumbuhan minus). Hal ini disebabkan karena terjadinya gelombang kedua pandemi di Tahun 2021 yang menyebabkan ledakan kunjungan, sehingga rata rata BOR mencapai 72,08% (pencapaian BOR tertinggi). Di tahun 2022 merupakan masa *new normal*, dimana situasi sudah mulai kondusif, dan *positivity rate* Covid-19 sudah turun, dan pada umumnya pasien Covid-19 bergejala ringan hingga sedang yang hanya membutuhkan isoman sehingga jumlah kunjungan turun. Pencapaian BOR pada umumnya dijaga stabil diantara 60%-70%, kecuali di tahun 2015 tahap pengembangan & pengenalan rumah sakit. Capaian pelayanan ini akan terus meningkat hingga mencapai kapasitas maksimum pelayanan, untuk itu kedepannya diperlukan pengembangan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta menjadi INN yang membutuhkan perluasan lahan dan pembangunan Gedung baru sehingga diharapkan volume pelayanan akan meningkat.

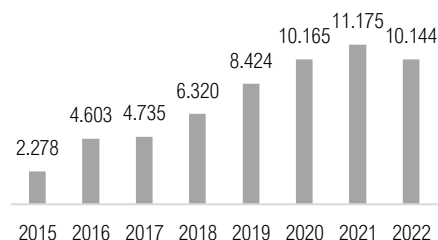
Kunjungan Rawat Jalan & Poli Eksekutif



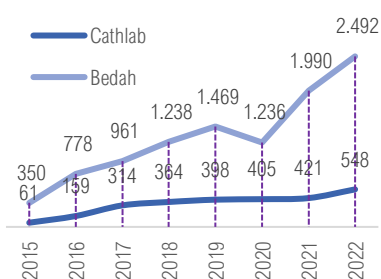
Kunjungan Rawat Inap & BOR



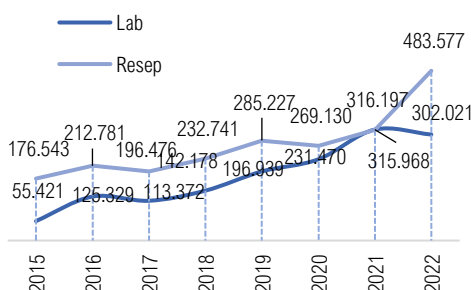
Kunjungan Instalasi Gawat Darurat (IGD)



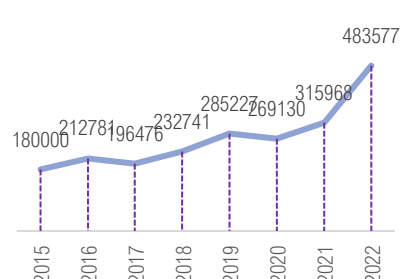
Pelayanan CathLab dan Bedah



Laboratorium & Farmasi



Radiologi



Gambar 3 Capaian Pelayanan Tahun 2015 – 2022

B. Analisis SWOT/BSC/FISHBONE

1. Analisa SWOT

Analisis SWOT adalah salah satu metode analisa yang dilakukan dengan mengidentifikasi faktor-faktor internal dan eksternal yang secara sistematis dapat menentukan status posisi rumah sakit saat ini. Adapun faktor internal meliputi *strength* (kekuatan) dan *weakness* (kelemahan), serta faktor eksternal meliputi *opportunity* (peluang) dan *threat* (ancaman) yang mempengaruhi perkembangan kinerja organisasi (rumah sakit).

Tabel 3 Identifikasi SWOT RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

Kekuatan (<i>Strengths</i>)	Kelemahan (<i>Weaknesses</i>)
1. Kekhususan di bidang Otak dan Persarafan	1. Keterbatasan Lahan
2. SDM kelompok usia muda (Milenial) dan Produktif serta direksi dan dewas yang kompeten dibidangnya	2. Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) belum optimal
3. Brand Image yang baik	3. Kurang melakukan promosi
4. Memiliki Gedung dan Peralatan medik terbaru, canggih, dan terpelihara	4. Rendahnya minat riset di bidang otak dan persarafan.
5. Pelayanan sub spesialisik untuk otak dan persarafan	5. Unit cost yang tinggi
6. Rumah Sakit Milik Pemerintah	6. Terbatasnya Kompetensi SDM TIK
7. Sebagai Rumah Sakit Rujukan Khusus	7. Kebutuhan dan pemetaan SDM belum konsisten serta Kaderisasi SDM belum terbentuk
8. Terakreditasi paripurna	
9. Pola Pengelolaan Keuangan BLU	
10. Terletak di lokasi yang strategis, mudah terjangkau	
11. Memiliki ruang dan peralatan yang dapat merawat dan melakukan Tindakan pada pasien gangguan otak dan persarafan dengan penyakit menular/emerging disease	
Peluang (<i>Opportunities</i>)	Ancaman (<i>Threats</i>)
1. Prevalensi Stroke yang tinggi (Risikesdas 2018)	1. Kebijakan pemerintah terkait investasi asing di bidang kesehatan (MEA)
2. Kesadaran masyarakat untuk hidup sehat yang semakin tinggi	2. Pengobatan alternatif dan promosinya yang belum diatur pemerintah
3. Dukungan pemerintah berupa regulasi di bidang kesehatan dalam bentuk universal coverage	3. Tingginya pengadaan dan pemeliharaan alat kesehatan
4. Lokasi Rumah Sakit yang strategis (dekat dengan bandara dan MRT)	4. Perubahan Teknologi Informasi dan Komunikasi yang Cepat
5. Pola Hidup New Normal	5. Ketidakstabilan situasi ekonomi dunia
6. Rumah Sakit khusus Otak dan Persarafan Masih sedikit	6. Rendahnya tarif paket neuro INACBG's
7. Kemajuan teknologi dunia	7. Penyakit Emerging dan Pola Hidup New Normal
8. Fleksibilitas Pengelolaan BLU	8. Perubahan kebijakan BPJS
9. Riset dan Penelitian di bidang Otak dan Saraf	

2. Analisa TOWS

Analisa TOWS dilakukan dengan mempertemukan kondisi-kondisi yang telah dideskripsikan pada Analisa SWOT sebelumnya, yakni :

- Hasil identifikasi kekuatan dan peluang (Strategi SO)
- Hasil identifikasi kekuatan dan ancaman (Strategi ST)

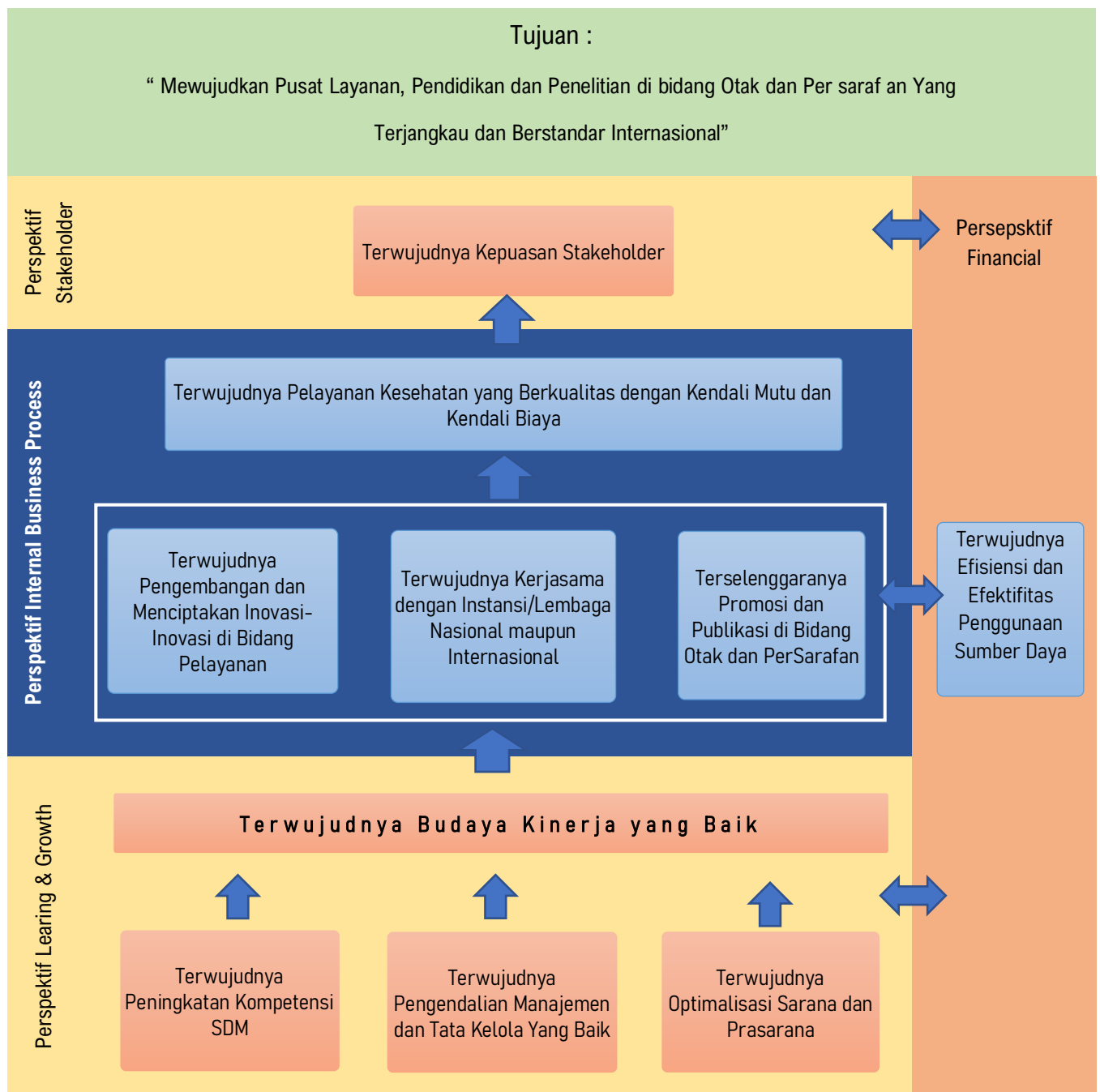
- c. Hasil identifikasi kelemahan dan peluang (Strategi WO)
- d. Hasil identifikasi kelemahan dan ancaman (Strategi WT)

Berikut disajikan Tabel Analisa *Threat-Opportunity Weakness-Strength* Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta sebagai berikut:

Tabel 4 Analisa TOWS RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

Internal Factor Startegis (IFAS) External Faktor Strategic (EFAS)		Faktor Kekuatan		Faktor Kelemahan	
		1	Kekhususan di bidang Otak dan Persarafan	1	Keterbatasan Lahan
		2	SDM kelompok usia muda (Milenial) dan Produktif serta direksi dan dewasa yang kompeten dibidangnya	2	Kebutuhan dan pemetaan SDM belum konsisten serta Kaderisasi SDM belum terbentuk
		3	Brand Image yang baik	3	Kurang melakukan promosi
		4	Memiliki Gedung dan Peralatan medik terbaru, canggih, dan terpelihara	4	Rendahnya Minat Riset di Bidang Otak dan Persarafan
		5	Pelayanan sub spesialisik untuk otak dan persarafan	5	Unit cost yang tinggi
		6	Rumah Sakit Milik Pemerintah	6	Pemanfaatan TIK belum Optimal
		7	Sebagai Rumah Sakit Rujukan Khusus	7	Terbatasnya kompetensi SDM TIK
		8	Terakreditasi Paripurna		
		9	Pola Pengelolaan Keuangan BLU		
		10	Terletak di lokasi yang strategis, mudah terjangkau		
		11	Memiliki ruang dan peralatan yang dapat merawat dan melakukan Tindakan pada pasien gangguan otak dan persarafan dengan penyakit menular/emerging disease		
		STRATEGI SO		STRATEGI WO	
1	Prevalensi Stroke yang tinggi (riskesdas 2018)	1	Terwujudnya pengembangan dan menciptakan Inovasi - inovasi dibidang pelayanan	1	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana
2	Rumah Sakit khusus Otak dan Persarafan masih sedikit	2	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang otak dan persarafan	2	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
3	Kesadaran masyarakat untuk hidup sehat yang semakin tinggi	3	Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional	3	Terwujudnya Budaya Kinerja yang baik
4	Dukungan pemerintah berupa regulasi di bidang kesehatan dalam bentuk universal coverage	4	Terwujudnya kepuasan stakeholder		
5	Lokasi Rumah Sakit yang strategis (dekat dengan bandara dan MRT)				
6	Kemajuan teknologi dunia				
7	Fleksibilitas BLU				
8	Pola Hidup New Normal				
9	Riset dan Penelitian di Bidang Otak dan Saraf				
Faktor Ancaman		STRATEGI ST		STRATEGI WT	
1	Kebijakan pemerintah terkait investasi asing di bidang kesehatan (MEA)	1	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya	1	Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya
2	Perubahan kebijakan BPJS			2	Terwujudnya pengendalian manajemen dan tata Kelola yang baik
3	Tingginya pengadaan dan pemeliharaan alat kesehatan			3	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan system informasi/digital
4	Ketidakstabilan situasi ekonomi dunia				
5	Rendahnya paket neuro INACBG's				
6	Perubahan Teknologi TIK yang cepat				
7	Penyakit Emerging dan Pola Hidup New Normal				
8	Pengobatan alternatif dan promosinya yang belum diatur pemerintah				

C. Inisiatif Strategis



Gambar 4 Rancangan Peta Strategis *Balance Scorecard* RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Dari Analisa TOWS diatas, maka ditemukanlah 13 Strategi, akan tetapi dalam tahap selanjutnya yang ditetapkan dan dijabarkan ke dalam Sasaran/Program Strategis (*Key Performance Indicator*) Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono adalah sebanyak 10 Strategi dan ditentukan Indikator-indikator pencapaiannya. Ke sepuluh strategi (*key performance indicator*) tersebut adalah;

1. Terwujudnya pengembangan/Inovasi dan terselenggaranya riset dibidang otak dan persarafan
2. Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang otak dan persarafan

3. Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional
4. Terwujudnya kepuasan stakeholder
5. Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana
6. Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
7. Terwujudnya Budaya Kinerja yang baik
8. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya
9. Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya
10. Terwujudnya pengendalian manajemen dan tata Kelola yang baik

Peta strategi (*Strategy Map*) adalah diagram yang digunakan untuk mendokumentasikan tujuan dan strategi utama yang akan diwujudkan oleh rumah sakit. Pemetaan Strategi merupakan diagram yang menggambarkan bagaimana sebuah rumah sakit menciptakan nilai dengan menghubungkan tujuan strategis secara eksplisit mengenai hubungan sebab-akibat satu sama lain yang dikelompokkan dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*. Peta strategi yang akan ditetapkan merupakan penjabaran dari visi, misi dan tujuan rumah sakit. Peta ini juga akan digunakan untuk mendelegasikan tanggung jawab dari Direktur Utama sampai kepada tenaga operasional dibawahnya.

Penyusunan peta strategi rumah sakit dalam Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020 – 2024 adalah menggunakan model Peta Strategi *Balanced Scorecard*. *Balanced Scorecard* dapat digunakan sebagai alat untuk merumuskan strategi yang benar-benar tepat, karena BSC menganjurkan adanya hubungan sebab-akibat antar sasaran strategik yang akan dibuat.

Peta Strategi yang akan ditetapkan juga akan digunakan untuk mempermudah memahami strategi yang akan dilaksanakan, melalui empat perspektif yaitu:

1. Perspektif *Financial*
Merupakan apa saja yang harus dicapai rumah sakit dari sisi keuangan, seperti pendapatan, biaya, dan keuntungan yang didapat.
2. Perspektif Pelanggan
Merupakan apa saja yang harus dilakukan untuk memenuhi harapan para pelanggannya, dapat berupa bentuk kepuasan pelanggan terhadap pelayanan-pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
3. Perspektif Internal
Merupakan apa saja yang berkaitan dengan proses internal organisasi yang dilakukan untuk mencapai keberhasilan dalam perspektif financial dan perspektif pelanggan.
4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan
Merupakan apa saja yang berkaitan dengan komponen yang harus dimiliki agar dapat melaksanakan kegiatan yang ada di dalam Perspektif Internal supaya Perspektif Financial dan Perspektif Pelanggan juga dapat tercapai.

Keempat perspektif tersebut tidak berdiri sendiri-sendiri, tetapi memiliki hubungan sebab-akibat diantara masing-masing tujuannya. Hubungan sebab-akibat dari setiap tujuan dalam keempat perspektif ini digambarkan dalam kerangka kerja, yang mempermudah pimpinan melakukan diskusi dan menjabarkan strategi.

BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN

RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta merupakan Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan yang pendiriannya di Latar belakang dari munculnya kesadaran akan permasalahan dibidang kesehatan otak dan saraf (*neurology*) di Indonesia yang terus mengalami peningkatan kasus sehingga membutuhkan penanganan secara holistik yang lebih terpadu. Sesuai pilar transformasi kesehatan yang diampu rumah sakit, Pilar 2 Transformasi Layanan Rujukan, Pilar 3 Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, dan Pilar 5 Transformasi SDM Kesehatan, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta mendapatkan mandat sebagai Hub *Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGS-i) untuk penyakit otak dan persarafan dan sebagai rumah sakit pengampu layanan stroke serta menyelenggarakan pendidikan kedokteran berbasis rumah sakit.

Dalam rangka mendukung mandat yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan dan mendukung pilar transformasi kesehatan serta menimbang kondisi existing RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono yang produktivitasnya mulai memasuki fase stagnan, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono akan melakukan pengembangan dan transformasi menjadi Institut Neurosains Nasional untuk menuju Dekade Otak Indonesia yang ditujukan memenuhi ketersediaan kapasitas, aksesibilitas serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya kesehatan otak dan persarafan di Indonesia melalui pembangunan gedung, pengadaan peralatan Kesehatan dan pelatihan/pendidikan staf medis dan non medis. Pembebasan lahan dilakukan pada tahun 2022-2023. Konstruksi dilakukan secara multiyears tahun 2023-2024, dimana tahun 2023 akan dilakukan perencanaan, konstruksi awal, dan pematangan lahan. Konstruksi di rencanakan akan rampung di tahun 2024. Adapun rencana strategis bisnis 2020-2024 dapat dijawabarkan pada tabel berikut.

