



RENCANA STRATEGI BISNIS (RSB) 2025 - 2029

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. RIVAI ABDULLAH BANYUASIN

Jl. Sungai Kundur, Sungai Kedukan, Kec. Banyuasin I,
Kab. Banyuasin, Sumatera Selatan 30963

 www.rsvaiabdullah.id

 (0711) 7537201

 surel@rsvaiabdullah.id

 [rsvaiabdullah](https://www.instagram.com/rsvaiabdullah)

 RSUP Rivai Abdullah

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Esa penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP dr. Rivai Abdullah tahun 2025-2029 sudah dapat diselesaikan dengan baik dan lancar. Penyusunan RSB merupakan bagian dari pelaksanaan anggaran pada BLU yang merupakan acuan dalam jangka lima tahun yang akan datang untuk pencapaian visi misi dan sasaran strategis BLU.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin adalah Rumah Sakit Umum Pusat Tipe III milik Kementerian Kesehatan dan sudah menjadi Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU) dengan unggulan KJSU - KIA. Buku ini berisi rencana strategi bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin pada periode 2025-2029 yang perencanaan didasarkan pada pengembangan *masterplan* Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin yang disesuaikan dengan adanya tuntutan dari *stakeholders*, lingkungan eksternal dan internal Rumah Sakit. Dari hasil perancangan, dihasilkan output yang pertama yaitu Struktur RSB Rumah Sakit Vertikal yang terdiri dari visi misi, pilar strategis dan nilai penggerak, sasaran strategis dan peta strategis, inisiatif strategis, program strategis, roadmap, rencana anggaran dan manajemen risiko. Output yang ke dua adalah indikator pengukuran yang terdiri dari KPI Organisasi atau IKU, KPI Inisiatif strategis, dan KPI Program Strategis.

Indikator-indikator terukur berupa susunan KPI (*Key Performance Indicator*), program kerja strategis, dan program mitigasi terkait risiko. Pedoman Penyusunan RSB adalah Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/pmk.05/2022 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/pmk.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan, serta Peraturan Dirjend perbendaharaan Nomor: PER-2/PB/2022 tentang Pedoman Tekhnis Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran BLU.

Dengan penyusunan buku ini, diharapkan kerjasama sinergis antara Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah dengan para stakeholders kunci dapat lebih terarah. Buku ini juga diharapkan dapat menjadi acuan penilaian keberhasilan visi-misi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah di masa yang akan datang.

Direktur Utama ,



dr. Hendra

RINGKASAN EKSEKUTIF

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) mengacu pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/pmk.05/2022 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/pmk.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan serta Peraturan Dirjend Perbendaharaan Nomor: PER-2/PB/2022 tentang Pedoman Tekhnis Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran BLU dan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor: HK.02.02/D/1334/2025 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 tanggal 13 Maret 2025. Oleh karena itu Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin sebagai unit pelaksana teknis Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin Tahun 2025 - 2029 dengan visi: “RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan”. dan misi sebagai berikut:

1. Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien
2. Meningkatkan produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan
3. Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan clinical pathway, serta peningkatan riset medis
4. Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan
5. Mengampu rumah sakit daerah untuk turut serta dalam peningkatan kapabilitas jaringan rumah sakit dalam skala nasional secara merata
6. Meningkatkan kemampuan penyelenggaraan pendidikan dan penelitian untuk mendukung pengembangan layanan berbasis riset

Layanan unggulan RSUP Dr. Rivai Abdullah Banyuasin adalah Layanan Jantung, KIA, dan Orthopaedi. Selanjutnya visi dan misi diterjemahkan dalam 10 (sepuluh) sasaran strategis yaitu pengelolaan keuangan yang andal, layanan terbaik level Asia, penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas, pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan, Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel, sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal, proses bisnis yang efektif dan efisien, kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan, mutu layanan klinis yang baik dan konsisten, SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK. Kemudian diturunkan menjadi 22 inisiatif strategis dan 47 program strategis. Untuk menilai sasaran strategis diturunkan dalam 12 Indikator Kinerja Utama (IKU).

LEMBAR PENGESAHAN
RENCANA STRATEGIS BISNIS
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. RIVAI ABDULLAH BANYUASIN
TAHUN 2025 - 2029

DISAHKAN DI : BANYUASIN
PADA TANGGAL : 07 Januari 2025

OLEH

Direktur Utama,



dr. Hendra
NIP. 198207312008041001

Plt. Direktur Medik dan
Keperawatan,



dr. Revita D.M Ekel, MPH
NIP. 198112082010012004

Direktur SDM, Pedididkan dan
Penelitian,



Mohammad Apriansyah, SE, MM
NIP. 197304101993031002

Plt. Direktur Perencanaan,
Keuangan dan Layanan
Opersional,



Sri Dharmawati, SKM, MARS
NIP. 198110312008012010

**LEMBAR PENGESAHAN
RENCANA STRATEGIS BISNIS
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. RIVAI ABDULLAH BANYUASIN
TAHUN 2025 - 2029**

DITERIMA DAN DISETUJUI

Jakarta, 07 Januari 2025
Pejabat Pengawas,



dr. Obrin Parulian, M.Kes
NIP. 197303142002121005

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	ii
RINGKASAN EKSEKUTIF	iii
LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PEJABAT PENGAWAS.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Visi, misi arah kebijakan Tingkat Kementerian Dan Eselon I	1
B. Visi, Misi dan arah Kebijakan RSUP Dr. Rivai Abdullah	2
C. Target RSB	4
BAB II ANALISIS DAN STRATEGI	5
A. Evaluasi Kinerja BLU dan hambatan Pada RSB periode sebelumnya (2020-2024)	5
B. Analisis SWOT	11
1. Analisis SWOT.....	12
2. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis	13
C. Inisiatif Strategis	13
BAB III RENSTRA BISNIS 5 TAHUN	17
A. Program Kementerian Kesehatan	17
B. Strategi Bisnis BLU	17
C. Kegiatan dan indikator	18
BAB IV PENUTUP	19
A. Kesimpulan	19
B. Saran	20
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

Rancangan akhir Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025-2045 telah diluncurkan oleh Presiden RI. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional ini bertujuan untuk mewujudkan Visi Indonesia Emas 2045. Beberapa poin penting dari RPJPN ini meliputi:

1. Stabilitas Bangsa: RPJPN memperhatikan stabilitas bangsa yang terjaga. Keberlanjutan dan Kestinambungan: Dokumen ini menekankan pentingnya keberlanjutan dan kestinambungan dalam pembangunan.
2. Sumber Daya Manusia Berkualitas: RPJPN menggaris bawahi pentingnya kualitas sumber daya manusia, termasuk aspek fisik, keterampilan, karakter produktif, dan disiplin. (Referensi: Rancangan Akhir Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2025-2045; Januari 2024; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS).

Untuk mendukung RPJPN Kementerian Kesehatan melalui 6 pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, yaitu: Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan dan Transformasi Teknologi Kesehatan.

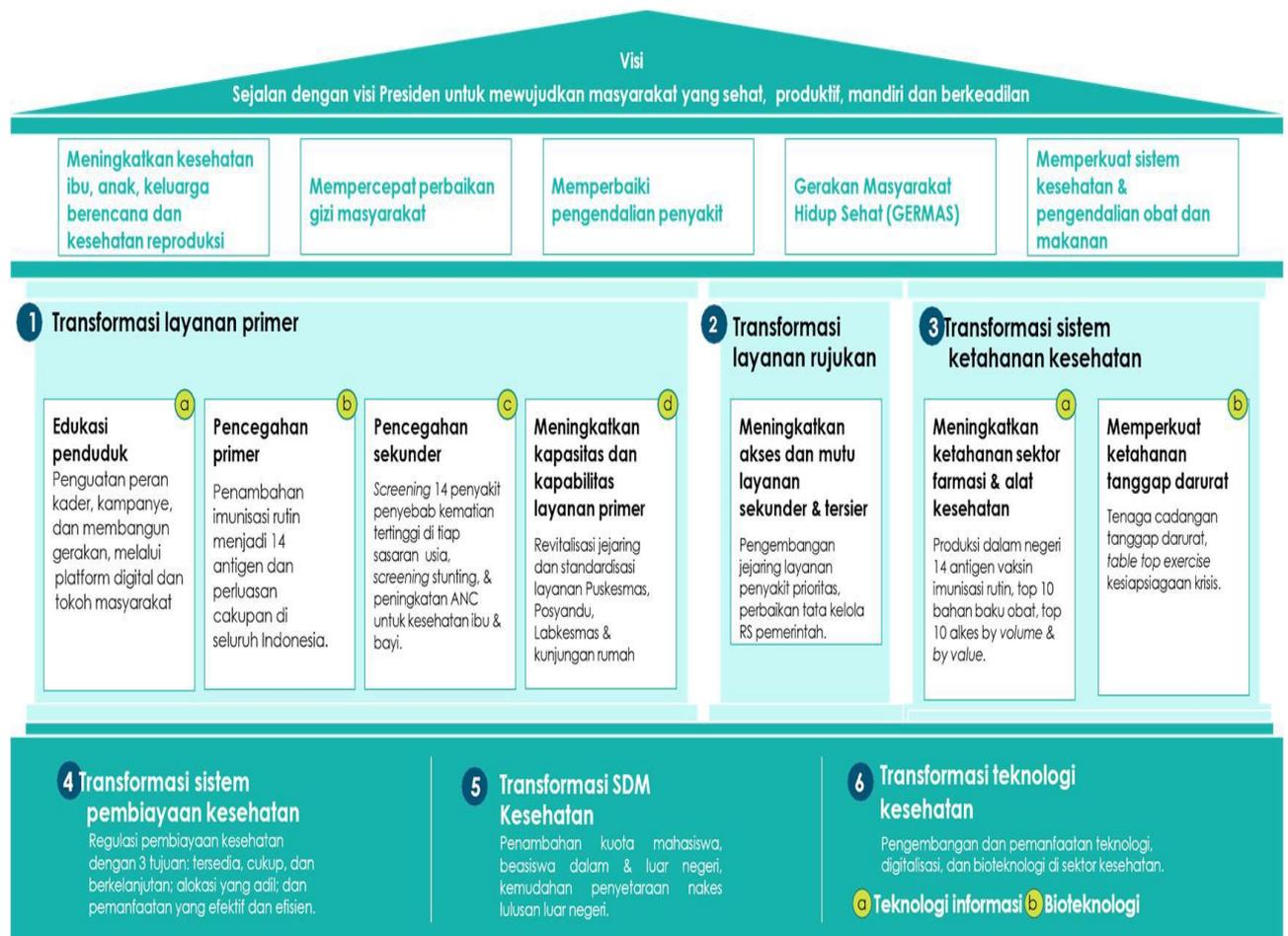
Untuk itu diperlukan RSB RSUP Dr. Rivai Abdullah 2025-2029 agar sesuai dengan visi, misi, tujuan, transformasi kesehatan dan program Kemenkes yang terbaru. sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/pmk.05/2022 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/pmk.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan. Tanggal 19 Desember 2022. Permenkes No 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kelola RS di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

RSUP Dr. Rivai Abdullah merupakan Rumah Sakit milik Kementerian Kesehatan sehingga dalam menyusun RSB merujuk ke Renstra Kemenkes RI. Agar ada keselarasan dan kestinambungan. Berikut rangkuman resume Renstra Kementerian Kesehatan:

A. Visi, misi arah kebijakan Tingkat Kementerian Dan Eselon I

Visi, misi dan arah kebijakan Kementerian Kesehatan dirumuskan melalui pelaksanaan Transformasi Kesehatan melalui 6 pilar transformasi seperti pada gambar berikut ini.