Tabel 5 Roadmap Pengembangan Tahun 2020 – 2024

NO	URAIAN	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Prioritas Layanan Yang Akan Ditingkatkan / Dikembangkan	☐ Pituitary Centre, ☐ Pain Management Centre; ☐ Layanan COVID-19	☐ Epilepsy Centre, ☐ Neuro-Pediatri ☐ Neuroday Care	☐ Movement Disorder Centre ☐ Pengembangan INN (Pembebasan Lahan Tahap I)	☐ Neuro-Onkologi, ☐ Carotid Clinic ☐ Pengembangan INN (Pembebasan Lahan Tahap II & Perencanaan Awal Pembangunan Gedung)	☐ Pelayanan Cerebrovascular Hybrid ☐ Pengembangan INN (Konstruksi Gedung)
2	Target/ Realisasi Pendapatan BLU	☐ Rp 217.754.938.000,-	☐ Rp 298.156.645.911,-	☐ Rp 327.242.601.993,-	☐ Rp 365.558.000.000,-	☐ Rp 426.427.125.000,-
3	Anggaran Pengembangan	☐ 71.537.846.645 (Pembangunan Ruang CT 1,9M ; Alkes 16,3M ; Alkes penanganan covid 53M; Non Medik 3,8M)	☐ 37.677.242.705 (IPAL 5,3M; Alkes 22,2M; Non Medik 9,9M; Perangkat Pengolah Data 0,2M)	☐ 425.222.119.777 (Renov Lt. 16 4,1M; IPAL 3,4M; Tanah 355,9M; Alkes 52,9M; Non Medik 5,5M; Pengolah Data 3,3M)	☐ 389.396.091.000 (Alkes 6,3M; Non Medik 2,2M; Tanah 255,5M; Gedung Layanan 6,6M)	☐ 749.368.261.000 (Alkes 5,1M; Non Medik 6,3M; MK 11,5M; Amdal 1,8M; Pengelola Kegiatan 2,8M; Gedung INN 721,7M)
4	Realisasi/ Kebutuhan SDM	☐ 977	☐ 1088	☐ 1120	☐ 1160	☐ 1242
5	Pengembangan TT	☐ 227	☐ 233	☐ 248	☐ 279	☐ 280

Tabel 6 Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 - 2024

Program Kementerian Kesehatan: Pelayanan Kesehatan dan JKN

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
Pilar 2: Transformasi Layanan Rujukan						
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders				Peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit, Indikator: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit (82)	Peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit, Indikator: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit (90)
		Peningkatan Tk. Kepuasan Pasien dan/ atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan, Indikator: % Tk. Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga (80%)	Peningkatan Tk. Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan, Indikator: % Tk. Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga (85%)	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan; Indikator: % Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga (87%)	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan; Indikator: % Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga (88%)	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan; Indikator: % Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga (88%)
		Peningkatan Tk. Kepuasan Pegawai; Indikator: % Tk. Kepuasan Pegawai (80%)	Peningkatan Tk. Kepuasan Pegawai, Indikator: % Tk. Kepuasan Pegawai (82%)	Peningkatan Tk. Kepuasan Pegawai ; Indikator: % Tk. Kepuasan Pegawai (84%)	Peningkatan Tk. Kepuasan Pegawai Indikator: % Tk. Kepuasan Pegawai (86%)	Peningkatan Tk. Kepuasan Pegawai Indikator: % Tk. Kepuasan Pegawai (88%)
				Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: % Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi (50%)	Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: % Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi (70%)	Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: % Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi (75%)
				Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: % Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung (80%)	Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: % Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung (85%)	Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: % Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung (90%)
					Peningkatan Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan, Indikator: % Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan (80%)	Peningkatan Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan, Indikator: % Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan (82%)
				Pengurangan Jml Keluhan Pasien, Indikator: % Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien (20%)	Pengurangan Jml Keluhan Pasien, Indikator: % Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien (30%)	Pengurangan Jml Keluhan Pasien, Indikator: % Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien (50%)
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders			Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu ≤ 1x24 jam, Indikator: % keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu ≤ 1x24 jam (100%)	Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu ≤ 1x24 jam, Indikator: % keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu ≤ 1x24 jam (100%)	Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu ≤ 1x24 jam, Indikator: % keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu ≤ 1x24 jam (100%)
					Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan, Indikator: Jml Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan (2)	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan, Indikator: Jml Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan (2)
2	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan				Penurunan Jml Kematian di RS Indikator: % Penurunan Jml Kematian di Rumah Sakit (1%)	Penurunan Jml Kematian di RS; Indikator: % Penurunan Jml Kematian di Rumah Sakit (2,5%)
				Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: % pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam (50%)	Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: % pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam (80%)	Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: % pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam (80%)

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan								
		2020		2021		2022		2023		2024
	Kendali Mutu dan Kendali Biaya							Penurunan Penundaan Waktu Operasi Elektif; Indikator: % Penundaan Waktu Operasi Elektif (4%)		Penurunan Penundaan Waktu Operasi Elektif; Indikator: % Penundaan Waktu Operasi Elektif (3%)
					Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: % Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik (40%)		Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: % Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik (80%)		Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: % Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik (85%)	
					Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap; Indikator: % Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap (65%)		Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap; Indikator: % Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap (80%)		Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap; Indikator: % Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap (85%)	
		Implementasi Jml PPK, Indikator: Jml PPK (10)		Implementasi Jml PPK, Indikator: Jml PPK (12)		Implementasi Jml PPK, Indikator: Jml PPK yang Diimplementasikan (14)		Implementasi Jml PPK, Indikator: Jml PPK yang Diimplementasikan (20)		Implementasi Jml PPK, Indikator: Jml PPK yang Diimplementasikan (21)
								Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit pada Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam), Indikator: % Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (80%)		Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit pada Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam), Indikator: % Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (85%)
								Pemberian Terapi rTPA intravena pada Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena (80%)		Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam dengan Terapi rTPA intravena, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena (85%)
								Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari (80%)		Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari (85%)
								Penanganan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup (90%)		Penanganan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup, Indikator: % Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup (92%)
								Pencapaian 13 Indikator Nasional Mutu sesuai Target Masing-Masing Indikator, Indikator: Jml Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator (12 Laporan)		Pencapaian 13 Indikator Nasional Mutu sesuai Target Masing-Masing Indikator, Indikator: Jml Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator (12 Laporan)
								Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol, Indikator: Jml Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol (12 Laporan)		Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol, Indikator: Jml Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol (12 Laporan)
		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai CP (85%)		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai CP (87%)		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway (90%)		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway (95%)		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway (100%)
				Peningkatan Pelaksanaan SISROUTE, Indikator: % Pelaksanaan SISROUTE (60%)		Peningkatan Pelaksanaan SISROUTE, Indikator: % Pelaksanaan SISROUTE (70%)		Peningkatan Pelaksanaan SISROUTE, Indikator: % Pelaksanaan SISROUTE (85%)		Peningkatan Pelaksanaan SISROUTE, Indikator: % Pelaksanaan SISROUTE (100%)
					Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit (80%)		Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit (80%)		Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit (85%)	

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
				Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi $\leq$ 1 jam, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi $\leq$ 1 jam (60%)	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi $\leq$ 1 jam, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi $\leq$ 1 jam (75%)	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi $\leq$ 1 jam, Indikator: % pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi $\leq$ 1 jam (80%)
				Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: % pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit (70%)	Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: % pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit (80%)	Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: % pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit (90%)
				% Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: % Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (50%)	% Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: % Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (80%)	% Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: % Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (90%)
				Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: % pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam (60%)	Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: % pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam (80%)	Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: % pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam (90%)
				Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: % Capaian Indikator Klinis sesuai PPK (80%)	Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: % Capaian Indikator Klinis sesuai PPK (85%)	Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: % Capaian Indikator Klinis sesuai PPK (90%)
3	Terwujudnya Pengembangan dan				Penembangan Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit, Indikator: Jml Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit (2 Layanan)	Penembangan Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit, Indikator: Jml Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit (2 Layanan)
	Menciptakan Inovasi-Inovasi				Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP, Indikator: % Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP (10%)	Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP, Indikator: % Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP (15%)
	Dibidang Pelayanan	Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jml layanan unggulan (3 Layanan)	Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jml layanan unggulan (6 Layanan)	Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jml layanan unggulan (7 Layanan)	Pengembangan Layanan Unggulan Bertaraf Internasional, Indikator: Jml Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan (1 Layanan)	Pengembangan Layanan Unggulan Bertaraf Internasional, Indikator: Jml Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan (2 Layanan)
					Integrasi Sistem Informasi Surveillans Indikator: Jml Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan (1 Sistem)	Integrasi Sistem Informasi Surveillans Indikator: Jml Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan (1 Sistem)
3	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan				Pengembangan Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan, Indikator: Jml Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan (1 Hubs)	Pengembangan Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan, Indikator: Jml Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan (1 Hubs)
	Inovasi-Inovasi			Perekrutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jml Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS (50 sampel)	Perekrutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jml Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS (600 sampel)	Perekrutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jml Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS (950 sampel)
	Dibidang Pelayanan	Pelaksanaan Penelitian Klinis; Indikator: % Capaian Penelitian Klinis (50% (1))	Pelaksanaan Penelitian Klinis; Indikator: % Capaian Penelitian Klinis (100% (1))	Pelaksanaan Penelitian Klinis; Indikator: % Capaian Penelitian Klinis (50% (2))	Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance and CYP2C19 Gene Study in Ischemic Stroke of Indonesian Population</i> , Indikator: % Pencapaian Penelitian (75%)	Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance and CYP2C19 Gene Study in Ischemic Stroke of Indonesian Population</i> , Indikator: % Pencapaian Penelitian (100%)
4	Terwujudnya Kerjasama	Kerjasama RS Rujukan dalam dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator:	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator:	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator:	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator:	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator:

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
	dengan Instansi/	Jml Jejaring dan Kerjasama Institusi dala Bidang Otak dan Persarafan (1 RS)	Jml Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan (2 RS)	Jml Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan (3 RS)	Jml Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan (4 RS)	Jml Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan (5 RS)
	Lembaga Nasional Maupun Internasional			Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jml Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan (4 RS)	Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jml Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan (112 RS)	Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jml Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan (167 RS)
5	Terselenggara-nya Promosi dan Publikasi	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jml Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan (10)	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jml Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan (12)	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah Indikator: Jml Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan (20)	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah Indikator: Jml Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan (25)	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah Indikator: Jml Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan (30)
Pilar Transformasi 5: Transformasi SDM Kesehatan						
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: % SDM yang Tersertifikasi (50%)	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: % SDM yang Tersertifikasi (55%)	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: % SDM yang Tersertifikasi (57%)	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: % SDM yang Tersertifikasi (65%)	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: % SDM yang Tersertifikasi (68%)
					Peningkatan Sertifikasi Jabatan Fungsional SDM, Indikator: % Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi (75%)	Peningkatan Sertifikasi Jabatan Fungsional SDM, Indikator: % Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi (100%)
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM				Penyelenggaraan Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit; Indikator: Jml Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit (3 Peserta)	Penyelenggaraan Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit; Indikator: Jml Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit (6 Peserta)
					Pemenuhan TOT pada Pendidik Klinis, Indikator: % Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT (90%)	Pemenuhan TOT pada Pendidik Klinis, Indikator: % Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT (100%)
7	Budaya Kinerja yang Baik	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian (100%)	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian (100%)	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian (100%)	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian (100%)	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian (100%)
7	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Baik	Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit (Akreditasi B)	Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit (Re-Akreditasi B)	Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan; Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit (Akreditasi A)	Persiapan Implementasi Sistem Manajemen Mutu dalam ISO 9001, Indikator: % Sertifikasi ISO Manajemen 9001 (50%)	Tersertifikasi ISO 9001; Indikator: % Sertifikasi ISO Manajemen 9001 (100%)
8	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik				Penindaklanjuti Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, Indikator: % Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti (92,5%)	Penindaklanjuti Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, Indikator: % Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti (95%)
		Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan (WTP)	Opini Audit Atas Laporan Keuangan; Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan (WTP)	Opini Audit Atas Laporan Keuangan; Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan (WTP)	Opini Audit Atas Laporan Keuangan; Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan (WTP)	Opini Audit Atas Laporan Keuangan; Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan (WTP)
Pilar Transformasi 6: Transformasi Teknologi Kesehatan						
9	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan				Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar, Indikator: % Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar (95%)	Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar, Indikator: % Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar (100%)
	Prasarana dengan memanfaatkan	Pemenuhan Kehandalan Sarpras dan Alkes; Indikator: % Tingkat Kehandalan	Pemenuhan Kehandalan Sarpras dan Alkes; Indikator: % Tingkat Kehandalan	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan; Indikator:	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan; Indikator:	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan; Indikator:

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
		Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (100%)	Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (100%)	% Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (100%)	% Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (100%)	% Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (100%)
9	sistem informasi/digital			Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV, Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien (70%)	Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV, Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien (70%)	Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV, Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien (70%)
				Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan (30%)	Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan (30%)	Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: % Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan (30%)
				Pengecekan rutin toilet publik setiap jam selama jam operasional pelayanan Indikator: % Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam (100%)	Pengecekan rutin toilet publik setiap jam selama jam operasional pelayanan; Indikator: % Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam (100%)	Pengecekan rutin toilet publik setiap jam selama jam operasional pelayanan; Indikator: % Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam (100%)
				Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas R. Tunggu Sesuai Standar; Indikator: % Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang (100%)	Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar; Indikator: % Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang (100%)	Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar; Indikator: % Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang (100%)
		Integrasi Pengelolaan BMN; Indikator: % Integrasi Pengelolaan BMN (20%)	Integrasi Pengelolaan BMN; Indikator: % Integrasi Pengelolaan BMN (40%)	Integrasi Pengelolaan BMN; Indikator: % Integrasi Pengelolaan BMN (60%)	Integrasi Pengelolaan BMN; Indikator: % Integrasi Pengelolaan BMN (80%)	Integrasi Pengelolaan BMN; Indikator: % Integrasi Pengelolaan BMN (100%)
		Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jml Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (24 Modul)	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jml Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (50 Modul)	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jml Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (90 Modul)	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jml Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (118 Modul)	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jml Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (122 Modul)
				Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat; Indikator: % Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT (80%)	Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat; Indikator: % Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT (100%)	Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat; Indikator: % Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT (100%)
10	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas	Peningkatan Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional, Indikator: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (60%)	Peningkatan Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional, Indikator: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (65%)	Peningkatan Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional; Indikator: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (70%)	Peningkatan Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional; Indikator: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (72%)	Peningkatan Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional; Indikator: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (75%)
	Penggunaan Sumber Daya				Peningkatan Realisasi Target Pendapatan BLU Indikator: % Realisasi Target Pendapatan BLU (95%)	Peningkatan Realisasi Target Pendapatan BLU Indikator: % Realisasi Target Pendapatan BLU (100%)
					Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber Rupiah Murni; Indikator: % Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni (97%)	Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber Rupiah Murni; Indikator: % Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni (97%)
					Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber PNBPN BLU; Indikator: % Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU (95%)	Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber PNBPN BLU; Indikator: % Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU (95%)
					Peningkatan Nilai EBITDA Margin Indikator: % Nilai EBITDA Margin (15%)	Peningkatan Nilai EBITDA Margin Indikator: % Nilai EBITDA Margin (17%)

BAB IV PENUTUP

Di tengah perubahan situasi dan kondisi eksternal yang sangat cepat dan dinamis, terkait pandemi, kebijakan dan regulasi pembiayaan Kesehatan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono harus mampu bertahan dalam pemberian layanan Kesehatan yang mengedepankan mutu/kualitas, kepuasan stakeholder serta berorientasi pada keselamatan pasien. Sesuai dengan rekomendasi analisa SWOT maka strategi rumah sakit adalah *aggressive*, karena RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono sedang dalam posisi yang baik untuk memanfaatkan peluang-peluang yang ada, mampu mengatasi masalah internal, dan menghindari ancaman.

Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono tahun 2020-2024 merupakan penjabaran dari visi, misi, tujuan dan sasaran strategis Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dalam mendukung visi, misi Kementerian Kesehatan RI, yang merupakan konsekuensi dari perubahan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 sesuai Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono telah menetapkan sasaran-sasaran strategis yang dibagi ke dalam 4 (empat) perspektif yaitu: 1) perspektif pemangku kepentingan (*Stakeholder*); 2) perspektif proses bisnis internal; dan 3) perspektif pembelajaran dan Pertumbuhan organisasi dan 4) perspektif keuangan.

RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono juga telah menetapkan indikator-indikator dari masing-masing sasaran strategis tersebut sehingga pencapaian dari masing-masing sasaran strategis dapat terukur dan dimonitor. Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2020-2024 merupakan pedoman bagi semua satuan kerja di lingkungan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono dalam menyusun dan melaksanakan Rencana Kegiatan serta Program Satuan Kerja secara akuntabel dan senantiasa berorientasi pada peningkatan kinerja (*better performance*) di lingkungan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional untuk kurun waktu lima tahun kedepan.

Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2020-2024 bersifat fleksibel dengan tidak mengesampingkan kebijakan-kebijakan lainnya dari Kementerian Kesehatan RI, maupun pemerintah, dan apabila terjadi hal-hal yang menuntut untuk dilakukan perbaikan/penyempurnaan selama tahun rencana berjalan, maka Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2020-2024 dapat direvisi kembali sesuai kebutuhan.

Akhirnya dengan tersusunnya Revisi 2 RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono 2020 - 2024 semoga dapat dilaksanakan dengan dedikasi yang tinggi dan kerja keras dari segenap karyawan sehingga pencapaian visi, misi dan target indikator-indikator yang ditetapkan dapat tercapai. Demikian Revisi 2 RSB RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2020-2024 disusun untuk dipergunakan sebagaimana seharusnya.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Rincian Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 - 2024

Program Kementerian Kesehatan: Pelayanan Kesehatan dan JKN

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
Pilar 2: Transformasi Layanan Rujukan						
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders				82	90
					Peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit, Indikator: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	Peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit, Indikator: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit
		80%	85%	87%	88%	88%
		Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan, Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan, Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga
		80%	82%	84%	86%	88%
		Peningkatan Tingkat Kepuasan Pegawai Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pegawai, Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pegawai Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pegawai Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	Peningkatan Tingkat Kepuasan Pegawai Indikator: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai
				50%	70%	75%
				Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: Persentase Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi	Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: Persentase Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi	Peningkatan Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi, Indikator: Persentase Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi
				80%	85%	90%
				Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	Peningkatan Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung Indikator: Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung
					80%	82%
					Peningkatan Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan, Indikator: Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	Peningkatan Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan, Indikator: Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
				20%	30%	50%
				Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien, Indikator: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien, Indikator: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien, Indikator: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders			100%	100%	100%
				Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam, Indikator: Persentase keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam	Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam, Indikator: Persentase keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam	Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam, Indikator: Persentase keluhan dengan dengan Kategori Non-Medis yang terselesaikan dalam waktu $\leq 1 \times 24$ jam
2	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				2	2
					Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan, Indikator: Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan, Indikator: Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan
					1%	2,5%
					Penurunan Jumlah Kematian di RS Indikator: Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	Penurunan Jumlah Kematian di RS Indikator: Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit
				50%	80%	80%
				Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam	Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam	Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 2 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 2 jam
					4%	3%
					Penurunan Penundaan Waktu Operasi Elektif Indikator: Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	Penurunan Penundaan Waktu Operasi Elektif Indikator: Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif
				40%	80%	85%
				Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik
				65%	80%	85%
				Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap Indikator: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap
		10	12	14	20	21

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
		Implementasi Jumlah PPK, Indikator: Jumlah PPK yang Diimplementasikan	Implementasi Jumlah PPK, Indikator: Jumlah PPK yang Diimplementasikan	Implementasi Jumlah PPK, Indikator: Jumlah PPK yang Diimplementasikan	Implementasi Jumlah PPK, Indikator: Jumlah PPK yang Diimplementasikan	Implementasi Jumlah PPK, Indikator: Jumlah PPK yang Diimplementasikan
					80%	85%
2	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit pada Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam), Indikator: Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit pada Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam), Indikator: Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
					80%	85%
					Pemberian Terapi rTPA intravena pada Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam dengan Terapi rTPA intravena, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
					80%	85%
					Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	Penanganan Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
					90%	92%
					Penanganan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	Penanganan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup, Indikator: Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
					12 Laporan	12 Laporan
					Pencapaian 13 Indikator Nasional Mutu sesuai Target Masing-Masing Indikator, Indikator: Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	Pencapaian 13 Indikator Nasional Mutu sesuai Target Masing-Masing Indikator, Indikator: Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator
					12 Laporan	12 Laporan
					Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol, Indikator: Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol, Indikator: Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol
		85%	87%	90%	95%	100%
		Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai CP	Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai CP	Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway	Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway	Peningkatan Penanganan Kasus sesuai Clinical Pathway, Indikator: Presentase Kasus sesuai Clinical Pathway

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
			60%	70%	85%	100%
			Peningkatan Pelaksanaan SISRUITE, Indikator: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi	Peningkatan Pelaksanaan SISRUITE, Indikator: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi	Peningkatan Pelaksanaan SISRUITE, Indikator: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi	Peningkatan Pelaksanaan SISRUITE, Indikator: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi
				80%	80%	85%
				Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan laboratorium ≤ 60 Menit
2	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya			60%	75%	80%
				Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi ≤ 1 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi ≤ 1 jam	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi ≤ 1 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi ≤ 1 jam	Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi ≤ 1 jam, Indikator: Persentase pasien yang dilayani pemeriksaan radiologi ≤ 1 jam
				70%	80%	90%
				Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: Persentase pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit	Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: Persentase pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit	Peningkatan Waktu Masuk RI <60 Menit Indikator: Persentase pasien rawat inap dengan waktu masuk <60 Menit
				50%	80%	90%
				Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang, Indikator: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1
				60%	80%	90%
				Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: Persentase pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam	Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: Persentase pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam	Peningkatan Waktu Penanganan IGD dengan target maksimal 6 jam, Indikator: Persentase pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam
				80%	85%	90%
				Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: Persentase Capaian Indikator Klinis sesuai PPK	Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: Persentase Capaian Indikator Klinis sesuai PPK	Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK, Indikator: Persentase Capaian Indikator Klinis sesuai PPK
3	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan				2 Layanan	2 Layanan
					Penembangan Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	Penembangan Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit
					10%	15%
					Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP, Indikator:	Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP, Indikator:

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
					Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP
		3 Layanan	6 Layanan	7 Layanan	1 Layanan	1 Layanan
		Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jumlah layanan unggulan	Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jumlah layanan unggulan	Pengembangan Layanan Unggulan Indikator: Jumlah layanan unggulan	Pengembangan Layanan Unggulan Bertaraf Internasional, Indikator: Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	Pengembangan Layanan Unggulan Bertaraf Internasional, Indikator: Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan
					1 Sistem	1 Sistem
					Integrasi Sistem Informasi Surveillans Indikator: Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	Integrasi Sistem Informasi Surveillans Indikator: Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan
3	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan				1 Hubs	1 Hubs
					Pengembangan Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan	Pengembangan Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan
				50 sampel	600 sampel	950 sampel
				Perekutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	Perekutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	Perekutan Sampel Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS, Indikator: Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS
		50% (1)	100% (1)	50% (2)	75%	100%
		Pelaksanaan Penelitian Klinis Indikator: Persentase Capaian Penelitian Klinis	Pelaksanaan Penelitian Klinis Indikator: Persentase Capaian Penelitian Klinis	Pelaksanaan Penelitian Klinis Indikator: Persentase Capaian Penelitian Klinis	Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance and CYP2C19 Gene Study in Ischemic Stroke of Indonesian Population</i> , Indikator: Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance and CYP2C19 Gene Study in Ischemic Stroke of Indonesian Population</i> , Indikator: Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>
4	Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/ Lembaga Nasional Maupun Internasional	1 RS	2 RS	3 RS	4 RS	5 RS
		Kerjasama RS Rujukan dalam dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	Kerjasama RS Rujukan dalam bidang otak dan Persarafan, Indikator: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan
				4 RS	112 RS	167 RS
				Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	Pengampuan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi, Indikator: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan
5	Terselenggara-	10	12	20	25	30

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
	nya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	Publikasi artikel populer dan artikel Ilmiah, Indikator: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan
Pilar Transformasi 5: Transformasi SDM Kesehatan						
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	50%	55%	57%	65%	68%
		Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: Persentase SDM yang Tersertifikasi	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: Persentase SDM yang Tersertifikasi	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: Persentase SDM yang Tersertifikasi	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: Persentase SDM yang Tersertifikasi	Sertifikasi SDM Kesehatan, Indikator: Persentase SDM yang Tersertifikasi
					75%	100%
					Peningkatan Sertifikasi Jabatan Fungsional SDM, Indikator: Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	Peningkatan Sertifikasi Jabatan Fungsional SDM, Indikator: Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM				3 Peserta	6 Peserta
					Penyelenggaraan Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit; Indikator: Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	Penyelenggaraan Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit; Indikator: Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit
					90%	100%
					Pemenuhan TOT pada Pendidik Klinis, Indikator: Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	Pemenuhan TOT pada Pendidik Klinis, Indikator: Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT
7	Budaya Kinerja yang Baik	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian, Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian, Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian, Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian, Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian	Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian, Indikator: Presentase Ketepatan Waktu Layanan Kepegawaian
7	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Baik	Akreditasi B	Re-Akreditasi B	Akreditasi A	50%	100%
		Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan, Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan, Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan, Indikator: Status Akreditasi Rumah Sakit	Persiapan Implementasi Sistem Manajemen Mutu dalam ISO 9001, Indikator: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	Tersertifikasi ISO 9001, Indikator: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001
8	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik				92,5%	95%
					Penindaklanjuti Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, Indikator: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	Penindaklanjuti Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK, Indikator: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti
		WTP	WTP	WTP	WTP	WTP

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
		Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan	Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan	Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan	Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan	Opini Audit Atas Laporan Keuangan Indikator: Predikat Opini Audit Atas Laporan Keuangan
Pilar Transformasi 6: Transformasi Teknologi Kesehatan						
9	Terwujudnya Optimalisasi Sarana Dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/ digital				95%	100%
					Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar, Indikator: Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar, Indikator: Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar
		100%	100%	100%	100%	100%
		Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	Pemenuhan Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Indikator: Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan
9	Terwujudnya Optimalisasi Sarana Dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/ digital			70%	70%	70%
				Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV termasuk upaya pembatasan penggunaan lahan parkir, Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV termasuk upaya pembatasan penggunaan lahan parkir, Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	Perbaikan fasilitas parkir sesuai standar yang diterapkan RSV termasuk upaya pembatasan penggunaan lahan parkir, Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien
				30%	30%	30%
				Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	Peningkatan dan Perbaikan Fasilitas Taman/RTH Indikator: Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan
				100%	100%	100%
				- Perbaikan Fasilitas Toilet Difabel - Pengecekan rutin toilet publik (setiap jam selama jam operasional pelayanan, 08.00 - 20.00) pada lantai 1, 2, 5 (Gd A) Indikator: Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiletet Publik Setiap Jam	- Perbaikan Fasilitas Toilet Difabel - Pengecekan rutin toilet publik (setiap jam selama jam operasional pelayanan, 08.00 - 20.00) pada lantai 1, 2, 5 (Gd A) Indikator: Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiletet Publik Setiap Jam	- Perbaikan Fasilitas Toilet Difabel - Pengecekan rutin toilet publik (setiap jam selama jam operasional pelayanan, 08.00 - 20.00) pada lantai 1, 2, 5 (Gd A) Indikator: Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiletet Publik Setiap Jam
				100%	100%	100%
				Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar Indikator: Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang	Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar Indikator: Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang	Perbaikan dan Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar Indikator: Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang

No.	Sasaran Strategis	Program Kerja / Kegiatan				
		2020	2021	2022	2023	2024
		20%	40%	60%	80%	100%
		Integrasi Pengelolaan BMN Indikator: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	Integrasi Pengelolaan BMN Indikator: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	Integrasi Pengelolaan BMN Indikator: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	Integrasi Pengelolaan BMN Indikator: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	Integrasi Pengelolaan BMN Indikator: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN
		24 Modul	50 Modul	90 Modul	118 Modul	122 Modul
		Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	Pengembangan Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit, Indikator: Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit
				80%	100%	100%
				Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat Indikator: Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT	Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat Indikator: Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT	Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui platform Satu Sehat Indikator: Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT
10	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	60%	65%	70%	72%	75%
		Peningkatan Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional, Indikator: Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional	Peningkatan Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional, Indikator: Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional	Peningkatan Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional Indikator: Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional	Peningkatan Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional Indikator: Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional	Peningkatan Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional Indikator: Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional
					95%	100%
					Peningkatan Realisasi Target Pendapatan BLU Indikator: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Peningkatan Realisasi Target Pendapatan BLU Indikator: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
					97%	97%
					Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber Rupiah Murni Indikator: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber Rupiah Murni Indikator: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni
					95%	95%
					Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber PNPB BLU Indikator: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU	Optimalisasi Anggaran Belanja Bersumber PNPB BLU Indikator: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU
					15%	17%
					Peningkatan Nilai EBITDA Margin Indikator: Persentase Nilai EBITDA Margin	Peningkatan Nilai EBITDA Margin Indikator: Persentase Nilai EBITDA Margin

**Lampiran 2 Kamus IKU Kamus Indikator Kinerja Utama
RSPON PROF. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta
TA 2023**

IKU 1 : Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Perspektif	: <i>Stakeholders</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>
IKU	: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit
Definisi	: Pernyataan tentang Persepsi Pasien dan Keluarga terhadap unsur-unsur pelayanan publik serta fasilitas pendukung yang diberikan oleh Rumah Sakit
Formula	: Pedoman pengolahan data berdasarkan pada PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017.

Pengukuran hasil survei menggunakan Skala Likert yaitu:

1. Data isian kuesioner dari setiap responden dimasukkan ke dalam formulir excell mulai dari unsur 1 (U_1) sampai dengan unsur X (U_x)
2. Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai, Nilai dihitung dengan menggunakan "nilai rata-rata tertimbang" masing-masing unsur pelayanan. Dalam penghitungan survei kepuasan masyarakat terhadap unsur-unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama. Nilai penimbang ditetapkan dengan rumus, sebagai berikut:

$$\text{Bobot nilai rata – rata tertimbang} = \frac{\sum \text{bobot}}{\sum \text{Unsur}} = \frac{1}{x} = N$$

$N = \text{bobot nilai perunsur}$, karena pada kuesioner terdapat 12 unsur pertanyaan yang dikaji maka: sehingga $N = \frac{1}{12} = 0,083$

3. Untuk memperoleh nilai SKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:

$$SKM = \frac{\sum \text{nilai persepsi per unsur}}{\sum \text{unsur terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$$

4. Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian SKM yaitu antara 25-100, maka hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut:

$$SKM \text{ Unit Pelayanan} \times 25$$

5. Nilai akhir Indeks Kepuasan Masyarakat (Mutu Pelayanan)

Hasil mutu pelayanan didapatkan dari hasil poin 4 dikonversikan berdasarkan tabel di bawah ini:

Nilai Persepsi	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
1	1,00 - 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 - 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 - 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 - 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

Bobot IKU : 2%

PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber Data	:	- Hasil Survei online menggunakan aplikasi e-monkey pada link: https://survei-kepuasan-rspon dengan responden yang bersifat acak (inisiatif responden) - Penyelenggaraan survey dapat dilakukan oleh pihak internal dan/atau eksternal				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					82	90

IKU 2 : Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Perspektif	:	<i>Stakeholders</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>
IKU	:	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
Definisi	:	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.
Formula	:	Penilaian baik dan sangat baik menggambarkan kepuasan, sedangkan tidak baik dan kurang baik menggambarkan ketidakpuasan. Setelah dilakukan penghitungan untuk masing-masing pertanyaan, lalu keseluruhan indeks tersebut dijumlah dan dibagi dengan jumlah pertanyaan. Didapatkanlah hasil tingkat kepuasan dalam bentuk persentase dengan penilaian: - tidak puas (0%-24,99%) - kurang puas (25%-49,99%) - puas (50%-74,99%) - sangat puas (75%-100%) Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.

Bobot IKU	:	2%					
PIC	:	Direktur Layanan Operasional					
Sumber Data	:	- Hasil Survei online menggunakan aplikasi e-monkey pada link: https://survei-kepuasan-rspon dengan responden yang bersifat acak (inisiatif responden) - Penyelenggaraan survey dapat dilakukan oleh pihak internal dan/atau eksternal					
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Semesteran					
Periode Pelaporan	:	Tahunan					
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024
2020	2021	2022	2023	2024			

IKU 3 : Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

Perspektif	:	<i>Stakeholders</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>
IKU	:	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai
Definisi	:	Tingkat kepuasan pegawai terhadap jenis pekerjaan mereka yang berkaitan dengan sifat dari tugas pekerjaannya, hasil kerja yang dicapai, bentuk pengawasan yang diperoleh maupun perasaan suka terhadap pekerjaan dan jabatan yang diemban saat ini.
Formula	:	Skor tertinggi untuk item sangat setuju adalah 4, dikali dengan jumlah responden tiap pertanyaan, sedangkan item sangat tidak setuju adalah 1 dikali jumlah responden tiap pertanyaan. Nilai interpretasi responden terhadap masing-masing pertanyaan adalah hasil nilai yang didapatkan dengan menggunakan rumus index % yaitu,

$$index \% = \frac{total\ skor\ dari\ pembobotan\ pertanyaan}{n} \times 100\%$$

$$n = jumlah\ pertanyaan$$

Penilaian sangat setuju dan setuju menggambarkan kepuasan, sedangkan tidak setuju dan sangat tidak setuju menggambarkan ketidakpuasan. Setelah dilakukan penghitungan untuk masing-masing pertanyaan, lalu keseluruhan indeks tersebut dijumlah dan dibagi dengan jumlah pertanyaan.

Didapatkanlah hasil tingkat kepuasan staf dalam bentuk persentase dengan penilaian:

- tidak puas (0%-24,99%)
- kurang puas (25%-49,99%)
- puas (50%-74,99%)
- sangat puas (75%-100%)

Bobot IKU	:	2%
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
Sumber Data	:	Kuisisioner elektronik kepuasan staf yang disebar dan diolah serta dianalisa oleh Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan (2023)

Frekuensi : Semesteran

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target

	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	82%	84%	86%	88%

IKU 4 : Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medis Terhadap Remunerasi

Perspektif : *Stakeholders*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Kepuasan *Stakeholders*

IKU : Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medis Terhadap Remunerasi

Definisi : Tingkat penerimaan pegawai (staf medis) terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesejahteraan pegawai (remunerasi)

Formula : Skor tertinggi untuk item sangat setuju adalah 4, sedangkan item sangat tidak setuju adalah 1. Persentase kepuasan dihitung dengan rumus sebagai berikut,

$$\%KP = \frac{x}{n_1 \times n_2 \times n_3} \times 100\%$$

dimana:

%KP = Persentase Kepuasan Pegawai

$x = \Sigma \text{ skor pembobotan pertanyaan}$

$n_1 = \Sigma \text{ pertanyaan}$

$n_2 = \Sigma \text{ responden}$

$n_3 = \text{ bobot tertinggi}$

Didapatkanlah hasil tingkat kepuasan staf dalam bentuk persentase dengan kriteria penilaian:

- tidak puas (0% - 24,99%)
- kurang puas (25% - 49,99%)
- puas (50% - 74,99%)
- sangat puas (75% - 100%)

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Sumber Data : Kuisisioner elektronik kepuasan staf yang disebar dan diolah serta dianalisa oleh Tim Kerja OSDM

Frekuensi : Tahunan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target

	2020	2021	2022	2023	2024
				70%	75%

IKU 5 : Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung

Perspektif : *Stakeholders*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Kepuasan *Stakeholders*

IKU : Persentase Kepuasan Pasien/Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung

Definisi	:	Pernyataan tentang persepsi Pasien dan Keluarga terhadap unsur-unsur fasilitas pelayanan pendukung yang dimiliki oleh rumah sakit				
Formula	:	Persentase Tingkat Kepuasan Pasien terhadap unsur-unsur fasilitas rumah sakit yang ada di dalam kuisioner. Didapatkanlah hasil tingkat kepuasan dalam bentuk persentase dengan penilaian: - tidak puas (0%-24,99%), - kurang puas (25%-49,99%), - puas (50%-74,99%) dan - sangat puas (75%-100%)				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber Data	:	Hasil Survei online menggunakan aplikasi e-monkey pada link: https://survei-kepuasan-rspon dengan responden yang bersifat acak (inisiatif responden)				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					85%	90%