Gambar 1.1. Visi, misi dan Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan



Transformasi kesehatan meliputi transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi ketahanan kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi SDM kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Transformasi Layanan Rujukan merupakan dasar pelaksanaan dan implementasi transformasi kesehatan pada seluruh rumah sakit vertikal. Rumah sakit vertikal mempunyai tiga pilar strategis (tugas utama) sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan di bawah Kementerian Kesehatan yaitu menjadi rumah sakit dengan layanan terbaik Asia, sebagai pengampu nasional dan pengembangan riset.

Gambar 1.2. Tiga Pilar dan Inisiatif Strategis Transformasi Rumah Sakit Vertikal



Tiga pilar strategis transformasi RSV telah diturunkan kedalam peta strategis dan 10 (sepuluh) sasaran strategis yaitu pengelolaan keuangan yang andal, layanan terbaik level Asia, penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas, pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan, Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel, sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal, proses bisnis yang efektif dan efisien, kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan, mutu layanan klinis yang baik dan konsisten, SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK.

B. Visi, Misi dan arah Kebijakan RSUP Dr. Rivai Abdullah

Visi : “RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan”.

Dengan misi sebagai berikut:

1. Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien
2. Meningkatkan produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan
3. Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan clinical pathway, serta peningkatan riset medis

4. Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan
5. Mengampu rumah sakit daerah untuk turut serta dalam peningkatan kapabilitas jaringan rumah sakit dalam skala nasional secara merata
6. Meningkatkan kemampuan penyelenggaraan pendidikan dan penelitian untuk mendukung pengembangan layanan berbasis riset

C. Target RSB

Sebagai target yang akan dicapai (tujuan) BLU RSUP Dr. Rivai Abdullah yang sesuai dengan sasaran startegis rumah sakit dari penyusunan RSB 2025-2029 adalah:

1. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal
2. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
3. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas
4. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan
5. Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel
6. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
7. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
8. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan *focus* kepada pelanggan
9. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
10. Terwujudnya SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK

BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

Untuk mewujudkan perencanaan yang baik maka dilakukan evaluasi kinerja sebelumnya, analisis SWOT dan Menetapkan strategi bisnis sebagai berikut:

A. Evaluasi Kinerja BLU dan Hambatan pada RSB periode 2020-2024

1. Evaluasi Kinerja SDM

Jumlah Pegawai Keseluruhan tahun 2020 - 2024 sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jumlah Pegawai RSUP dr. Rivai Abdullah Banyuasin 2020 - 2024

NO	JENIS TENAGA	2020	2021	2022	2023	2024
1	DOKTER	42	46	50	54	57
2	PERAWAT	113	133	141	136	140
3	NAKES LAINNYA	74	87	93	169	175
4	ADMINISTRASI	145	128	135	58	53
	TOTAL	374	394	419	417	425

Secara keseluruhan jumlah SDM meningkat setiap tahunnya seiring dengan bertambahnya layanan pasien. Terjadi peningkatan pada jenis tenaga kesehatan terutama dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya sedangkan tenaga administrasi semakin menurun dikarenakan sebagian besar layanan sudah memakai aplikasi komputer terintegrasi.

Dari Jumlah seluruh pegawai dapat dihitung Pendapatan per total Karyawan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Pendapatan per total Karyawan RSUP dr. Rivai Abdullah Banyuasin 2020 - 2024

Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
Pendapatan	15.970.003.021	23.127.315.003	17.858.815.141	24.361.046.784	34.170.820.316
Jumlah Karyawan	374	394	419	417	425
Total Pendapatan Perkaryawan	42.700.543	58.698.769	42.622.471	58.419.776	80.401.930

Secara keseluruhan pendapatan perkaryawan meningkat dari tahun ke tahun selama 5 tahun ke belakang. Kecuali tahun 2022 menurun bila dibandingkan dengan tahun 2021 karena adanya pandemi Covid-19. Pendapatan karyawan yang meningkat dikarenakan terdapatnya jumlah SDM yang di rekrut dan juga adanya peningkatan pendapatan RS yang berhubungan dengan peningkatan jumlah pasien setiap tahunnya. Berikut Realisasi belanja dan pendapatan tahun 2020-2024.

Tabel 2.3 Realisasi Belanja dan Pendapatan Tahun 2020-2024.

NO	Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
1	Pagu Anggaran	206.584.359.000	79.022.332.000	93.664.933.000	89.694.575.000	84.951.804.000
	Realisasi Anggaran	121.607.524.471	74.791.813.935	78.394.416.243	75.678.819.000	79.684.822.405
	Persentase	58,87%	94,65%	83,70%	84,37%	94%
2	Pagu BLU	13.200.000.000	21,570,105,000	39,715,588,000	37.000.000.000	31.200.000.000
	Realisasi Pendapatan BLU	15.970.273.021	23.127.315.003	17.858.815.141	24.361.046.784	34.170.820.316
	Persentase	120,99%	107,22%	44,97%	65,84%	109,52%

2. Realisasi belanja dan pendapatan meningkat sejak tahun 2022 sampai dengan tahun 2024.

Hal ini berhubungan dengan meningkatnya kunjungan pasien ke rumah sakit, adanya layanan baru seperti haemodialisa, layanan non JKN seperti klinik graha eksekutif, rawat inap VVIP dan adanya gedung baru yaitu gedung A. Disamping itu juga meningkatnya pendapatan dari non pelayanan seperti DIKLAT, parkir, mini market, kantin, rumah singgah, sewa ATM dan sewa gedung pertemuan VCC.