IKU 6 : Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan

Perspektif	: <i>Stakeholders</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>
IKU	: Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan
Definisi	: Kepuasan peserta didik (Kedokteran dan Non Kedokteran) terhadap kualitas fasilitas dan prasarana, kecukupan jumlah dan variasi kasus, kecukupan pembimbing dan lama praktik dalam pendidikan.
Formula	: Kepuasan dinilai dengan 6 pertanyaan, tiap pertanyaan dibagi menjadi 4 tingkat kepuasan yaitu: Sangat Puas (4), Cukup Puas (3), Kurang Puas (2) , Tidak Puas (1).Tingkat kepuasan akhir dihitung dengan menghitung persentase rata-rata Kepuasan Peserta Didik $\% KPD = \frac{\Sigma \text{skor pembobotan pertanyaan}}{n_1 \times n_2} \times 100\%$ $\% KPD \text{ akhir} = \frac{\Sigma KPD}{N}$ $\%KPD = \text{Persentase kepuasan peserta didik}$ $n_1 = \Sigma \text{ skor maksimal pertanyaan (4)}$ $n_2 = \Sigma \text{ pertanyaan (6)}$ $N = \text{jumlah responden}$
Bobot IKU	: 1%
PIC	: Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Sumber Data	:	Kuisisioner elektronik kepuasan peserta didik yang disebar dan diolah serta dianalisa oleh Tim Koordinasi Pendidikan				
Frekuensi Pengumpulan Data Periode Pelaporan	:	Semesteran Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
	:				80%	82%

IKU 7 : Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien

Perspektif	:	<i>Stakeholders</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>				
IKU	:	Persentase Penurunan Keluhan Pasien atau Keluarga Pasien				
Definisi	:	- Bentuk Ekspresi ketidakpuasan pelanggan terhadap pelayanan/jasa yang diberikan oleh suatu perusahaan dan disampaikan dari pelanggan secara lisan (tatap muka) atau melalui media baik tertulis maupun media sosial. - Keluhan ditujukan kepada keluhan pasien yang bisa diselesaikan dalam kurun waktu 24 jam atau saat itu juga dan melibatkan staf terkait/ yang ada (perawat, petugas administrasi).				
Formula	:	Melakukan Identifikasi hal yang menjadi keluhan pasien atau keluarga pasien Persentase penurunan keluhan pasien atau keluarga pasien didapat dari $\frac{\Sigma \text{keluhan}_{2022} - \Sigma \text{keluhan tahun berjalan}}{\Sigma \text{keluhan}_{2022}} \times 100\%$ Perlu dilakukan identifikasi keluhan dengan kriteria sebagai berikut, inklusi: keluhan baru eksklusi: keluhan berulang dari sumber yang sama, keluhan terkait penyakit				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber Data	:	Laporan Tim Kerja Hukum dan Humas				
Frekuensi Pengumpulan Data Periode Pelaporan	:	Bulanan Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
	:				30%	50%

IKU 8: Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis ≤ 1x24 jam

Perspektif	:	<i>Stakeholders</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholders</i>				
IKU	:	Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis ≤ 1x24 jam				
Definisi	:	Pelaksanaan Pendampingan yang dilakukan segera saat komplain diterima dari Unit atau individu terkait				

Dinilai dari Kategori Jenis Komplain yang sudah ditentukan, dengan kategori sebagai berikut:

1. Merah harus diselesaikan dalam kurun waktu 7 x 24 jam (level Direksi)
2. Kuning harus diselesaikan dalam kurun waktu 3 x 24 jam (level pimpinan unit kerja)
3. Hijau harus diselesaikan dalam kurun waktu 1 x 24 jam (level unit kerja)

Formula :
$$\frac{\Sigma \text{laporan komplain grading hijau selesai} \leq 1 \times 24 \text{jam}}{\Sigma \text{laporan komplain grading hijau}} \times 100\%$$

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur Layanan Operasional

Sumber Data : Laporan Tim Kerja Hukum dan Humas

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data
Periode Pelaporan : Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
				80%	100%

IKU 9 : Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis : Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya

IKU : Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan

Definisi : Hasil pelaksanaan audit medis layanan stroke pada RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta yang dilaporkan setiap 6 bulan

Formula : Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas (kasus stroke dan persarafan) setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber Data : Catatan Rekam Medik, Laporan Komite Medik

Frekuensi : Semesteran

Pengumpulan Data
Periode Pelaporan : Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
				2	2

IKU 10 : Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

IKU : Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Definisi : Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam

Formula	:	-	Persentase Jumlah kematian dihitung dengan jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 periode dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup dan mati) dalam waktu 1 periode dikali 100%				
			$\% \Sigma \text{kematian} = \frac{\Sigma \text{ kematian pasien yang dirawat lebih dari 48 jam}}{\Sigma \text{ pasien keluar rawat inap}} \times 100\%$				
		-	Persentase penurunan jumlah kematian tahunan didapatkan dari selisih persentase jumlah kematian tahun berjalan dikurangi persentase jumlah kematian tahun sebelumnya dibagi persentase jumlah kematian tahun sebelumnya dikali 100%				
			$\frac{\% \Sigma \text{ kematian tahun 2022} - \% \Sigma \text{ kematian tahun berjalan}}{\% \Sigma \text{ kematian tahun 2022}}$				
Bobot IKU	:	2%					
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan					
Sumber data	:	Data Rekam Medik, Laporan Timker Pelayanan Keperawatan					
Frekuensi	:	Bulanan					
Pengumpulan Data	:						
Periode Pelaporan	:	Tahunan					
Target	:		2020	2021	2022	2023	2024
						1%	2,5%

IKU 11 : Persentase Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: 1. Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang Mudah diakses, teratur, dapat diandalkan dan berkualitas; 2. Terselenggaranya Pelayanan Rawat Jalan yang terintegrasi dengan digitalisasi kesehatan.
	Terciptanya Pengalaman Kunjungan yang sesuai dengan harapan pasien.
IKU	: Persentase Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit
Definisi	: Waktu Pelayanan pasien Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan penunjang dihitung dari saat pasien <i>Check in</i> di loket pendaftaran atau mesin APM di RS sampai dengan Pasien menerima Obat ≤ 120 Menit.
Formula	: Jumlah Pasien dengan waktu Layanan ≤ 120 Menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan Penunjang x 100%
	$\frac{\Sigma \text{ pasien RJ tanpa penunjang dg pelayanan } \leq 120 \text{ menit}}{\Sigma \text{ pasien RJ tanpa penunjang}} \times 100\%$
	- Inklusi: Pasien Rawat Jalan yang terdaftar pada jam kerja.
	- Eksklusi:
	1) Pasien dengan tindakan;
	2) Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau lebih jenis resep racikan
	3) Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan

		4) Masalah Sistem Informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS				
		5) Multiklinik				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Data Integrasi Sistem Informasi RS/Laporan Komite Mutu				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					80%	80%

IKU 12 : Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>				
Sasaran Strategis	:	1. Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien; 2. Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu				
IKU	:	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif				
Definisi	:	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.				
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda} > 1 \text{ jam}}{\Sigma \text{Jumlah pasien operasi elektif}}$ Inklusi: Seluruh pasien yang terjadwal operasi elektif Eksklusi: 1) Penundaan akibat <i>force majeure</i> seperti kecelakaan, bencana alam 2) Penundaan akibat penolakan tindakan oleh pasien atau keluarga 3) Perubahan kondisi klinis pasien/perburukan kondisi klinis pasien				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Laporan Instalasi Bedah Sentral & <i>Electronic Medical Record</i> (EMR)				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					4%	3%

IKU 13 : Presentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

IKU	:	Presentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik
Definisi	:	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poklinik sesuai jadwal (toleransi keterlambatan 10 menit)
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{dokter praktek tepat waktu}}{\Sigma \text{dokter yang praktek}} \times 100\%$
Bobot IKU	:	2%
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	:	Laporan Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi	:	Bulanan
Pengumpulan Data	:	
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	

2020	2021	2022	2023	2024
			80%	80%

IKU 14 : Presentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
IKU	:	Presentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap
Definisi	:	1. Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. 2. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja 3. Visite dilakukan oleh DPJP 4. Waktu yang ditetapkan untuk <i>Visite</i> adalah pukul 06.00-12.00
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{pasien yang divisite pukul 6.00 – 12.00}}{\Sigma \text{pasien rawat inap}} \times 100\%$
		Inklusi: <i>Visite</i> dokter pada pasien Rawat Inap
		Eksklusi:
		1. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu 2. Pasien konsultasi
Bobot IKU	:	1%
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	:	Laporan Instalasi Rawat Inap
Frekuensi	:	Bulanan
Pengumpulan Data	:	
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	

2020	2021	2022	2023	2024
			80%	85%

IKU 15 : Jumlah PPK yang Diimplementasikan

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>
------------	---	----------------------------------

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya				
IKU	:	Jumlah PPK yang Diimplementasikan				
Definisi	:	- Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan prosedur standar dalam pelayanan dan perawatan kepada pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang dokter untuk melaksanakan kegiatan kesehatan secara optimal, profesional, dan dapat dipertanggungjawabkan - Proses pengembangan PPK neurologi berdasarkan <i>high cost, high volume, high risk</i> setiap periode sebagai panduan dalam proses pelayanan sesuai dengan misi rumah sakit				
Formula	:	Jumlah PPK yang sudah tersusun (akumulasi)				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	:	Laporan Komite Medik				
Frekuensi	:	Triwulanan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		10	12	14	20	21

IKU 16 : Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
IKU	: Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
Definisi	: Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
Formula	$\frac{\sum \text{pasien stroke yang dilakukan CT NK} \leq 30 \text{ menit}}{\sum \text{pasien stroke iskemik akut}} \times 100\%$ Kriteria Inklusi: Pasien stroke Iskemik Akut yang masuk RS melalui IGD Kriteria Eksklusi: Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan <i>airway, breathing, circulation</i>
Bobot IKU	: 2%
PIC	: Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	: Laporan Instalasi Radiologi
Frekuensi	: Bulanan
Pengumpulan Data	: Tahunan
Periode Pelaporan	: Tahunan

Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					80%	85%

IKU 17 : Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				
IKU	:	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena				
Definisi	:	Pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA				
Formula	:	$\frac{\sum \text{pasien stroke iskemik dg onset} < 4,5 \text{ jam}}{\sum \text{pasien stroke iskemik dg indikasi trombolisis \& onset} < 4,5 \text{ jam}} \times 100\%$				
		Kriteria inklusi dan eksklusi mengacu pada PNPk Tata Laksana Stroke Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Laporan Instalasi Gawat Darurat				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					80%	85%

IKU 18 : Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 hari

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				
IKU	:	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari				
Definisi	:	- Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang labodirawat inap - LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik				
Formula	:	$\frac{\sum \text{pasien stroke iskemik dg LOS} < 7 \text{ hari}}{\sum \text{pasien stroke iskemik}} \times 100\%$				
		Kriteria Inklusi:				
		Pasien stroke iskemik yang dirawat inap				
		Kriteria Eksklusi:				
		Pasien stroke iskemik yang meninggal, pulang atas permintaan sendiri, pulang rujuk, pasien dengan komplikasi, pasien dengan komorbid berat				

Bobot IKU	:	2%			
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber data	:	Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan			
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan			
Periode Pelaporan	:	Tahunan			
Target	:				
		2020	2021	2022	2023
					2024
					80%
					85%

IKU 19 : Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
IKU	:	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
Definisi	:	Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{pasien stroke iskemik pulang dengan status hidup}}{\Sigma \text{pasien stroke iskemik}} \times 100\%$
		Kriteria Inklusi:
		Pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
		Kriteria Eksklusi:
		Pasien Stroke Iskemik yang Pulang Atas Permintaan Sendiri, Pulang Rujuk, Pasien dengan Komorbid Berat, Pasien dengan Komplikasi, Pasien meninggal yang disebabkan bukan karena stroke
Bobot IKU	:	2%
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	:	Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	
		2020
		2021
		2022
		2023
		2024
		90%
		92%

IKU 20 : Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
IKU	:	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator
Definisi	:	Jumlah pelaporan 13 Indikator Nasional Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan

Formula	:	Jumlah pelaporan 13 Indikator Nasional Mutu setiap bulan			
Bobot IKU	:	2%			
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber data	:	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR, Laporan Komite Mutu			
Frekuensi	:	Bulanan			
Pengumpulan Data	:				
Periode Pelaporan	:	Tahunan			
Target	:	2020	2021	2022	2023

IKU 21 : Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				
IKU	:	Jumlah Laporan Pencapaian 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 <i>Never event</i> nihil setiap bulan				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Laporan IKP dari Aplikasi Mutu Fasyankes, Laporan Komite Mutu				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					12 Laporan	12 Laporan

IKU 22 : Persentase Kasus Sesuai *Clinical Pathway*

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya
IKU	: Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i> (CP)
Definisi	: Proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP yang sesuai dengan CP yang ditetapkan rumah sakit. Dinyatakan patuh jika tidak terdapat varian dalam pelayanan yang diberikan dengan CP yang diberikan rumah sakit meliputi pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat. Kriteria eksklusi jika disertai dengan penyulit, pulang atas permintaan sendiri, rujuk dan meninggal.

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* adalah kepatuhan staf medis/DPJP dalam menggunakan *Clinical Pathway* untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.

Rumah sakit telah menetapkan paling sedikit 5 *Clinical Pathway* dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.

Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 *Clinical Pathway* tersebut adalah:

- 1) Dilakukan audit *clinical pathway* berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksana asuhan klinis (Indikator Proses) dan terhadap lama hari perawatan/ LOS (Indikator Output)
- 2) Dokumen *Clinical Pathway* Diintegrasikan pada berkas rekam medis elektronik rumah sakit (EHR)
- 3) kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan

Formula :
$$\frac{\Sigma \text{ kasus yang sesuai dengan CP}}{\Sigma \text{ kasus yang termasuk dalam kriteria CP}} \times 100\%$$

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber Data : Laporan Rekam Medik, CP, Laporan Komite Medik

Frekuensi : Triwulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	87%	90%	95%	100%

IKU 23 : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

IKU : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Definisi : Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam

Formula : Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber Data : Rekapitulasi SPGDT / Laporan Evaluasi SISRUTE

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
----------	------	------	------	------	------

	60%	70%	85%	100%
--	-----	-----	-----	------

IKU 24 : Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan				
IKU	:	Persentase pelayanan pasien dengan waktu pemeriksaan laboratorium hematologi rutin rawat jalan ≤ 60 Menit				
Definisi	:	Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter: Trombosit, Eritrosit, Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, MCH, MCHC, MCV) mulai dari pasien terdaftar diloket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit .				
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{Jumlah Pasien Rawat Jalan yang mendapatkan Pelayanan Pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)} \leq 60 \text{ menit}}{\Sigma \text{Jumlah Seluruh Pasien Rawat Jalan yang mendapatkan Pelayanan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)}} \times 100\%$				
		Inklusi:				
		1) Pasien yang dilakukan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)				
		Eksklusi:				
		1) Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas Laboratorium;				
		2) Sampel yang tidak layak Periksa (Beku/Lisis dan Volume Underfilled/Overfilled)				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	LIS/Laboratory Information System atau SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					80%	85%

IKU 25 : Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
IKU	: Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam
Definisi	: Waktu yang diperlukan untuk 1 Jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras mulai dari pasien terdaftar di pendaftaran radiologi sampai dengan keluar hasil Ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 Menit.
Formula	: $\frac{\Sigma \text{Pasien RJ yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras } \leq 60 \text{ Menit.}}{\Sigma \text{seluruh pasien RJ yang mendapatkan pelayanan 1 Jenis Pemeriksaan Radiologi Konvensional Non Kontras}} \times 100\%$

- Inklusi: Pasien Rawat Jalan yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan Radiologi Konvensional Non Kontras
- Eksklusi:
 - Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas Radiologi;
 - Pemeriksaan yang memerlukan konfirmasi ulang Klinis/DPJP;
 - Kerusakan alat dan sistem.