3. Evaluasi Kinerja Keuangan

Realisasi Anggaran semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2020 realisasi rendah dikarenakan ada permasalahan pada gedung B sehingga tidak dapat dilanjutkan. Untuk realisasi yang tertinggi di tahun 2021 dikarenakan pemenuhan sarana dan prasarana Pandemi Covid-19. Prognosa tahun 2024 99,7% dikarenakan anggaran sudah efisiensi sebelumnya.

Realisasi Pendapatan naik turun dimana tahun 2020-2021 pendapatan naik berhubungan dengan pandemi Covid-19 dan tahun 2022 turun karena tingginya target pagu yang sebelumnya disusun dengan asumsi gedung B sudah operasional untuk layanan Onkologi. Kemudian tahun berikutnya pendapatan mulai naik lagi dikarenakan meningkatnya kunjungan pasien ke Rumah Sakit.

4. Evaluasi Kinerja Layanan

Tabel 2.4 Evaluasi Kinerja Layanan 2020 - 2024

NO	Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
1	Kunjungan rawat inap	1.591	2.018	2.283	3.601	5.758
2	Kunjungan Rawat Jalan	10.705	15.557	20.747	35.464	50.046
3	Kunjungan IGD	4.581	4.980	4.742	5.679	9.045

4	Tindakan Kamar Operasi	308	405	470	1.028	1.835
5	BOR	10,76	18,2	17,51	30,47	56.83
6	AVLOS	3,75	3,85	3,39	3,41	3,80
7	TOI	31.04	17.02	15.45	7.8	2.89
8	BTO	10.49	17.54	19.49	32.52	54.59
9	NDR	19.06	38.94	22.54	9.85	7.29
10	GDR	35.58	52.48	39.81	19.7	12.63

Kunjungan pasien baik di rawat jalan, rawat inap, IGD dan tindakan kamar operasi mengalami kenaikan dari tahun 2020 sampai dengan 2024. Hal ini dikarenakan adanya gedung layanan baru yang terdiri empat lantai sehingga dapat merubah image masyarakat yang sebelumnya rumah sakit kusta menjadi rumah sakit umum. Dan juga adanya penambahan SDM dan juga sarana prasarana seperti alat kesehatan canggih serta adanya layanan baru seperti haemodialisa, layanan untuk pasien non JKN seperti klinik graha eksekutif, rawat inap VVIP.

5. Evaluasi Kinerja Sarana Prasarana

Sarana Prasarana yang dimiliki Rumah Sakit Umum Pusat dr. Rivai Abdullah berdiri diatas lahan seluas 27.5 Ha. Bangunan terdiri dari Gedung A untuk IGD, Radiologi, Rawat Jalan, Rawat Inap, *Medikal Record*, Farmasi, Laboratorium, , ICU, ICCU. NICU, Kamar Operasi dan CSSD. Sebagian pelayan masih terletak di Gedung lama yaitu Ruang perawatan pasien PIE, BSL2, Haemodialisa, perawatan pasien penyakit dalam dewasa, CT Scan, Radiologi, Klinik Kusta dan MCU.

Untuk ruang administrasi masih menempati Gedung lama, kecuali administrasi untuk pasien di gedung. Rencana akan dibangun Gedung B untuk pelayanan Onkologi terpadu, Gedung C,D, E untuk rawat inap termasuk pelayanan paliatif dan Gedung F untuk administrasi mulai dari Direktur, komite, SPI, manajer, kepala instalasi dan staf.

Untuk menunjang pelayanan yang berkualitas dan bermutu maka rumah sakit memiliki alat kesehatan yang canggih.

Tabel 2.5 Daftar Alat Kesehatan Medis canggih dan alokasinya.

NO	NAMA ALAT KESEHATAN	TAHUN	LOKASI	KETERANGAN
1	CT SCAN 16 SLIDE	2018	Radiologi	Baik
2	CT SCAN 160 SLIDE	2020	Radiologi	Baik
3	Mammografi	2022	Radiologi	Baik
4	ABR/BERA (Brain Evoke Respon Audiometer)	2018	Rawat Jalan	Baik

5	Treadmill	2018	MCU	Baik
6	USG Mata	2006	Poli Mata	Baik
7	USG 4D	2017	Poli Keb RJ	Baik
8	USG 2D	2003	Radiologi	Baik

6. Evaluasi IKU

Evaluasi Kinerja BLU dan hambatan Pada RSB periode sebelumnya (2020-2024).

Indikator Kinerja Utama (IKU) tahun 2020 sd 2022 terdapat 22 IKU. Dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2023 bertambah dari IKU direktif Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan menjadi 55 IKU. Dari 55 (lima Puluh Lima) KPI sasaran strategis, terdapat 46 (empat puluh enam) KPI yang telah mencapai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan, namun juga terdapat 9 (sembilan) KPI yang belum mencapai target yaitu Persentase kenaikan revenue Rumah Sakit, Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU, Persentase nilai EBITDA Margin serta Waktu tunggu rawat jalan

IKU dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2024, dari 35 (tiga puluh lima) KPI sasaran strategis, terdapat 21 (dua puluh satu) KPI yang telah mencapai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan, namun juga terdapat 14 (empat belas) KPI yang belum mencapai target yaitu Persentase pertumbuhan rujukan deteksi dini kanker, Persentase pertumbuhan kunjungan deteksi dini kanker, Persentase jumlah pendidik klinis yang sesuai standar, Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegarsi (SISRUTE) rumah sakit UPT vertical, Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN, RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional, Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien, Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik, Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory), % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU, Persentase nilai EBITDA Margin.