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber data : RIS (*Radiology Information System*) atau SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
			80%	75%	80%

IKU 26 : Presentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Ketepatan waktu pelayanan

IKU : Presentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

Definisi : Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalan dan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di admission rawat inap dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap ≤ 60 Menit

Formula :
$$\frac{\Sigma \text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap} \leq 60 \text{ Menit}}{\Sigma \text{Jumlah Seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap}} \times 100\%$$

Eksklusi:

- 1) Pasien yang tidak datang atau batal untuk dirawat
- 2) Pasien dari IGD yang memerlukan tindakan sebelum masuk rawat inap (Operasi, Partus, Kuretase, dll)

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber data : Data Ruangan Rawat Inap / Rekam Medik

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
				80%	90%

IKU 27 : Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Ketepatan waktu pelayanan
IKU	: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1
Definisi	: Pasien yang direncanakan pulang pada H-1 (Pulang sebelum pukul ≤ Waktu Setempat di hari berikutnya)
Formula	: $\frac{\sum \text{Jumlah Seluruh pasien yang direncanakan pulang H - 1 (sebelum pukul 12 ≤ Waktu Setempat di hari berikutnya)}}{\sum \text{Semua Pasien rawat inap yang direncanakan pulang H - 1}} \times 100\%$

Eksklusi:

- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS)
- 2) Pasien dengan perubahan Kondisi/Perburukan
- 3) Pasien yang memerlukan verifikasi pejamin/pihak ketiga
- 4) Pasien yang belum dijemput keluarga (RS Jiwa)

Bobot IKU	: 2%
PIC	: Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	: Laporan Instalasi Rawat Inap / Data Rekam Medik
Frekuensi	: Bulanan
Pengumpulan Data	
Periode Pelaporan	: Tahunan
Target	

2020	2021	2022	2023	2024
			80%	90%

IKU 28 : Presentase Jumlah Pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD ≤ 6 Jam

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Tergambarkan Waktu Pelayanan di IGD
IKU	: Presentase Jumlah Pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD ≤ 6 Jam
Definisi	: Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau Rawat Inap atau Operasi ≤ 6 Jam
Formula	: $\frac{\sum \text{Jumlah pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar IGD ≤ 6 Jam}}{\sum \text{Seluruh pasien IGD}} \times 100\%$

Inklusi:

1. Seluruh Pasien yang terdaftar

Bobot IKU	: 2%
PIC	: Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber data	: Laporan IGD dan Rekam Medis
Frekuensi	: Bulanan
Pengumpulan Data	
Periode Pelaporan	: Tahunan
Target	

2020	2021	2022	2023	2024
			80%	90%

IKU 29 : Persentase Capaian Indikator Klinis sesuai PPK

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya				
IKU	:	Capaian Indikator Klinis sesuai PPK				
Definisi	:	Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan prosedur standar dalam pelayanan dan perawatan kepada pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang dokter untuk melaksanakan kegiatan kesehatan secara optimal, profesional, dan dapat dipertanggungjawabkan				
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{ kasus sesuai PPK}}{\Sigma \text{ kasus yang masuk dalam kriteria PPK}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Laporan Komite Medik				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					85%	90%

IKU 30 : Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan				
IKU	:	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit				
Definisi	:	Pelayanan unggulan rawat jalan dan atau rawat inap agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP				
Formula	:	Jumlah layanan unggulan yang terrealisasi dan terlaksana yang ditunjukkan dengan adanya kunjungan pasien				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber data	:	Laporan Timker Pelayanan Medik				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					2 Layanan	2 Layanan

IKU 31 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan

IKU	:	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP			
Definisi	:	Persentase kunjungan pasien VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien rumah sakit			
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{ kunjungan pasien VVIP}}{\Sigma \text{ total kunjungan pasien}} \times 100\%$			
Bobot IKU	:	1%			
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber data	:	Data Rekam Medik, Laporan Timker Pelayanan Medik / Pelayanan Keperawatan			
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan			
Periode Pelaporan	:	Tahunan			
Target	:	2020	2021	2022	2023
					2024
				10%	15%

IKU 32 : Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan

Perspektif	:	<i>Internal Business Process</i>			
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan			
IKU	:	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan			
Definisi	:	RS Vertikal yang menyelenggarakan kerja sama dengan rumah sakit dan/atau Institusi Kesehatan di Luar negeri dan terkait layanan unggulan pada rumah sakit vertikal tersebut Tahapan dalam penyelenggaraan Kerja sama: Tahap 1 (20): Penyusun <i>Feasibility Study</i> Tahap 2(40): Penajakan/Pembahasan Proposal ke RS dan/ atau Institusi kesehatan di Luar Negeri Tahap 3 (40): Pembahasan MoU Tahap 4: <i>Signing</i> Perjanjian Kerjasama			
Formula	:	Jumlah Penyelesaian Tahapan Penyelenggaraan Kerjasama dengan Institusi Kesehatan di Luar Negeri (akumulasi)			
Bobot IKU	:	2%			
PIC	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber data	:	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil <i>assessment</i> internal dan eksternal RS, laporan evaluasi Laporan Laporan Timker Pelayanan Medik / Pelayanan Keperawatan.			
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan			
Periode Pelaporan	:	Tahunan			
Target	:	2020	2021	2022	2023
					2024
				1 Layanan	1 Layanan

IKU 33 : Jumlah Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital yang Diintegrasikan

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan				
IKU	:	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan				
Definisi	:	Pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.				
Formula	:	Jumlah Sistem berisikan informasi terkait Surveilans yang terintegrasi				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber data	:	Laporan Instalasi SIMRS				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					1 Sistem	1 Sistem

IKU 34 : Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya pengembangan dan menciptakan inovasi-inovasi dibidang pelayanan				
IKU	:	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan				
Definisi	:	Tersedianya layanan genomik dalam bidang otak dan persarafan. Mulai dari proposal penelitian, <i>ethical clearance</i> , SOP/Protokol Penelitian, SK Tim Pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequencing genom				
Formula	:	Jumlah layanan genomik dalam bidang otak dan persarafan				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber data	:	Laporan monev Hubs RS, Laporan Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					1 Hubs	1 Hubs

IKU 35 : Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya pengembangan dan menciptakan inovasi-inovasi dibidang pelayanan				
IKU	:	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS				
Definisi	:	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS (<i>human Whole Genome Sequencing</i>) terkait otak dan persarafan (neurodegeneratif)				
Formula	:	Jumlah sampel yang direkrut untuk pemeriksaan hWGS terkait otak dan persarafan (neurodegeneratif)				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber data	:	Lamporan monev Hubs RS, Laporan Instalasi Riset dan Neurosains Terapan				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Periode pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					600 Sampel	950 Sampel

IKU 36 : Persentase Penelitian Genomik *Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population*

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran strategis	: Terwujudnya pengembangan dan menciptakan inovasi-inovasi dibidang pelayanan
IKU	: Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>
Definisi	: Penelitian klinis: persiapan dan penyelenggaraan penelitian yang terencana dengan melibatkan pasien sebagai subjek penelitian dengan adanya pemberian intervensi dan efek dari penelitian tersebut diukur dan dianalisis. Persiapan dan penyelenggaraan penelitian <i>Clopidogrel Resistance in Ischemic Stroke of Indonesian Population</i> terdiri atas 20 kegiatan yaitu: 1. Pengurusan izin pelaksanaan penelitian dari direktur rumah sakit 2. Pembuatan SK Tim Penelitian 3. Pembuatan Proposal Penelitian 4. Pembuatan Protokol Penelitian 5. Penyusunan instrumen penelitian 6. Penyusunan Perjanjian Kerjasama dengan lembaga yang terlibat dalam penelitian 7. Penyusunan SPO teknis penelitian 8. Pelaksanaan kaji etik penelitian 9. Penyusunan RAB penelitian 10. Pengumpulan dokumen tim peneliti (CV, STR, GCP)

11. Pelatihan atau workshop penggunaan alat dan pemrosesan spesimen penelitian genomik
12. Sosialisasi Dokter IGD untuk skrining pasien penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi &
13. Sosialisasi pengisian variabel mRS pada perawat di ruang assesment
14. Rapat koordinasi dan pertemuan teknis dengan tim peneliti terkait pelaksanaan penelitian klinis
15. Perekrutan sampel penelitian di Tahun 2023
16. Perekrutan sampel baru penelitian di Tahun 2024
17. Biorepository, Analisa Genomik & Analisis Bioinformatik (Pemeriksaan *VerifyNow* dan *Sequencing*)
18. Melaksanakan registry data penelitian klinis di website Reg-INA
19. Rapat monitoring dan evaluasi dengan tim peneliti dengan terkait hambatan selama penelitian berlangsung
20. Laporan progress pelaksanaan penelitian
 - Target 50 % :
Sudah terlaksananya 10 kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis
 - Target 75 % :
Sudah terlaksananya 15 kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis
 - Target 100 % :
Sudah terlaksananya 20 kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis

Formula : (Jumlah kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis yang sudah terlaksana dalam satu periode: 20) x 100 %

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Sumber data : Dokumen administratif yang menunjang persiapan pelaksanaan penelitian (Proposal, Protokol, RAB, Izin Penelitian, dll), Registri, Hasil Pemeriksaan *VerifyNow*, Hasil Pemeriksaan *Sequencing*, Data FASTQ, Laporan progress kegiatan penelitian, dokumentasi rapat/kegiatan, laporan penelitian

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data :
Periode pelaporan : Tahunan

Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		50% (1)	100% (1)	50%	75%	100%

Catatan:

(1): Penelitian Klinis I (Penelitian *stem cell* terhadap anak dengan *Cerebral Palsy*)

IKU 37 : Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional				
IKU	:	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan				
Definisi	:	Berdasarkan SK Menkes Nomor HK.01.07/Menkes./229/2020 tentang penetapan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono Jakarta sebagai Pusat Rujukan Nasional Penyakit Otak dan Sistem Persyarafan bahwa tugas RSPON selain Memberikan pelayanan penyakit otak dan Sistem Persyarafan juga melakukan pengampunan terhadap rumah sakit jejaring yang memberikan pelayanan penyakit otak dan sistem persyarafan				
Formula	:	Hasil <i>Self assessment</i> Peningkatan proses target per tahun, sudah termasuk dengan pencapaian kerjasama tahun sebelumnya (akumulasi). Kerjasama tidak terbatas pada RS dalam dan luar negeri				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	:	Perjanjian Kerjasama (PKS), Laporan Tahunan Timker Pendidikan dan Penelitian / Timker Hukum dan Humas				
Frekuensi Pengumpulan Data Periode Pelaporan	:	Triwulanan Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		1	2	3	4	5

IKU 38 : Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan

Perspektif	: <i>Internal Business Process</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional
IKU	: Jumlah Pengampuan dan Jejaring RS Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan
Definisi	: Program penataan sistem rujukan yang dilakukan Kementerian Kesehatan saat ini adalah dengan pengembangan jejaring RS rujukan Nasional, Provinsi, dan Regional, serta penguatan tata laksana rujukan. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 1948/2022 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke. RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta ditunjuk sebagai RS koordinator jejaring pengampuan pelayanan stroke. Strategi penyelenggaraan jejaring pengampuan dilakukan secara berjenjang dari koordinator (RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta) ke RS berstrata paripurna/utama (RSUD di tingkat provinsi) kemudian ke strata madya Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di tingkat kabupaten/kota. Dilakukan stratifikasi layanan stroke sesuai kriteria kompetensi sebagai berikut,

- Stratifikasi Paripurna: Mampu melakukan pelayanan stroke komprehensif baik intervensi neurovaskular non bedah maupun bedah dan sebagai koordinator pengampuan
- Stratifikasi Utama: Mampu melakukan pelayanan stroke komprehensif hingga intervensi neurovaskular bedah serta melakukan pengampuan
- Stratifikasi Madya: Mampu melakukan pelayanan neurovaskular intervensi non bedah

Tahapan Kegiatan:

- Pembuatan TOR dan RAB
- Penyusunan PKS / MoU
- Visitasi dan bimbingan teknis Code Stroke
- Proctoring
- Pelatihan
- Penyusunan Laporan

Formula : Jumlah Rumah Sakit yang berproses dalam tahap kegiatan untuk mencapai target stratifikasi sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 1948/2022 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke per tahun

Bobot IKU : 3%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber data : Data Mapping, Laporan Assesmen dan Laporan Kegiatan Terhadap RS Utama, Data SDM, Alkes dan Pelayanan yang Sesuai Standar Strata yang Sudah Ditetapkan, Laporan Tim Pelaksana Program Jejaring Pengampuan RS Layanan Stroke

Frekuensi Pengumpul Data : Bulanan

Periode Pelaporan : Tahunan

Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
				4 RS	112 RS	167 RS

IKU 39 : Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Perspektif : *Internal Business Process*

Sasaran Strategis : Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang otak dan persarafan

IKU : Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Definisi : Penyampaian gagasan/ide/data/temuan dalam bentuk tulisan menggunakan format/struktur dan tata Bahasa ilmiah atau populer yang berlaku.

Penelitian atau riset: Kegiatan riset akademik, dengan latar belakang kesehatan, manajemen rumah sakit SI/TI rumah sakit, yang dilakukan di bawah pengawasan pengampu (Contoh: Dokter, dosen atau peneliti).

Penelitian yang dipublikasikan yaitu jumlah penelitian yang dipublikasikan pada tahun yang bersangkutan.

Formula : jumlah penelitian yang dipublikasikan + jumlah artikel populer
Target Tahun 2023:

		Jumlah penelitian yang dipublikasikan: 16				
		Jumlah Artikel Populer: 9				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	:	Artikel (Jurnal ilmiah) yang terpublikasi lokal, nasional atau internasional				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		10	12	20	25	30

IKU 40 : Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM				
IKU	:	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi				
Definisi	:	Pejabat Fungsional Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) PNS Staf Tenaga Kesehatan yang memiliki SK jabatan fungsional sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya				
Formula	:	$\frac{\sum JF\text{ SDM yang memiliki SK Jabatan Fungsional}}{\sum JF\text{ SDM}} \times 100\%$				
		Peningkatan capaian per tahun, sudah termasuk pencapaian SDM yang memiliki SK Jabatan Fungsional tahun sebelumnya (akumulasi).				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	:	Laporan Timker OSDM				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					75%	100%

IKU 41 : Persentase SDM yang Tersertifikasi

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM				
IKU	:	Persentase SDM yang Tersertifikasi				
Definisi	:	SDM yang memiliki sertifikat atau mengikuti kegiatan dalam rangka pengembangan kompetensi yang sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya				
Formula	:	$\frac{\sum \text{Pegawai dengan pelatihan} \geq 20JPL}{\sum \text{Pegawai}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	2%				

PIC : Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
 Sumber Data : Laporan Timker Pendidikan dan Penelitian
 Frekuensi : Bulanan
 Pengumpulan Data :
 Periode Pelaporan : Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50%	55%	57%	65%	68%

IKU 42 : Jumlah Peserta *Fellowship* / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Perspektif : *Learning and Growth*
 Sasaran Strategis : Budaya Kinerja yang Baik
 IKU : Jumlah Peserta *Fellowship* / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit
 Definisi : - Pendidikan Kedokteran adalah proses pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan akademik dan profesi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran dan terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi akademik dan/atau profesi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi
 - Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.
 - Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit merupakan proses penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis yang dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan
 - *Fellowship* Kedokteran adalah program pendidikan dan/atau pelatihan profesi tambahan bagi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dengan kurikulum dan pencapaian kompetensi sebagian dari subspecialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan.

Formula : Jumlah Peserta Internal yang Menjalasi Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit baik di Institusi Dalam Negeri maupun Luar Negeri

Bobot IKU 2%

PIC : Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
 Sumber Data : Laporan Timker Pendidikan dan Penelitian
 Frekuensi : Bulanan
 Pengumpulan Data :
 Periode Pelaporan : Tahunan

Target	2020	2021	2022	2023	2024
				3	6

IKU 43 : Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis	:	Budaya Kinerja yang Baik										
IKU	:	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT										
Definisi	:	- Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan, kesehatan/medik, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran yang diduduki oleh Pegawai Negeri Sipil dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang - <i>Training of Trainer</i> (TOT) adalah pelatihan yang diperuntukkan untuk pengajar/trainer/fasilitator, diharapkan setelah mendapat pelatihan, mampu menjadi pengajar dan mampu mengajarkan materi pengajaran/pelatihan terhadap orang lain, sehingga seorang Dokter Pendidik Klinis siap menjadi pengajar baik secara teknis maupun non teknis										
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{ Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT}}{\Sigma \text{ Dokter Pendidik Klinis}} \times 100\%$ Peningkatan target per tahun, sudah termasuk pencapaian tahun sebelumnya (akumulasi).										
Bobot IKU		1%										
PIC	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Laporan Timker Pendidikan dan Penelitian										
Frekuensi	:	Bulanan										
Pengumpulan Data												
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>90%</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024				90%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
			90%	100%								

IKU 44 : Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian

Perspektif	: <i>Learning and Growth</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik
IKU	: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian
Definisi Operasional	: Ketepatan waktu pelayanan kepegawaian adalah pelayanan kepegawaian sesuai dengan waktu yang ditetapkan, meliputi: - Ketepatan waktu pengusulan gaji PNS dan Non PNS - Pengusulan pembayaran uang makan - Pengusulan remunerasi
Formula	: $\frac{\Sigma \text{Pelayanan Kepegawaian Tepat Waktu}}{\Sigma \text{Pelayanan Kepegawaian sesuai DO}} \times 100\%$
Bobot IKU	: 1%
PIC	: Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
Sumber Data	: Data Layanan Kepegawaian, Laporan Timker OSDM

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target

2020	2021	2022	2023	2024
100%	100%	100%	100%	100%

IKU 45 : Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis : Budaya Kinerja yang Baik

IKU : Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Definisi : Pelaksanan tahap kegiatan proses pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001

Formula : penerapan dan pencapaian sertifikasi ISO 9001 akan dibantu oleh Konsultan ISO dengan tahapan sebagai berikut:

1. Melakukan kajian sistem manajemen perusahaan
2. Memberikan pemahaman persyaratan ISO 9001 dan pelatihan dokumentasi kepada Tim Internal ISO 9001
3. Merancang dan mengembangkan dokumen Sistem Manajemen Mutu ISO 9001
4. Melakukan Sosialisasi ISO kepada seluruh karyawan
5. Melakukan training Audit Internal ISO kepada Auditor Internal yang ditunjuk Pimpinan
6. Melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan berdasarkan temuan audit internal
7. Mengadakan rapat tinjauan manajemen yang membahas hasil temuan Audit Internal
8. Sertifikasi ISO Manajemen 9001
 - Target 50 % :
Sudah terlaksananya 7 tahapan persiapan dan Sertifikasi ISO Manajemen 9001
 - Target 100 % :
Terlaksananya Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur Layanan Operasional

Sumber Data : Laporan Timker TU & RT

Frekuensi : Semesteran

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target

2020	2021	2022	2023	2024
			50%	100%

IKU 46 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik				
IKU	:	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti				
Definisi	:	Rekomendasi adalah saran dari pemeriksa berdasarkan hasil pemeriksaannya yang ditujukan kepada orang dan/atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara menyatakan bahwa pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) dan wajib memberikan jawaban atau penjelasan kepada BPK tentang tindak lanjut atas rekomendasi tersebut. Jawaban atau penjelasan tentang tindak lanjut rekomendasi disampaikan oleh pejabat yang diperiksa dan/atau pejabat yang bertanggung jawab kepada BPK. Selanjutnya BPK menelaah jawaban tersebut untuk menentukan apakah jawaban/penjelasan pejabat tersebut telah dilakukan sesuai dengan rekomendasi BPK. Suatu rekomendasi BPK dinyatakan telah ditindaklanjuti sesuai dengan rekomendasi apabila rekomendasi BPK telah ditindaklanjuti secara memadai oleh pejabat dan tindak lanjut tersebut sudah sesuai dengan rekomendasi dan rencana aksi yang disertai dengan bukti pendukung.				
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{rekomendasi BPK yang tuntas ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{rekomendasi BPK}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Perencanaan dan Keuangan				
Sumber data	:	Laporan SPI				
Frekuensi	:	Tahunan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					92,5%	95%

IKU 47 : Opini Audit atas Laporan Keuangan

Perspektif	: <i>Learning and Growth</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik
IKU	: Opini Audit Atas laporan Keuangan
Definisi	: Hasil audit atas laporan keuangan oleh Kantor Akuntan Publik (KAP) berupa opini, yang terdiri atas: 1. Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)/<i>Unqualified Opinion</i> Pendapat yang diberikan jika auditor tidak menemukan kesalahan yang material secara keseluruhan dari laporan keuangan. Laporan keuangan yang dibuat sudah sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku (SAK). 2. Wajar Dengan Pengecualian (WDP)/<i>Qualified Opinion</i> Pendapat yang diberikan auditor dengan keberatan tertentu atas salah satu perkiraan yang tercatat pada laporan keuangan, akan tetapi

keberatan tersebut tidak memengaruhi secara material atas ikhtisar keuangan yang disajikan manajemen

3. Tidak Wajar/*Adverse Opinion*

Pendapat diberikan auditor yang menyatakan tidak setuju atas ikhtisar keuangan yang disajikan oleh pihak manajemen. Hal ini dikarenakan auditor merasa benar-benar yakin bahwa ikhtisar keuangan tersebut benar benar tidak layak.