Faktor utama penyebab tidak tercapainya target Indikator Kinerja Utama pada tahun 2024 adalah :

1. Persentase pertumbuhan rujukan deteksi dini kanker dan Persentase pertumbuhan kunjungan deteksi dini kanker tidak tercapai disebabkan tidak ada pasien rujukan atau kunjungan deteksi dini kanker pada tahun 2024
2. Persentase jumlah pendidik klinis yang sesuai standar, Dari 52 (lima puluh dua) jumlah tenaga pendidik klinis/dosen, terdapat 26 orang telah mendapat pelatihan Clinical Training (CT) untuk memberikan pendidikan kepada mahasiswa.
3. Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegarsi (SISRUTE) rumah sakit UPT vertical belum mencapai target karena pada bulan Januari terdapat 1 rujukan yang mendapat respon lebih dari 60 menit.
4. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN tidak mencapai target dikarenakan terjadi penurunan kunjungan pasien non JKN pada tahun 2024.
5. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional belum bisa di realisasikan pada tahun 2024.
6. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien tidak mencapai target karena capaian WTRJ tanpa pemeriksaan penunjang masih dibawah target, hal ini disebabkan masih ada DPJP yang belum datang sesuai jam pelayanan di poliklinik.
7. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik tidak mencapai target hal ini dikarenakan Rasio kas di rentang standar (180-360) yaitu : 314,07% dengan skor 100 dan POBO dibawah nilai standar (<45% atau <65%) yaitu : 41,56%.
8. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal tidak tercapai karena terdapat ruangan pelayanan yang sudah disiapkan tetapi belum operasional dikarenakan menunggu penyediaan alat kesehatan yang akan didapat dari SHIREN.
9. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar belum tercapai karena Penginputan alat yang sudah dikalibrasi belum semuanya oleh pihak Ketiga.
10. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target belum tercapai Hal ini disebabkan realisasi capaian 2 indikator yang tidak mencapai target yang sudah ditetapkan pada tahun 2024 yaitu : indikator WTRJ dari januari s.d desember 2024 dan indikator kepatuhan waktu visite dokter dari oktober s.d desember 2024.

11. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan belum tercapai Hal ini disebabkan terdapat 2 rekomendasi yang belum ditindaklanjuti.
12. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU belum tercapai disebabkan Realisasi belanja BLU menyesuaikan dengan realisasi pendapatan BLU agar tidak terjadi defisit pada kas BLU.
13. Persentase nilai EBITDA Margin : tidak tercapai. Hal ini disebabkan masih rendahnya pendapatan RS. Nilai EBITDA negatif menggambarkan bahwa RS masih belum mampu membiayai kegiatan operasional secara penuh, dan masih dibutuhkan subsidi dari APBN untuk pembiayaan belanja operasional, termasuk belanja pegawai.

Realisasi anggaran Belanja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin tahun anggaran 2024 adalah sebesar Rp. 79.684.822.405,- atau mencapai 93.80% dari total pagu sebesar Rp 84.951.804.000,-. Realisasi pendapatan BLU Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin Tahun anggaran 2024 adalah sebesar Rp. 34.170.820.316 atau 109,52% dari target pendapatan sebesar Rp. 31,200,000,000,-.

Dalam upaya mencapai target-target KPI Rencana Strategis Bisnis 2020-2024 Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin, maka dilaksanakan kegiatan-kegiatan yang menjadi bagian dari program strategis Rumah Sakit pelaksanaan tupoksi Rumah Sakit. Adapun upaya - upaya /saran yang harus dilakukan untuk mencapai target menuju visi Rumah Sakit sebagai berikut :

- a) Menambah dan meningkatkan jenis pelayanan dengan membuka layanan Onkologi, deteksi dini kanker, kemoterapi dan haemodialisa serta melaksanakan lanjutan pembangunan gedung pelayanan terpadu, meningkatkan sarana penunjang yang canggih
- b) Meningkatkan kegiatan promosi pelayanan kesehatan dengan *stakeholder* internal dan eksternal terkait layanan deteksi dini kanker yang dimiliki oleh RS.
- c) Meningkatkan kerjasama dan jejaring dengan institusi pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian, koordinasi dengan FKTP dan BPJS Kesehatan terkait rujukan pasien.
- d) Meningkatkan jumlah dan kompetensi SDM sesuai pengembangan dan peningkatan pelayanan.
- e) Melakukan sosialisasi secara terus menerus dan promosi kegiatan pelayanan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdulah Banyuasin kepada masyarakat sekitar dalam

rangka meningkatkan kunjungan serta meningkatkan akses masyarakat agar lebih mudah mendapatkan layanan ke rumah sakit.

- f) Meningkatkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis dalam rangka meningkatkan proses bisnis internal serta manajemen risiko.
- g) Optimalisasi aset Rumah Sakit.
- h) Membangun sistem informasi dalam pelayanan dengan membangun Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) secara terintegrasi guna menjamin ketersediaan dan kehandalan data pelayanan.
- i) Meningkatkan kerjasama dengan perusahaan sekitar dan asuransi kesehatan.
- j) Meningkatkan tata kelola keuangan dalam hal pelaksanaan anggaran.
- k) Transformasi budaya organisasi berkelanjutan.
- l) Berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan KEMENKES RI terkait tindaklanjut Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK.

Di harapkan dengan upaya-upaya tersebut dapat meningkatkan kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah Banyuasin.

B. Analisis SWOT

Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya merepresentasikan berbagai faktor eksternal yang dinilai sebagian tidak sepenuhnya bisa dikendalikan dan bahkan sebagian sisa lainnya di luar kendali Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah dan berbagai faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah dalam rangka mewujudkan visi organisasinya. Faktor eksternal direpresentasikan dalam analisis SWOT melalui Kesempatan (*Opportunities*) dan ancaman (*Threats*), sedangkan Kekuatan (*Strengths*) dan Kelemahan (*Weaknesses*) merepresentasikan faktor internal Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah. Berikut ini disajikan analisis faktor eksternal dan internal yang dinilai faktor-faktor Kesempatan dan Ancaman serta Kekuatan dan Kelemahan dalam mewujudkan visi periode 2025-2029.