4. Tidak Memberikan Pendapat / *Disclaimer*

Pendapat yang diberikan auditor ketika auditor tidak memperoleh bukti yang cukup dan tepat untuk mendasari opini audit, dan auditor tidak menyimpulkan bahwa pengaruh kesalahan penyajian material yang tidak terdeteksi yang mungkin timbul terhadap laporan keuangan, jika ada, dapat bersifat material dan pervasif.

Formula	:	Sesuai standar audit yang dilakukan KAP untuk laporan keuangan tahun sebelumnya				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Perencanaan dan Keuangan				
Sumber data	:	Laporan Hasil Audit KAP				
Frekuensi	:	Tahunan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		WTP	WTP	WTP	WTP	WTP

IKU 48 : Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital
IKU	:	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar
Definisi	:	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya
Formula	:	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) dihitung dari 2 indikator yaitu: 1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Menghitung hasil akhir/persentase pemenuhan SPA Rata rata dari Persentase SPA dan Persentase Kalibrasi

$$\frac{(\Sigma SPA / \text{standar acuan} \times 100\%) + (\Sigma \text{Realisasi Kalibrasi} / \Sigma \text{Alat wajib Kalibrasi})}{2} \times 100\%$$

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber data : ASPAK dan survei keuangan

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data : Tahunan

Periode Pelaporan : Tahunan

Target :

2020	2021	2022	2023	2024
			95%	100%

IKU 49 : Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital

IKU : Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

Definisi : Presentase prasarana yang memenuhi persyaratan OEE sesuai best practice yang mencakup tiga aspek yaitu ketersediaan kinerja dan kualitas.
Ketersediaan – Ke - (availability) adalah jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari kerja sesuai *best practice*.
Kinerja – Ki- adalah kemampuan yang ada dibagi kemampuan tersedia
Kualitas – Ku- adalah hasil yang dapat dipergunakan

Formula : $OEE = Ke \times Ki \times Ku$
Pengukuran sarana prasarana yang diukur meliputi Kemampuan Genset Gedung RS & Lift RS;
Pengukuran kemampuan Alat Kesehatan yang diukur berupa: MRI, CT Scan, DR (*Digital Radiografer*)

$$\bar{x} = \frac{\Sigma OEE}{n} \times 100\%$$
dimana,
 $\bar{x}$ = rata rata nilai OEE
 n = jumlah sarpras & alkes yang diukur

Kriteria Penilaian :

- ☐ Nilai $\leq 50 = 50\%$
- ☐ Nilai $51 - 60 = 60\%$
- ☐ Nilai $61 - 70 = 70\%$
- ☐ Nilai $71 - 80 = 80\%$
- ☐ Nilai $\geq 80 = 100\%$

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur Layanan Operasional

Sumber data : Kartu Kendali Pemeliharaan, Laporan Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target

2020	2021	2022	2023	2024
100%	100%	100%	100%	100%

IKU 50 : Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital

IKU : Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

Definisi : Pelaksanaan kegiatan perbaikan dan pemenuhan fasilitas parkir

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

Formula : Kemudahan akses parkir untuk keluarga pasien

$$\frac{\Sigma \text{SRP tersedia untuk pasien}}{\Sigma \text{kebutuhan SRP sesuai standar}} \times 100\%$$

Inklusi :

- Area parkir pasien dan pengunjung
- Area parkir pegawai dan dokter

Eksklusi : Area parkir Ambulance, Direksi dan Konsultan

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktorat Layanan Operasional

Sumber data : Hasil Observasi & Laporan Timker TU & RT

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					70%	70%

IKU 51 : Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital				
IKU	:	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan				
Definisi	:	Melakukan perbaikan taman untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung, dengan menyediakan Ruang Terbuka Hijau dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun luar Gedung dalam bentuk vertikal maupun horizontal minimal 30% luas lahan				
Formula	:	$\frac{L_{\text{ruang terbuka hijau}} (m^2)}{L_{\text{lahan}} (m^2)} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber data	:	Laporan Instalasi K3 Kesling				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					30%	30%

IKU 52 : Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital				
IKU	:	Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam				
Definisi	:	Melakukan perbaikan toilet untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung dengan melakukan Pengecekan rutin (setiap jam selama 08.00 – 20.00 WIB) di toilet lantai 1, 2, dan 5 Gedung A RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta				
Formula	:	$\frac{\Sigma \text{checklist toilet bersih}}{\Sigma \text{jam dalam 1 periode penilaian} \times \Sigma \text{toilet}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber data	:	Laporan Instalasi K3 Kesling				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				

Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					100%	100%

IKU 53 : Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m²/orang

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital				
IKU	:	Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5 m ² /orang				
Definisi	:	1. Pemenuhan fasilitas ruang tunggu publik dengan penyediaan: - TV Edukasi - Mesin Antrian - Sarana Tempat duduk 2. Pemenuhan media informasi di area ruang tunggu publik 3. Memaksimalkan jumlah tempat duduk (menambahkan) sesuai dengan kapasitas pengunjung saat ini				
Formula	:	Ketersediaan fasilitas di ruang tunggu publik untuk pasien dan keluarga pasien $\frac{\Sigma \text{realisasi pemenuhan fasilitas di setiap area ruang tunggu}}{n \times \Sigma \text{area ruang tunggu}} \times 100\%$ dimana: <i>n</i> = kriteria ruang tunggu publik sesuai standar inklusi: Ruang Tunggu Lobby, Ruang Tunggu Poliklinik Lantai 2, Ruang Tunggu Poliklinik Lantai 4 dan Ruang Tunggu Poliklinik Lantai 5 (Eksekutif) Eksklusi : Ruang Tunggu IGD, Ruang Tunggu Lantai 3 (OK, ICU, HCU dan SCU) dan Ruang Tunggu Rumah Singgah				
Bobot IKU	:	1%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber data	:	Laporan Timker TU & RT				
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					100%	100%

IKU 54 : Persentase Integrasi Pengelolaan BMN

Perspektif	:	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital				
IKU	:	Presentase Integrasi Pengelolaan BMN				

- Definisi : Pengelolaan BMN adalah Penggunaan aplikasi yang mengintegrasikan pengelolaan barang milik negara (medik dan non medik) untuk keseluruhan BMN yang dimiliki dari mulai perencanaan sampai dengan penghapusan.
- Formula : Aplikasi pengelolaan BMN yang terintegrasi dimulai dari perencanaan, pemasangan sampai dengan terintegrasinya keseluruhan BMN yang dimiliki oleh Rumah Sakit.

Tahun	DO	%
2020	Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.	20%
2021	Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.	40%
	Pengadaan server data untuk BMN terintegrasi dan terlaksananya software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap I	
2022	Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.	60%
	Pengadaan server data untuk BMN terintegrasi dan terlaksananya software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap I	
	Pengembangan software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap II dan pengadaan RFID untuk BMN Terintegrasi	
2023	Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.	80%
	Pengadaan server data untuk BMN terintegrasi dan terlaksananya software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap I	
	Pengembangan software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap II dan pengadaan RFID untuk BMN Terintegrasi	
	Pengadaan dan pengaplikasian modul perencanaan kebutuhan, modul pengadaan barang, modul penggunaan barang dan modul pemanfaatan barang dalam BMN terintegrasi.	
2024	Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.	100%
	Pengadaan server data untuk BMN terintegrasi dan terlaksananya software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap I	
	Pengembangan software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap II dan pengadaan RFID untuk BMN Terintegrasi	

	Pengadaan dan pengaplikasian modul perencanaan kebutuhan, modul pengadaan barang, modul penggunaan barang dan modul pemanfaatan barang dalam BMN terintegrasi.	
	Pengadaan dan pengaplikasian modul pengamanan dan pemeliharaan barang, modul pemindahtanganan barang, modul pemusnahan dan penghapusan barang serta modul penatausahaan barang dalam BMN terintegrasi.	

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Perencanaan dan Keuangan

Sumber data : Laporan Timker Akuntansi dan BMN

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	20%	40%	60%	80%	100%

IKU 55 : Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital

IKU : Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit

Definisi : Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit adalah proses pemanfaatan dan penerapan teknologi informasi/komputer secara terintegrasi guna menunjang sistem operasional serta monitoring dan evaluasi rumah sakit. Modul adalah satuan fungsi yang diintegrasikan kedalam sistem *front office* dan *back office* atau teknologi yang menunjang sistem yang sudah ada.

Formula : Akumulasi realisasi modul yang telah dicapai selama periode tertentu

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Layanan Operasional

Sumber Data : Hasil *Self assessment* & Laporan Progress Pencapaian Modul Instalasi SIMRS

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data

Periode Pelaporan : Tahunan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	24 Modul	50 Modul	90 Modul	118 Modul	122 Modul

IKU 56 : Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT

Perspektif : *Learning and Growth*

Sasaran Strategis : Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital

IKU : Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT

Definisi	:	Terintegrasinya sistem penjadwalan dan ERM yang dikembangkan oleh Pusdatin-DTO Kementerian Kesehatan melalui platform SATU SEHAT ke sistem pendaftaran dan ERM Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta sehingga Pasien dapat melakukan pendaftaran dan melihat hasil medis melalui sistem yang dikembangkan oleh Kemenkes (DTO-Pusdatin) dalam platform SATU SEHAT				
Formula	:	a. Terintegrasinya modul sistem administrasi pasien yang dikembangkan dari petunjuk teknis Kemenkes (DTO-Pusdatin) b. Terintegrasinya data ERM oleh Kemenkes (DTO-Pusdatin) dengan pengembangan modul bridging oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta $\frac{\sum \text{realisasi modul terintegrasi}}{\sum \text{target modul terintegrasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Layanan Operasional				
Sumber data	:	Hasil <i>Self assessment</i> & Laporan Instalasi SIMRS				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Periode Pelaporan	:					
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					100%	100%

IKU 57 : Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)

Perspektif	: <i>Financial</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya
IKU	: Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)
Definisi	: Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga Keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN satker BLU.
Formula	: $PB = \frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$
Bobot IKU	: 2%
PIC	: Direktur Perencanaan dan Keuangan
Sumber data	: Laporan Keuangan SAIBA setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Direktur Utama

Frekuensi : Bulanan
 Pengumpulan Data : Semesteran
 Periode Pelaporan : Semesteran
 Target :

2020	2021	2022	2023	2024
60%	65%	70%	72%	75%

IKU 58 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Perspektif : *Financial*
 Sasaran Strategis : Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya
 IKU : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
 Definisi : Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

Formula :
$$\frac{\Sigma \text{pendapatan BLU}}{\text{Target pendapatan BLU}} \times 100\%$$

Bobot IKU : 2%

PIC : Direktur Perencanaan dan Keuangan

Sumber data : Laporan Keuangan, Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data : Tahunan

Periode Pelaporan : Tahunan

2020	2021	2022	2023	2024
			95%	100%

IKU 59 : Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Perspektif : *Financial*
 Sasaran Strategis : Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya
 IKU : Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
 Definisi : Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN

Formula :
$$\frac{\text{Realisasi anggaran RM}}{\text{Pagu Anggaran RM}} \times 100\%$$

Bobot IKU : 1%

PIC : Direktur Perencanaan dan Keuangan

Sumber data : Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional

Frekuensi : Bulanan

Pengumpulan Data : Semesteran

Periode Pelaporan : Semesteran

2020	2021	2022	2023	2024
			97%	97%

IKU 60 : Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU

Perspektif	:	Finansial				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya				
IKU	:	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU				
Definisi	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN				
Formula	:	$\frac{\text{Realisasi anggaran BLU}}{\text{Pagu Anggaran BLU}} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Perencanaan dan Keuangan				
Sumber data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Semesteran				
Target	:	2020	2021	2022	2023	

IKU 61 : Persentase Nilai EBITDA Margin

Perspektif	:	<i>Financial</i>				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya				
IKU	:	Persentase Nilai EBITDA Margin				
Definisi	:	EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.				
Formula	:	$\frac{EBITDA}{Pendapatan} \times 100\%$				
Bobot IKU	:	2%				
PIC	:	Direktur Perencanaan dan Keuangan				
Sumber data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional				
Frekuensi	:	Bulanan				
Pengumpulan Data	:					
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target		2020	2021	2022	2023	2024
					15%	17%

LAMPIRAN 3 PROYEKSI PELAYANAN 2020 - 2024

No	Pelayanan	Realisasi 2020	Realiasi 2021	Realisasi 2022	Proyeksi 2023	Proyeksi 2024
1	Rawat Inap					
	Jumlah Pasien	8.141	10872	9263	10.472	12.043
	BOR (%)	65,37	72,08	65,79	69,00	70,00
2	Rawat Jalan	64.868	76.902	109.902	135.703	158.411
	Poli Reguler	48.823	56.574	87.200	109.984	128.834
	Poli Eksekutif	16.045	20.328	22.702	25.719	29.577
3	IGD	10.165	11.175	10.144	11.980	12.234
4	Penunjang Medik	8.163	17.809	21.686	31.632	36.368
	Neurorestorasi	2.324	7.650	10.488	18.592	21.372
	Neurodiagnostik	5.839	10.159	11.198	13.040	14.996
5	Layanan Penunjang	553.793	665.497	819.756	899.279	989.182
	Farmasi	269.139	315.898	483.577	566.026	622.629
	Laboratorium	257.558	316.197	302.021	297.573	327.330
	Radiologi	27.096	33.402	34.158	35.680	39.223
6	Bedah Sentral	1.647	2.133	2.492	2.597	2.959
	Bedah	1.404	1.664	1.944	1.704	1.960
	Cathlab	239	469	548	893	999

LAMPIRAN 4 REALISASI, PROGNOSE, PROYEKSI TARGET PENDAPATAN – BELANJA 2020 - 2024

No	Uraian	Realisasi 2020	Realisasi 2021	Realisasi 2022	Alokasi 2023	Prognosa 2023	Alokasi 2024 (Definitif)
I.	Pendapatan PNBP	261.688.465.645	316.674.680.200	337.335.969.642	350.006.177.000	365.558.000.000	382.008.336.000
	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	223.429.570.652	246.800.941.613	279.674.500.593	296.000.000.000	352.956.295.400	371.775.164.659
	Pendapatan Kerjasama BLU	1.185.491.600	2.028.933.733	3.347.911.860	3.000.000.000	3.631.012.343	4.002.867.470
	Pendapatan Entitas Pemerintah	12.860.911.400	55.360.718.150	45.669.654.636	45.000.000.000	2.325.048.800	437.727.085
	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	6.919.509.016	5.857.304.778	5.759.177.937	5.856.177.000	7.321.139.225	5.608.409.058
	Pendapatan Lain-lain BLU	277.088.965	113.693.387	119.371.682	150.000.000	175.077.837	183.831.728
	Pendapatan Hibah BLU	17.015.894.012	6.513.088.539	2.765.352.934	-	239.000.000	
II.	Belanja Operasional	267.280.545.726	291.771.813.265	360.743.513.475	400.301.594.000	385.384.906.723	395.108.931.000
	A. Belanja Barang PNBP / BLU	197.394.093.120	245.833.512.154	310.722.149.378	342.996.657.000	324.238.388.391	354.350.075.000
	1. Belanja Gaji dan Tunjangan	71.739.826.231	82.541.147.487	111.699.948.005	140.000.000.000	120.045.931.940	152.800.000.000
	2. Belanja Barang dan Jasa	34.238.707.521	32.422.916.980	35.931.622.580	40.888.837.000	40.077.441.451	63.483.440.000
	3. Belanja Persediaan	50.922.834.490	83.338.181.692	107.634.731.441	96.690.844.000	100.809.856.000	87.436.688.000
	4. Belanja Pemeliharaan	17.855.454.913	16.531.513.346	16.415.634.305	21.307.462.000	20.914.729.000	22.266.173.000
	5. Belanja Perjalanan Dinas	359.753.070	479.779.930	808.214.795	1.208.910.000	1.000.000.000	697.396.000
	6. Belanja Barang dan Jasa Lainnya	22.277.516.895	30.519.972.719	38.231.998.252	42.900.604.000	41.390.430.000	27.666.378.000
	B. Belanja RM (diluar belanja modal)	69.886.452.606	45.938.301.111	50.021.364.097	57.304.937.000	61.146.518.332	40.758.856.000
	1. Belanja Pegawai	34.680.355.996	38.215.621.521	39.558.855.775	39.376.446.000	44.300.000.000	39.558.856.000
	2. Belanja Barang	35.206.096.610	7.722.679.590	10.462.508.322	17.928.491.000	16.846.518.332	1.200.000.000
III.	Belanja Modal	71.537.846.645	37.677.242.705	425.222.119.777	356.028.281.000	354.396.091.000	749.368.261.000
	1. Belanja Modal BLU	22.085.561.082	37.677.242.705	26.540.239.687	135.494.869.000	133.862.679.000	27.658.261.000
	2. Belanja Modal Rupiah Murni	49.452.285.563	-	398.681.880.090	220.533.412.000	220.533.412.000	721.710.000.000
	3. Belanja Modal P/H/DN/LN				-	-	
IV.	Surplus/(Defisit) (I-II)	64.294.372.525	70.841.168.046	26.613.820.264	7.009.520.000	41.319.611.609	27.658.261.000
V.	Penggunaan Saldo Kas BLU	14.294.471.000	55.577.840.000	31.561.321.000	128.485.349.000	128.485.349.000	
VI.	Surplus/(Defisit) sebelum penerimaan RM (IV+V)	78.588.843.525	126.419.008.046	58.175.141.264	135.494.869.000	169.804.960.609	27.658.261.000
VII.	Penerimaan RM (II.B + III.B)	119.338.738.169	45.938.301.111	448.703.244.187	277.838.349.000	281.679.930.332	762.468.856.000
VIII.	Surplus/(Defisit) setelah penerimaan RM (VI+VII)	197.927.581.694	172.357.309.157	506.878.385.451	413.333.218.000	451.484.890.941	790.127.117.000
IX.	Total Anggaran Pendapatan (I+VII)	381.027.203.814	362.612.981.311	786.039.213.829	627.844.526.000	647.237.930.332	1.144.477.192.000
X.	Total Anggaran Belanja (II+III)	338.818.392.371	329.449.055.970	785.965.633.252	756.329.875.000	739.780.997.723	1.144.477.192.000

LAMPIRAN 5 ROADMAP PENGEMBANGAN TAHUN 2020 – 2024

NO	URAIAN	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Prioritas Layanan Yang Akan Ditingkatkan / Dikembangkan	☐ Pituitary Centre, ☐ Pain Management Centre; ☐ Layanan COVID-19	☐ Epilepsy Centre, ☐ Neuro-Pediatri ☐ Neuroday Care	☐ Movement Disorder Centre ☐ Pengembangan INN	☐ Neuro-Onkologi, ☐ Carotid Clinic ☐ Pengembangan INN	☐ Pelayanan Cerebrovascular Hybrid ☐ Pengembangan INN
2	Program Transformasi			1. Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit 2. Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK 3. Pengembangan Layanan Unggulan Internasional 4. Penelitian Genomik (Hub BGS-i) 5. Pemenuhan Sarana Prasarana Sesuai Standar 6. Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang 7. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium 8. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi 9. Peningkatan Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif 10. Peningkatan Waktu Masuk RI dan Persentase Realisasi Rencana Pasien 11. Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang 12. Peningkatan Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik 13. Peningkatan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI 14. Peningkatan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam 15. Peningkatan Kepuasan Staf Terhadap Remunerasi 16. Perbaikan Fasilitas Parkir Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 17. Perbaikan Fasilitas Taman Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 18. Perbaikan Fasilitas Toilet Sesuai Standar yang Diterapkan RSV	1. Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit 2. Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK 3. Pengembangan Layanan Unggulan Internasional 4. Penelitian Genomik (Hub BGS-i) 5. Pemenuhan Sarana Prasarana Sesuai Standar 6. Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang 7. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium 8. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi 9. Peningkatan Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif 10. Peningkatan Waktu Masuk RI dan Persentase Realisasi Rencana Pasien 11. Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang 12. Peningkatan Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik 13. Peningkatan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI 14. Peningkatan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam 15. Peningkatan Kepuasan Staf Terhadap Remunerasi 16. Perbaikan Fasilitas Parkir Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 17. Perbaikan Fasilitas Taman Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 18. Perbaikan Fasilitas Toilet Sesuai Standar yang Diterapkan RSV	1. Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit 2. Peningkatan Capaian Indikator Klinis sesuai PPK 3. Pengembangan Layanan Unggulan Internasional 4. Penelitian Genomik (Hub BGS-i) 5. Pemenuhan Sarana Prasarana Sesuai Standar 6. Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang 7. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Laboratorium 8. Peningkatan Waktu Pemeriksaan Radiologi 9. Peningkatan Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif 10. Peningkatan Waktu Masuk RI dan Persentase Realisasi Rencana Pasien 11. Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang 12. Peningkatan Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik 13. Peningkatan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI 14. Peningkatan Waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam 15. Peningkatan Kepuasan Staf Terhadap Remunerasi 16. Perbaikan Fasilitas Parkir Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 17. Perbaikan Fasilitas Taman Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 18. Perbaikan Fasilitas Toilet Sesuai Standar yang Diterapkan RSV

				19. Perbaikan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 20. Perbaikan dan Peningkatan Kepuasan Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung Pada Survey Pasien (Parkir, Taman, Toilet & Ruang Tunggu) 21. Penanganan dan Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien 22. Peningkatan Kecepatan Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis 23. Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i>	19. Perbaikan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 20. Perbaikan dan Peningkatan Kepuasan Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung Pada Survey Pasien (Parkir, Taman, Toilet & Ruang Tunggu) 21. Penanganan dan Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien 22. Peningkatan Kecepatan Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis 23. Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i>	19. Perbaikan Fasilitas Ruang Tunggu Sesuai Standar yang Diterapkan RSV 20. Perbaikan dan Peningkatan Kepuasan Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung Pada Survey Pasien (Parkir, Taman, Toilet & Ruang Tunggu) 21. Penanganan dan Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien 22. Peningkatan Kecepatan Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis 23. Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i>
3	Program Pengampunan			Pengampunan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi : RS Paripurna, 2 RS Utama, 1 RS Madya	Pengampunan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi : RS Paripurna, 9 RS Utama, 99 RS Madya	Pengampunan RS dalam bidang Layanan Otak dan Persarafan sesuai Stratifikasi : 5 RS Paripurna, 13 RS Utama, 149 RS Madya
4	Pendukung Tercapainya Prioritas Layanan :					
	A. Sarana	☐ Alat non alkes tersedia; ☐ Penyiapan SDM & Pendukung; ☐ Kelengkapan ruang farmasi untuk meracik obat kemoterapi;	☐ Alat non alkes tersedia; ☐ Penyiapan SDM & Pendukung; ☐ Pemenuhan sarana ramah anak	☐ Pemenuhan sarana yang ramah anak	☐ Pembukaan ruang poli reguler & Eksekutif TCD-CD	☐ Alat non medik pelengkap untuk kegiatan Pelayanan <i>Cerebrovascular Hybrid</i>
	B. Prasarana	☐ Penambahan ruang poli, Kamar operasi	☐ Ruangan <i>Neurodaycare</i>	☐ Perbaikan IPAL ☐ Renovasi Auditorium Lt. 16 ☐ Ruang Tunggu IGD ☐ Pembebasan Lahan INN Tahap I	☐ Penambahan Kamar OK ☐ Renovasi Kamar Ranap ☐ Pembebasan Lahan INN Tahap II	☐ Rekayasa ruangan untuk Pelayanan <i>Cerebrovascular Hybrid</i> ☐ Pembangunan Gedung INN
	C. Alat Kesehatan	☐ Endoskopi	☐ Head Frame, ☐ USG & ☐ C-Arm	☐ TCD-CD ☐ Alat kelengkapan dan pendukung pelayanan sel punca	☐ Penambahan Alkes OK	☐ Pendukung Pelayanan Cerebrovascular Hybrid ☐ Pemenuhan Alkes INN
5	Kebutuhan Anggaran (Rp)	Rp 338.818.392.371,-	Rp 329.449.055.970,-	Rp 785.965.633.252,-	Rp 829.936.905.457,-	Rp 1.271.625.303.111,-
6	Sumber Pendanaan / Alokasi (termasuk saldo awal)	RM 119.338.738.169,- BLU 219.479.654.202,- Total 338.818.392.371,-	RM 126.419.008.046,- BLU 283.510.754.859,- Total 329.449.055.970,-	RM Rp 448.703.244.187,- BLU Rp 337.262.389.065,- Total Rp 785.965.633.252,-	RM Rp 314.283.458.802,- BLU Rp 515.653.446.655,- Total Rp 829.936.905.457,-	RM Rp 762.468.856.000,- BLU Rp 509.156.447.111,- Total Rp 1.271.625.303.111,-
7	Proyeksi/ Realisasi	Rp 261.688.465.645,-	Rp 316.674.680.200,-	Rp 327.242.601.993,-	Rp 365.558.000.000,-	Rp 382.008.336.000,-

	Pendapatan BLU					
8	Realisasi/ Kebutuhan SDM	977	1088	1120	1160	1242
9	Pengembangan TT	227	233	241	254	279
8	Kamar OK	3 OK, 2 Cathlab	4 OK, 2 Cathlab, 1 OK IGD	4 OK, 2 Cathlab, 1 OK IGD	4 OK, 2 Cathlab, 1 OK IGD	4 OK, 2 Cathlab, 1 OK IGD
9	BOR	65,7	72,08	67,54	70	70

**LAMPIRAN 6 PROGRESS REPORT TRANSFORMASI RSPON PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA
MENJADI INSTITUT NEUROSAINS NASIONAL (INN)**

I. Laporan realisasi pengadaan lahan 2022-2023:

- 1) Kebutuhan lahan untuk pengembangan RSPON sebagaimana penetapan lokasi (penlok) dalam Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor : 582 Tahun 2022 Tanggal 21 Juni 2022 tentang Penetapan Lokasi (Penlok) Pengembangan RS PON dengan lahan seluas $\pm 25.464 \text{ m}^2$.
- 2) Laporan Hasil Kerja Pendahuluan dari Kantor Jasa Penilai Publik (KJPP) Wahyono Adi dan Rekan, dengan Surat Perintah Kerja Nomor: KN.01.03/PPK-MOD/21332022 Tanggal 28 Oktober 2022 luas lahan yang dapat dipetakan adalah seluas 22.367 m^2 dengan perkiraan nilai total wajar semula sebesar Rp 655.531.264.141,-, yang dituangkan dalam Peta Inventarisasi sebagai berikut ;
 - a. Peta Inventarisasi 1206/2022 dan Daftar Nominatif 2/Peng-09.04/X/2022 (33 Bidang dengan luas $\pm 3.057 \text{ m}^2$) hasil final dari penilai publik didapat jumlah biaya total sebagai nilai penggantian wajar sebesar Rp.52.555.336.086,-
 - b. Peta Inventarisasi 1285,1295,1298,1301/2022 dan daftar nominatif 1.2.4.6/peng-09.04/X/2022 (61 bidang dengan luas $\pm 12.157 \text{ m}^2$) hasil final dari penilai publik didapat jumlah biaya total sebagai nilai penggantian wajar sebesar Rp.382.655.513.817,-
 - c. Peta Inventarisasi 1384/2022 daftar nominative 7/peng-07.04/X/2022 (24 bidang dengan luas $\pm 3.058 \text{ m}^2$) diperkirakan jumlah biaya total sebagai nilai penggantian wajar sebesar Rp.41.344.245.484,-
 - d. Daftar Nominatif 8/Peng-08.04/X/2022 (3 Bidang dengan luas $\pm 4.095 \text{ m}^2$) diperkirakan jumlah biaya total sebagai nilai penggantian wajar sebesar Rp.178.976.068.754,-
- 3) Sehubungan dengan adanya sanggah, maka dilakukan penilaian ulang pada tanah seluas 23.894 m^2 dengan nilai penggantian wajar sebesar Rp.656.315.778.355,- yang dituangkan dalam Peta Inventarisasi dengan rincian sebagai berikut:

No	No Laporan Akhir Jasa Konsultansi Penilai (Appraisal) dan tanggal	Bidang	Luas	Nilai Pengganti Wajar (Rp)
1	0076/2.0153-00/PI/11/0180/1/XI/2022; 08 November 2022	33	3.057	52.555.336.086
2	0081/2.0153-00/PI/11/0180/1/XI/2022; 21 November 2022	61	12.157	382.442.481.689
3	00034/2.0153-00/PI/11/0180/1/VI/2023 ; 21 Juni 2023	21	2.049	31.797.487.517
4	0039/2.0153-00/PI/11/0180/1/VII/2023 ; 28 Juli 2023	5	435	6.506.601.759
5	00049/2.0153-00/PI/11/0180/1/VIII/2023 ; 30 Agustus 2023	4	1.496	21.746.513.355
6	00054/2.0153-00/PI/11/0180/1/IX/2023 ; 7 September 2023	1	3.686	146.847.736.240
7	00065/2.0153-00/PI/11/0180/1/IX/2023 ; 27 September 2023	7	856	12.592.320.957
9	00070/2.0153-00/PI/11/0180/1/X/2023 ; 10 Oktober 2023	5	158	1.827.300.752
	Jumlah	137	23.894	656.315.778.355

- 4) Realisasi pengadaan / pembebasan lahan per 23 Oktober 2023 dapat disajikan sebagai berikut;

No	Kegiatan	Sumber Dana	Alokasi			Realisasi		
			Bidang	Luas	Rp	Bidang	Luas	Rp
1	Kebutuhan Pengadaan/ Pembebasan Lahan/ Tanah untuk Pengembangan RSPON	RM / BLU	121	22.367 m^2	655.531.264.141			

No	Kegiatan	Sumber Dana	Alokasi			Realisasi		
			Bidang	Luas	Rp	Bidang	Luas	Rp
2	Realisasi :		135	23.823 m ²	655.531.231.113	110	17.970 m ²	466.716.079.977
	- PEN BABUN Tahun 2022	PEN	36	10.451 m ²	355.967.192.113	36	10.451 m ²	355.967.192.113
	- Revisi Pergeseran Anggaran BLU Tahun 2023	BLU	6	294 m ²	4.734.830.000	6	294 m ²	4.734.829.359
	- Revisi Penggunaan Saldo Awal BLU Tahun 2023	BLU	52	4.469 m ²	74.295.797.000	39	3.312 m ²	47.486.285.005
	- Revisi Pemanfaatan Refocusing dan AA	RM	41	8.609 m ²	220.533.412.000	29	3.913 m ²	58.527.773.500

II. Rencana Pembangunan Gedung RSPON – INN

1. Biaya Proyek yang timbul dari transformasi dan pengembangan RSPON, adalah:

Biaya Pembangunan Gedung/Konstruksi dengan sistem pelaksanaan rancang bangun (*design and build*) total perkiraan biaya sebesar Rp.1.045.835.000.000.- dengan perkiraan perincian biaya sebagai berikut:

- Manajemen Konstruksi sebesar Rp.13.000.000.000,- yang teralokasikan pada Tahun 2023 sebesar Rp.3.900.000.000,- dan Tahun 2024 sebesar Rp.9.100.000.000,-
- Konsultan Perencana sebesar Rp 26.125.000.000,- dengan rincian Tahun Anggaran 2023 sebesar Rp. 19.594.000.000,- dan Tahun 2024 sebesar Rp.6.531.000.000,-
- Pelaksanaan konstruksi terintegrasi rancang dan bangun (*design and build*) Gedung Pelayanan dan Penunjang sebesar Rp.756.710.000.000,- dengan perincian Tahun 2023 sebesar Rp.35.000.000.000,- dan Tahun 2024 sebesar Rp.721.710.000.000,-
- Pelaksanaan Konstruksi Gedung Pendidikan dan Riset sebesar Rp.250.000.000.000,- pada Tahun Anggaran 2024 melalui mekanisme penyediaan aset oleh fasilitator.
- Lelang pekerjaan gedung dilaksanakan dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Nomor 1 Tahun 2020 tentang Standar dan Pedoman Pengadaan Pekerjaan Konstruksi Terintegrasi Rancang Bangun Melalui Penyedia. Metode ini memungkinkan pekerjaan perencanaan dan konstruksi dilaksanakan oleh satu penyedia dengan sekali lelang sehingga akan mempercepat waktu pelaksanaan.

Ringkasan Pembiayaan dan Tahap Penganggaran

No	Kegiatan		Anggaran	TA 2023	TA 2024
1	Manajemen Konstruksi		13.000.000.000	3.900.000.000	9.100.000.000
2	Pelaksanaan konstruksi terintegrasi rancang dan bangun (<i>design and build</i>)	Gedung Pelayanan & Penunjang	756.710.000.000	35.000.000.000	721.710.000.000
		Gedung Pendidikan & Riset	250.000.000.000	0	250.000.000.000
		Konsultan Perencanaan	26.125.000.000	19.594.000.000	6.531.000.000
Total Anggaran			1.045.835.000.000	58.494.000.000	987.341.000.000

2. Pembiayaan dan Sumber Dana

Keterbatasan anggaran dari pemerintah (RM APBN) serta keterbatasan Pendapatan BLU RS PON mengharuskan untuk mencari alternatif pembiayaan. Terbitnya Peraturan Menteri keuangan Nomor 29

tahun 2020 tentang Penyediaan Aset Pada Badan Layanan Umum Dengan Mekanisme Pembelian Melalui Fasilitator menjadi alternatif pendanaan yang dipertimbangkan dalam memenuhi kebutuhan anggaran untuk pengembangan dan transformasi RS PON ini.