1. Analisis SWOT

Tabel 2.6 Analisis SWOT

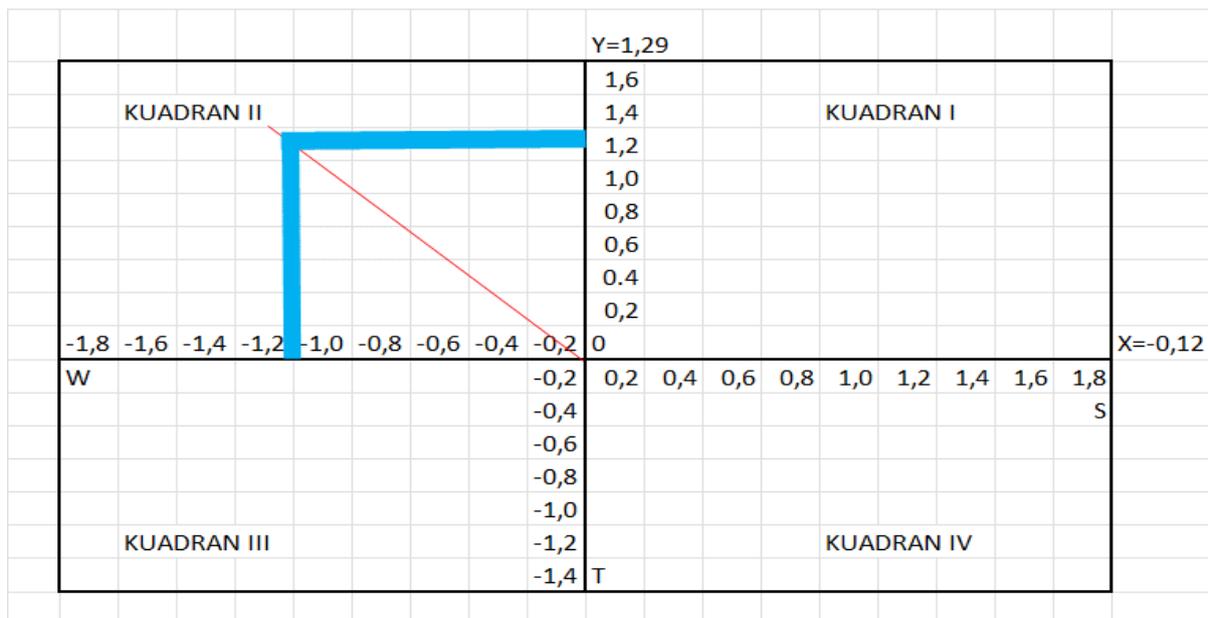
No	PELUANG	No	ANCAMAN
1	Terdapatnya dukungan pemenuhan KJSU-KIA dari pemerintah pusat, terdapat dukungan anggaran dari pemerintah pusat (RM)	1	Terdapatnya Rumah Sakit kompetitor di wilayah kerja yang sama, yaitu RS Pertamina, RS Muhammadiyah, RS Bunda Jakabaring dan RS Hermina Jakabaring.
2	Adanya JKN bagi seluruh rakyat Indonesia, kebijakan KRIS serta penyesuaian tarif INA-CBGs	2	Minimnya anggaran dari pemerintah pusat
3	Tingginya kasus penyakit Onkologi di Indonesia khususnya Sumatera bagian Selatan.	3	Adanya tingkat penghasilan yang lebih besar bagi tenaga medis di RS lain
4	Ada 2 akses ke RS (melalui jalur sungai dan darat), yang dapat dikembangkan menjadi Wisata medis	4	Keterlambatan pembayaran piutang dari pihak ketiga
5	Memperluas kerjasama dengan asuransi	5	Tingkat kepadatan penduduk sekitar RS masih rendah
6	Memperluas kerjasama dengan industri melalui skema cost sharing	6	Terbatasnya akses transportasi umum ke Rumah Sakit Rivai Abdullah
7	Pengembangan riset melalui kerjasama dengan institusi pendidikan.	7	Infrastruktur umum menuju RS kurang mendukung
8	Tuntutan (ekspektasi) masyarakat terhadap pelayanan RS yang berkualitas	8	Posisi RS tidak strategis terutama dalam hal rujukan pasien dari wilayah Plaju Palembang.
No	KEKUATAN	No	KELEMAHAN
1	Tenaga medis yang kompeten.	1	Pendapatan dan profitabilitas RS yang masih rendah
2	Tersedianya lahan yang luas yaitu 27,5 Ha dan didekat sungai Musi sehingga cocok untuk wisata medis khususnya untuk pengembangan layanan yang paliatif	2	Kurangnya sarana dan prasarana medis khusus untuk menunjang pengembangan layanan kanker, jantung, stroke, uronefropati & kesehatan ibu dan anak (KJSU & KIA)
3	Mampu memberikan pelayanan kesehatan berkualitas yang terakreditasi Paripurna oleh KARS.	3	Sarana dan prasarana non medis yang kurang memadai (bangunan RS, jalan akses ke RS, dermaga)
4	Menerapkan pengelolaan keuangan BLU	4	Kurangnya Tenaga Medis Sub spesialis untuk menunjang pengembangan layanan jantung, stroke, uronefropati & kebutuhan ibu dan anak (JSU & KIA)
5	Sarana dan Prasarana medis untuk layanan existing cukup lengkap	5	Sistem reward dan konsekuensi berbasis kinerja belum berjalan dengan baik
6	Institusi Pelayanan Diklat sudah terakreditasi Kategori A	6	Promosi Layanan RS belum Optimal
7	Telah terakreditasi sebagai RS Pendidikan	7	Keterbatasan anggaran dan kemampuan SDM dalam pengembangan IT
8	Memiliki SDM dengan budaya kerja berAKHLAK	8	Masih rendahnya budaya kerja pegawai RS
9	Menjadi RS jejaring AHS FK UNSRI dan institusi pendidikan lainnya		
10	Sudah memiliki pengembangan onkologi sesuai dengan Masterplan		
11	Adanya Kerjasama sister hospital dengan RSMH Palembang		
12	Penguatan kerjasama lintas sektora untuk pelayanan wisata medis (dinas pariwisata, travel agent, dll) tambahan		

2. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis

Berdasarkan hasil perhitungan Pembobotan Hasil Analisis SWOT (terlampir), posisi bersaing Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah untuk periode tahun 2025 – 2029 berada di kuadran 2 pada diagram kartesius (lihat gambar 1). Dalam hal ini, skor nilai kelemahan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah masih lebih besar dibandingkan dengan skor nilai kekuatan. Kondisi ini mengindikasikan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah bahwa strategi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah perlu untuk memfokuskan pada penguatan mutu kelembagaan internal sebagai arah strategis yang ditekankan dalam mewujudkan visinya hingga tahun 2029. Kemudian apabila dilihat dari sisi eksternal, nilai kesempatan atau peluang Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah lebih besar dibandingkan dengan nilai ancamannya. Hal tersebut membuat strategi yang dapat ditempuh ialah dengan penguatan mutu kelembagaan internal untuk meraih peluang.

Gambar 2.1

DiagramKartesius



C. Inisiatif Strategis

Berdasarkan posisi bersaing Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah untuk periode tahun 2025 – 2029, maka analisa TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaannya. Berikut disajikan hasil analisa TOWS (Tabel 3). Setiap sel matriks TOWS diisi oleh sasaran strategi yang menunjukkan prioritas strategis yang dipilih oleh Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah pada kurun waktu tahun 2025 – 2029 dalam menghadapi salah satu dari 4 (empat) keadaan berikut:

1. Memanfaatkan strength tertentu untuk menghadapi suatu threat.
2. Memanfaatkan strength tertentu untuk menggapai opportunity.

3. Meminimalisi atau meniadakan weakness tertentu dengan menghadapi threat tertentu.
4. Meminimalisi atau meniadakan weakness tertentu dengan memanfaatkan opportunity tertentu.
5. Berdasarkan analisis SWOT dilakukan analisa TOWS untuk menemukan strategi yang sesuai yang akan menjadi inisiatif strategis.

Tabel 2.7

Inisiatif Strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB)

RSUP Dr. Rivai Abdullah Tahun 2025-2029

	KEKUATAN / STRENGTH (S)	KELEMAHAN / WEAKNESS (W)
	SO	WO
PELUANG / OPPORTUNITY (O)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya jejaring kerjasama rujukan onkologi ke Rumah Sakit. 2. Terwujudnya sarana prasarana untuk kebutuhan onkologi yang sudah memiliki tenaga medis yang kompeten. 3. Terwujudnya kerjasama dengan institusi pendidikan terkait pelayanan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat. 4. Terwujudnya upaya promosi rumah sakit ke masyarakat. 5. Terwujudnya Optimalisasi Lahan dan mengembangkan wisata medis. 6. Terwujudnya pemanfaatan kerjasama baik dengan asuransi dan industri. 7. Terselenggaranya pelayanan wisata medis secara paripurna. 8. Terwujudnya rancangan/usulan regulasi terkait pembayaran kepada pihak External untuk mendapatkan jasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya peningkatan customer experience. 2. Terwujudnya peningkatan pendapatan dan profitabilitas RS. 3. Terwujudnya peningkatan pendanaan dari pihak ketiga. 4. Terwujudnya peningkatan business unit berupa FKTP ke lokasi yang lebih strategis. 5. Terwujudnya peningkatan budaya kerja ber-AKHLAK. 6. Terwujudnya Pengenalan dokter spesialis melalui media sosial terkait pelayanan wisata medis. 7. Terwujudnya penyampaian permasalahan terkait pemberian jasa kepada pihak eksternal dalam pelayanan wisata medis kepada Kementerian Kesehatan
	ST	WT
ANCAMAN / THREAT (T)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya jejaring kerjasama rujukan onkologi ke Rumah Sakit. 2. Terwujudnya peningkatan pemanfaatan kerjasama baik dengan asuransi dan industri. 3. Terwujudnya pemenuhan sarana prasarana untuk kebutuhan onkologi yang sudah memiliki tenaga medis yang kompeten 4. Terwujudnya Peningkatan kompetensi dan budaya kerja SDM dalam mendukung pelayanan KJSU-KIA 5. Terwujudnya Branding dan marketing pelayanan wisata medis belum optimal dalam menjaring pelanggan 6. Terwujudnya penyampaian kepada pihak pemerintah daerah untuk memberikan fasilitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya peningkatan pendapatan dan profitabilitas Rumah Sakit. 2. Terwujudnya peningkatan pendanaan dari pihak ketiga. 3. Terwujudnya Peningkatan kompetensi dan budaya kerja SDM dalam mendukung pelayanan KJSU-KIA 4. Terwujudnya peningkatan upaya pemasaran dan company branding. 5. Terwujudnya Optimalisasi system IT RS yang terintegrasi 6. Terwujudnya Pengenalan dokter spesialis melalui media sosial terkait pelayanan wisata medis 7. Terwujudnya Mencari alternatif lain dalam pelayanan wisata medis dengan pihak eksternal

Tabel 2.8

KPI Organisasi / Indikator Kinerja Utama (IKU)

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	No	KPI/IKU	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61-88.3)	Baik (76.61-88.3)	Baik (76.61-88.3)	Sangat Baik (88.31-100)	Sangat Baik (88.31-100)
	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	57,50%	65%	72,50%	80%
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5	Skor BLU Maturity Rating	level 2	level 2	level 2	level 2	Level 3
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	6	<i>Bed occupany rate</i> (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	<1.‰ for all infections				
		8	% Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%