Jumlah aset yang akan didanai melalui fasilitator adalah Gedung Pendidikan dan Penelitian dengan total nilai sebesar Rp.250.000.000.000,- digunakan untuk pembiayaan gedung saja belum termasuk peralatan dan penunjangnya. Rencana Pembiayaan dan sumber dana yang direncanakan untuk membangun gedung RS PON-INN adalah sebagai berikut ;

No	Kegiatan/Program	Qty	Sat	Total Biaya	Tahun Anggaran				
					2023		2024		
					Sumber Pendanaan		Sumber Pendanaan		
					RMAPBN	BLU	RMAPBN	Fasilitator	BLU
A	PEMBANGUNAN/ KONSTRUKSI (DB)	95.000	M2	1.032.835.000.000	35.000.000.000	19.594.000.000	721.710.000.000	250.000.000.000	6.531.000.000
1	Gedung Pelayanan & Penunjang	65.000	M2	756.710.000.000	35.000.000.000	-	721.710.000.000	-	-
2	Gedung Pendidikan dan Penelitian	30.000	M2	250.000.000.000	-	-	-	250.000.000.000	-
3	Konsultan Perencana	1,00	PKT	26.125.000.000	-	19.594.000.000	-	-	6.531.000.000
B	KONSULTAN	1,00	PKT	13.000.000.000	-	3.900.000.000	-	-	9.100.000.000
1	Manajemen Konstruksi	1,0	PKT	13.000.000.000	-	3.900.000.000	-	-	9.100.000.000
TOTAL				1.045.835.000.000	35.000.000.000	23.494.000.000	721.710.000.000	250.000.000.000	15.631.000.000

Dengan demikian maka proporsi pendanaan pembangunan gedung RSPON – INN adalah sebagai berikut :

Rupiah Murni APBN	Melalui Fasilitator	PNBP BLU RS PON	Total
756.710	250.000	39.125	1.045.835
72,35%	23,90%	3,74%	100,00%

Asumsi pendanaan yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Total Harga Aset yang difasilitasi adalah sebesar Rp. 250.000.000.000,-
2. Jangka waktu pengembalian adalah selama 10 (sepuluh) Tahun
3. Tingkat Imbal Hasil (ujrah) atas pemanfaatan pendanaan adalah sebesar 8% p.a

3. Kondisi Kas pada Laporan Keuangan

Berdasarkan Laporan Keuangan (Neraca) Per November 2023 Jumlah Kas pada Badan Layanan Umum adalah sebesar Rp. 178.796.556.654,- yang dapat dimonitor melalui MONSAKTI yaitu aplikasi Kementerian Keuangan yang digunakan untuk monitoring interkoneksi, rekonsiliasi, dan penyusunan Laporan Keuangan pada Satuan Kerja. Kas BLU sebesar tersebut terdiri atas:

- ☐ Investasi Jangka Pendek berupa Deposito : Rp. 135.000.000.000,-
- ☐ Kas pada Rekening Operasional : Rp. 43.796.556.654,-

Kas pada Badan Layanan Umum yang tersaji pada MONSAKTI Nopember 2023 sebesar Rp. 178.796.556.654,- masih akan digunakan untuk membayar belanja yang belum disahkan sebesar Rp. 68.814.012.349,- serta sebagai cadangan kas dalam rangka menjamin *sustainability* operasional selama 3 bulan. Kebutuhan untuk pembayaran belanja yang belum disahkan Bulan Desember sebesar Rp. 68.814.012.349,- berasal dari kas operasional sebesar Rp. 43.796.556.654,- dan pencairan investasi jangka pendek sebesar Rp. 20.000.000.000,- dan dari kas penerimaan BLU bulan Desember 2023. Sehingga saldo akhir kas BLU pada akhir Tahun 2023 diasumsikan adalah sebesar Rp.115.000.000.000,-

4. Kebijakan Kas BLU

Faktor-faktor yang mempengaruhi penentuan besaran persediaan kas minimum adalah mempertimbangkan besarnya kewajiban, pengeluaran-pengeluaran kas, jangka waktu perputaran kas serta tingkat perputaran kas. Terkait dengan besarnya kewajiban, dapat disampaikan bahwa siklus pembayaran kewajiban RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2023 yang diproyeksikan sebesar 6.6 Milyar harus diselesaikan seluruhnya paling lambat dalam jangka waktu 2-3 bulan.

Terkait penerimaan kas BLU RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono 85% berasal dari penerimaan BPJS dengan siklus pembayaran klaim BPJS yang diterima rata-rata membutuhkan waktu 3-4 bulan dimulai sejak pelayanan dilakukan, proses verifikasi, pembuatan dokumen klaim sampai dengan waktu pending dari satu tagihan yang diajukan. Besaran pembayaran BPJS per klaim rata-rata 80% dan sisanya masuk proses pending serta verifikasi ulang sehingga pendapatan tersebut berpotensi diterima pada periode waktu yang berbeda (periode berikutnya). Diluar penerimaan BPJS tersebut masih terdapat penerimaan kas dari pasien asuransi dengan siklus waktu pembayaran berkisar antara 1-2 bulan terhitung setelah pelayanan diberikan.

Terkait dengan pengeluaran kas untuk belanja barang, selama Tahun Anggaran 2023 sesuai dengan Rencana Penarikan Dana pada Halaman 3 DIPA belanja barang RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono adalah Total sebesar Rp. 364.257.681.000,- dari Januari s/d Desember 2023 (12 Bulan), sehingga rata-rata pengeluaran kas selama 12 bulan adalah sebesar Rp.30.354.806,-

Berdasarkan hal tersebut diatas maka Kebijakan Kas dalam rangka menjamin Sustainability Operational Rumah Sakit ditetapkan untuk selama 3 bulan dengan rata-rata kebutuhan per bulan sebesar Rp.30.000.000.000,-. Dengan demikian rata-rata kebutuhan buffer cash adalah sebesar Rp. 30.000.000.000,- x 3 Bulan atau total sebesar Rp. 90.000.000.000 ditambah dengan perkiraan kebutuhan yang bersifat fluktuatif seperti antisipasi peningkatan jumlah kunjungan pasien yang tak terduga (unpredictive), kondisi pandemi (COVID) dan lain-lain.

5. Prognosa dan Proyeksi Pemanfaatan Kas

Pembangunan Gedung dalam rangka Pengembangan dan Transformasi RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono menjadi Institut Neurosains Nasional (RSPON-INN), Sehubungan dengan keterbatasan anggaran, sehingga kegiatan pembangunan gedung tersebut harus dilakukan dengan kombinasi (portofolio) pendanaan. Sumber dana Rupiah Murni APBN sebesar Rp. 756.710.000.000,- berasal dari DIPA Kemenkes (RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono) Tahun Anggaran 2023 sebesar Rp.35.000.000.000,- dan sisanya sebesar Rp. 721.710.000.000 dari DIPA Kemenkes (RS RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono) Tahun 2024.

Sumber dana Anggaran sebesar Rp.250.000.000.000,- berasal dari pembiayaan pihak ketiga melalui Penyediaan Aset Pada Badan Layanan Umum Dengan Mekanisme Pembelian Melalui Fasilitator berpedoman pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 29 Tahun 2022. Sedangkan sumber dana dari Penerimaan PNPB BLU RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono berasal dari Pemanfaatan Saldo Kas Badan Layanan Umum yang berasal dari layanan. Proyeksi penggunaan saldo kas BLU Tahun 2024 – 2040 dapat disajikan sebagai berikut:

Prognosa dan Proyeksi Penggunaan Kas BLU Tahun 2023-2040

Komponen Penggunaan Kas	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Nilai Kas BLU pada Proyeksi Neraca	97,125,139,831	87,590,667,598	136,389,255,706	180,274,828,337	257,741,567,473	352,460,202,924
KasOperasional BLU (3 Bln)	97,125,139,831	87,590,667,598	91,970,200,978	93,809,604,997	98,500,085,247	103,425,089,510
Investasi Tanah	74,295,797,000	-	-	-	-	-
Investasi Peralatan dan Mesin	30,255,555,000	-	44,419,054,728	42,046,168,612	72,776,258,886	89,793,631,188
Investasi Gedung dan Bangunan	2,933,997,000	15,631,000,000	0	0	0	0
Investasi Jalan, Irigasi dan Jaringan	-	-	0	0	0	0
Investasi Aset Lainnya	-	-	0	0	0	0

Komponen Penggunaan Kas	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Nilai Kas BLU pada Proyeksi Neraca	477,027,228,602	609,191,710,838	759,459,969,577	999,494,817,179	1,291,111,236,524	1,625,313,933,506
Kas Operasional BLU (3 Bln)	113,767,598,461	125,144,358,307	137,658,794,137	151,424,673,551	166,567,140,906	249,850,711,359
Investasi Tanah	-	-	-	-	-	-
Investasi Peralatan dan Mesin	114,224,516,727	120,787,722,390	20,952,647,469	67,880,690,456	82,942,185,597	75,275,737,959
Investasi Gedung dan Bangunan	0	0	58,400,587,720	45,253,793,638	55,294,790,398	50,183,825,306
Investasi Jalan, Irigasi dan Jaringan			46,720,470,176	90,507,587,275	110,589,580,796	100,367,650,612
Investasi Aset Lainnya						
Komponen Penggunaan Kas	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Nilai Kas BLU pada Proyeksi Neraca	2,025,698,632,661	2,465,975,762,117	2,949,268,776,518	3,479,879,264,359	4,062,538,972,984	4,702,452,824,472
Kas Operasional BLU (3 Bln)	374,776,067,039	562,164,100,559	843,246,150,838	1,264,869,226,257	1,897,303,839,385	2,845,955,759,078
Investasi Tanah	-	-	-	-	-	-
Investasi Peralatan dan Mesin	82,637,803,043	75,866,728,781	60,663,289,237	32,696,223,727		
Investasi Gedung dan Bangunan	55,091,868,695	50,577,819,187	40,442,192,824	21,797,482,484		
Investasi Jalan, Irigasi dan Jaringan	110,183,737,390	101,155,638,374	80,884,385,649	43,594,964,969		
Investasi Aset Lainnya						

Keterangan :

Saldo Kas BLU pada Prognosa Neraca RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2023 sebesar Rp.97.125.139.831,- adalah saldo kas dengan asumsi prognosa realisasi pendapatan sebesar Rp. 365.558.000.000,- berdasarkan realisasi pendapatan per September 2023. Akan tetapi jika berdasarkan laporan realisasi pendapatan per 19 Desember 2023, realisasi pendapatannya adalah sebesar Rp.386.100.000.000,- maka Prognosa Saldo Kas RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono adalah sebesar Rp.115.000.000.000,- Rupiah per 31 Desember 2023. Rincian realisasi anggaran s.d. 19 Desember 2023 dan rincian rencana kebutuhan operasional adalah sebagai berikut;

Realisasi Anggaran RS Pusat Otak Nasional (PENGESAHAN)

01 Januari - 19 Desember 2023

Tahun Anggaran 2023

NO	URAIAN	SALDO
I	Pagu belanja BLU	488,491,526,000
II	Realisasi berdasarkan voucher (belanja)	447,385,200,484
III	Realisasi berdasarkan pengesahan	378,571,188,135
IV	Selisih yang belum disahkan	68,814,012,349
	Rincian :	
1	Belanja Barang	25,415,512,660
	Remunerasi	9,787,002,692
	Gaji dan Tunjangan Pegawai Kontrak	3,437,520,544
	Bahan Makan Pasien	846,124,380
	Pemeliharaan Sarana	5,194,349,569
	Administrasi Perkantoran	2,150,468,336
	Langganan Daya & Jasa	3,336,472,145
	Perjalanan Dinas	111,681,519
	Seminar, Pelatihan, Penelitian & Pengembangan RS	551,893,475
2	Belanja Tupoksi	13,535,324,531
3	Belanja Modal	29,863,175,158
	Total	68,814,012,349

RENCANA KEBUTUHAN BELANJA OPERASIONAL BULANAN		
RS PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta		
NO	URAIAN	SALDO
1	Barang Farmasi	10,825,000,000
2	Remunerasi	9,500,000,000
3	Gaji dan Tunjangan Pegawai Kontrak	3,000,000,000
4	Bahan Makan Pasien	400,000,000
5	Pemeliharaan Sarana	1,500,000,000
6	Administrasi Perkantoran	600,000,000
7	Langganan Daya & Jasa	3,500,000,000
8	Perjalanan Dinas	75,000,000
9	Seminar, Pelatihan, Penelitian & Pengembangan RS	600,000,000
	TOTAL	30,000,000,000

6. Pemetaan Kebutuhan Aset

Pemetaan kebutuhan Aset atas pengembangan dan transformasi RS PON-INN terdiri atas 3 (tiga) hal :

1) Peningkatan kualitas, cakupan dan aksesibilitas layanan

Pemetaan atas kualitas, cakupan dan aksesibilitas layanan melihat pada indikator-indikator mutu dan kualitas pelayanan yaitu dari waktu tunggu rawat jalan, waktu tunggu sebelum operasi, emergency respon time, dan waktu tunggu emergency. Pembangunan gedung dan penambahan peralatan kesehatan akan menambah kualitas pelayanan dengan mengurangi waktu waktu tunggu, sehingga pelayanan dapat lebih cepat dan akurat.

No	Improve	Before	After
1	Outpatient Waiting Time (Minute)	40,03	≤ 25
2	Waiting Time Before Operation (Week) elektif	5-6	4
3	Emergency Respon Time Rate (Minute)	10	7
4	Emergency Room Door to ward (Hours)	6 - 7	3-4
5	Emergency Stroke Door to Needle (minute)	60	40

2) Peningkatan Kuantitas, Jenis dan Kemampuan Pelayanan

Kebutuhan pengembangan dan transformasi juga berasal dari pemetaan terhadap kuantitas kebutuhan, seperti ketersediaan tempat tidur, peningkatan jumlah kunjungan, peningkatan produktiifitas tempat tidur serta peningkatan jumlah layanan dan kemampuan rumah sakit.

No	Improve	Before	2026	Ketr
1	Kapasitas Tempat Tidur	247	522	2034

2	Kunjungan Pasien (Total)	148.363 -150.000	197.471- 654.886	2034
3	Produktifitas (BOR)	65%	80%	2034
4	Kemampuan rumah sakit (istilah)	☐ Brain Health and Innervation Services (Neurology) ☐ Neurosurgery Services ☐ Support Services	Center of Excellence : ☐ Advance Clinical Care and Services ☐ Restoration and Rehabilitation ☐ Education & Training ☐ Clinical & Comprehensive Research ☐ Product Development ☐ Community Policy Development (Promotion & Prevention)	2025

3) Peningkatan Kuantitas/Kapasitas Layanan Penunjang

Pemetaan juga dilakukan terhadap kebutuhan sarana dan prasarana penunjang layanan seperti kebutuhan parkir, kamar kecil, fasilitas pendidikan dan penelitian serta tersedianya lahan terbuka hijau (RTH) sebagai prasyarat rumah sakit hijau (green hospital)

Improve Other Facilities	Before	After
Parking	278 Slot	728 Slot (Standard=623)
Supporting Facilities	Helipad	Helipad
	Lounge	Lounge + Doctor Lounge
	Halfway House	Halfway House
		Family Lounge
Education & Research	Research Room	Research Centre
	Library	Laboratorium Research
	Auditorium & Seminar Room	Education & Training Centre
Green Open Space (Park)	1539 m ²	14,100 m ²
	Indoor & Vertikal Garden	Indoor, Vertical Garden, Roof Garden & Outdoor

Atas dasar ketiga pemetaan kebutuhan tersebut maka, dibuatlah rancangan kebutuhan asset untuk pengembangan dan transformasi RS PON-INN, sebagai berikut :

GEDUNG PENDIDIKAN, PENELITIAN & RISET			GEDUNG PELAYANAN (GEDUNG B)						FASILITAS PENUNJANG	
GEDUNG C			TOWER B1			TOWER B2				
Lantai	Nama Gedung, Fungsi	Luas (M2)	Lantai	Nama Gedung, Fungsi	Luas (M2)	Lantai	Nama Gedung, Fungsi	Luas M2	Nama Fasilitas	Luas M2
ROOF TOP	GONDOLA, OUTDOOR AC, MESIN LIFT	0,00	ROOF TOP	GONDOLA, OUTDOOR AC, MESIN LIFT, WATERHEATER	1.492,16	ROOF TOP	OUTDOOR AC	70,74		
LT 11	DIREKSI DAN MANAJEMEN	2.500	LT 11	REHABILITASI MEDIK TERPADU	1.641,13	LT 16	NEUROTOKSIKOLOGI DAN NARKOBA TERPADU	2.701,56		
LT 10	RUANG DOKTER	2.500	LT 10	PUSAT LAYANAN NEURORESTORASI DAN STEM CELL	2.433,33	LT 15	PUSAT LAYANAN SARAF TEPI TERPADU	2.701,56		
LT9	PENDIDIKAN SPESIALIS SARAF	2.500	LT 9	PUSAT LAYANAN AUTISME TERPADU	2.433,33	LT 14	PUSAT LAYANAN NEUROONCOLOGI TERPADU	2.701,56		
LT 8	PENDIDIKAN SPESIALIS BEDAH SARAF	2.500	LT 8	PUSAT LAYANAN NEUROPEDIATRI TERPADU	2.433,33	LT 13	PUSAT LAYANAN EPILEPSI TERPADU	2.701,56		
LT 7	SKILL TRAINING	2.500	LT 7	PUSAT LAYANAN NEUROBEHAVIOR DAN GANGGUAN MEMORI TERPADU	2.433,33	LT 12	PUSAT LAYANAN STROKE TERPADU	2.701,56		
LT 6	MANAJEMEN RISET	2.500	LT 6	NEUROGERIATRIK DAN MOVEMENT DISORDER TERPADU	2.433,33	LT 11	PUSAT LAYANAN NEUROTRAUMA TERPADU (HEAD & SPINE)	2.701,56		
LT 5	PROJECT-PROJECT PENELITIAN	2.500	LT 5	NEURODIAGNOSTIK, GENERAL BRAIN AND HEART MEDICAL CHECK UP	2.433,33	LT10	P10B	1.250,00		
LT 4	INSTALASI CENTRAL RISET UNIT (CRU), BIO GENOME SCIENCE INITIATIVE	2.500	LT 4	CSSD, NEUROBEHAVIOUR	2.433,33	LT 9	P9B	1.250,00		
LT 3	LAB KLINIK, MIKROBIOLOGI & PATOLOGI ANATOMI	2.500	LT 3	BEDAH SENTRAL, ICU, HCU, STROKE CARE CENTRE	2.900,00	LT 8	P8B	1.250,00		
LT 2	RESTORAN DLL	2.500	LT 2	RAWAT JALAN PASIEN UMUM, FARMASI	2.295,37	LT 7	P7B	1.250,00		
LT 1	LOBBY, RETAIL, UMKM & BANK	2.500	LT 1	PENDAFTARAN, INFORMASI, IGD & RADIOLOGI, RUANG TUNGGU	2.699,08	LT 6	P6B	1.250,00		
LT SB	FASILITAS PENUNJANG	2.500	LT SB	GAS MEDIK, KITCHEN, LAUNDRY, PEMULASARAAN JENAZAH, BOILER	2.446,79	LT 5	P5B	1.250,00		
						LT 4	P4B	1.250,00	MRI	350
						LT 3	P3B	1.250,00	PETSCAN (1 FASILITAS)	650
						LT 2	P2B	1.250,00	KEMOTERAPI (1 FASILITAS)	500
						LT 1	P1B	1.250,00	CYBER KNIFE (1 FASILITAS)	300
						LT SB	GUDANG BMN	570,00	RADIOTERAPI (2 FASILITAS)	1.200
						LT B2	PENAMPUNGAN BARANG MEDIK RUSAK, KONTROL PENGENDALI BANJIR	650,00		
JUMLAH LUASAN (M2)		30.000	JUMLAH LUASAN (M2)		30.508	JUMLAH LUASAN (M2)		30.000	JUMLAH LUASAN (M2)	3.000
JUMLAH LUAS TOTAL = 95,000 m2										

Gambar rancangan dasar Pengembangan :