	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	9	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	20%	30%	40%	50%
<i>Learning & growth</i>	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61-88.3)	Puas (76.61-88.3)	Puas (76.61-88.3)	Sangat Puas (88.31-100)	Sangat Puas (88.31-100)
		11	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%	73,75%	77,50%	81,25%	85%
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	2%	2%	3%

Key Performance Indicator (KPI) Organisasi / Indikator Kinerja Utama (IKU) ini merupakan penilaian kinerja untuk Rumah Sakit yang nantinya akan diteruskan dengan Perjanjian Kontrak Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan (Definisi Operasional dan formula yang komprehensif terlampir). Selanjutnya KPI akan di *cascading* ke Level Direksi yaitu Inisiatif strategis dijabarkan dalam KPI inisiatif strategis RSUP dr. Rivai Abdullah (Definisi Operasional dan formula yang komprehensif terlampir). Kemudian di *cascading* lagi ke level manager baik manager tim kerja, Kepala Instalasi, Ketua Komite dan Ketua SPI yang disebut dengan KPI program strategis (Terlampir). IKU tahun 2025 - 2029 sebanyak 12 indikator yang diterjemahkan dari 10 sasaran strategis dan empat pilar strategis dan nilai penggerak dan dapat ditambah setiap tahunnya sesuai dengan ketentuan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan atau yang disebut dengan indikator direktif. Untuk Indikator Kinerja Utama (IKU) dan indikator direktif tersebut akan didokumentasikan dalam Perjanjian Kinerja setiap tahun antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

BAB III

RENSTRA BISNIS 5 TAHUN

A. Program Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan berkomitmen melakukan transformasi system Kesehatan Indonesia.

Ada 6 pilar transformasi penopang system Kesehatan Indonesia yaitu:

1. Transformasi Layanan Primer,
2. Transformasi Layanan Rujukan,
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan,
4. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan,
5. Transformasi SDM Kesehatan dan
6. Transformasi Teknologi Kesehatan.

RSUP dr Rivai Abdullah sebagai Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan merupakan rumah Sakit Rujukan sehingga dapat melakukan transformasi layanan rujukan dengan meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier, pengembangan jejaring layanan penyakit prioritas, perbaikan tata Kelola rumah sakit pemerintah.

B. Strategi Bisnis BLU

Terdapat 22 Strategis Bisnis BLU atau inisiatif strategis Rumah Sakit dr. Rivai Abdullah adalah memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung, memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD, mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien, menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring, mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset, meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional, menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi, menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi, menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue, meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM), meningkatkan utilisasi bed rawat inap, meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV, meningkatkan produktivitas ruang OK RSV, melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya, penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway, meningkatkan mutu layanan unggulan. Inisiatif strategis ini akan menjadi KPI direksi yang disebut dengan KPI inisiatif strategis.

C. Kegiatan dan indikator

Dari inisiatif strategis diturunkan ke program strategis yang terdiri dari beberapa kegiatan dan indikator yang akan dilakukan. Program strategis akan menjadi KPI program strategis yang merupakan KPI dari manajer, kepala instalasi, ketua komite, ketua SPI, dan jabatan lainnya yang ditetapkan oleh Direktur Utama rumah sakit. Untuk mencapai program strategis dilakukan beberapa kegiatan antara lain yang berkaitan dengan Layanan, Keuangan, SDM, Sarana dan Prasarana, Inovasi, dan Investasi setiap kegiatan telah mencantumkan indikator/target capaian sebagai berikut (terlampir).

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Rumah Sakit menetapkan arah dan prioritas strategis dengan visi (sasaran strategis) “RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan” yang akan dicapai melalui 6 Misi dengan Tata Nilai BerAKHLAK dengan Core values BerAKHLAK tersebut difokuskan pada tiga tema perubahan budaya yaitu: Eksekusi Efektif (*Effective Execution*), Cara Kerja Baru (*New Ways of Working*), dan Pelayanan Unggul (*Service excellence*).

Dari hasil analisa internal dan eksternal, formulasi matrik TOWS serta rancangan Visi dan Misi tersebut Rumah Sakit menetapkan 10 Sasaran Strategis dan 12 Indikator Kinerja Utama (IKU). Dengan tersusunnya Rencana Strategis Bisnis tersebut, maka dapat menjadi acuan bagi penyusunan Rencana Bisnis Anggaran dan sasaran kerja program kerja tiap unit kerja, menjadi acuan dalam membuat dan menyampaikan laporan pertanggungjawaban, sehingga akuntabilitas menjadi lebih jelas dalam menetapkan strategi pencapaian dan sasaran kerja.

Strategi mutu yang akan ditempuh adalah menggunakan stabilitas dan konsolidasi institusi yaitu dengan memperbaiki / menyempurnakan semua pelayanan yang masih lemah dan mendorong terus unit pelayanan yang sudah baik mulai tahun 2025-2029 serta mendorong adanya inovasi-inovasi baru di masing-masing unit kerja. RSUP dr. Rivai Abdullah Banyuasin turut mendukung Kebijakan Kementerian Kesehatan untuk menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan transformasi bidang kesehatan. Terdapat enam pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, yaitu: Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan dan Transformasi Teknologi Kesehatan.

RSUP dr. Rivai Abdullah Banyuasin juga turut mendukung Kebijakan Kementerian Kesehatan yaitu tiga pilar utama strategi dan transformasi yang terdiri dari:

1. Layanan terbaik level Asia: Perbaikan Pengalaman Pasien, Peningkatan kualitas pemberi layanan, Peningkatan mutu layanan klinis, Peningkatan tata Kelola RS, Layanan unggulan
2. Pengampu Nasional: Pengampuan Kanker, Pengampuan Jantung, Pengampuan Stroke, Pengampuan Urologi, Pengampuan KIA, Pengampuan Lainnya.

3. Pengembangan Riset: Pengembangan *Clinical Research*

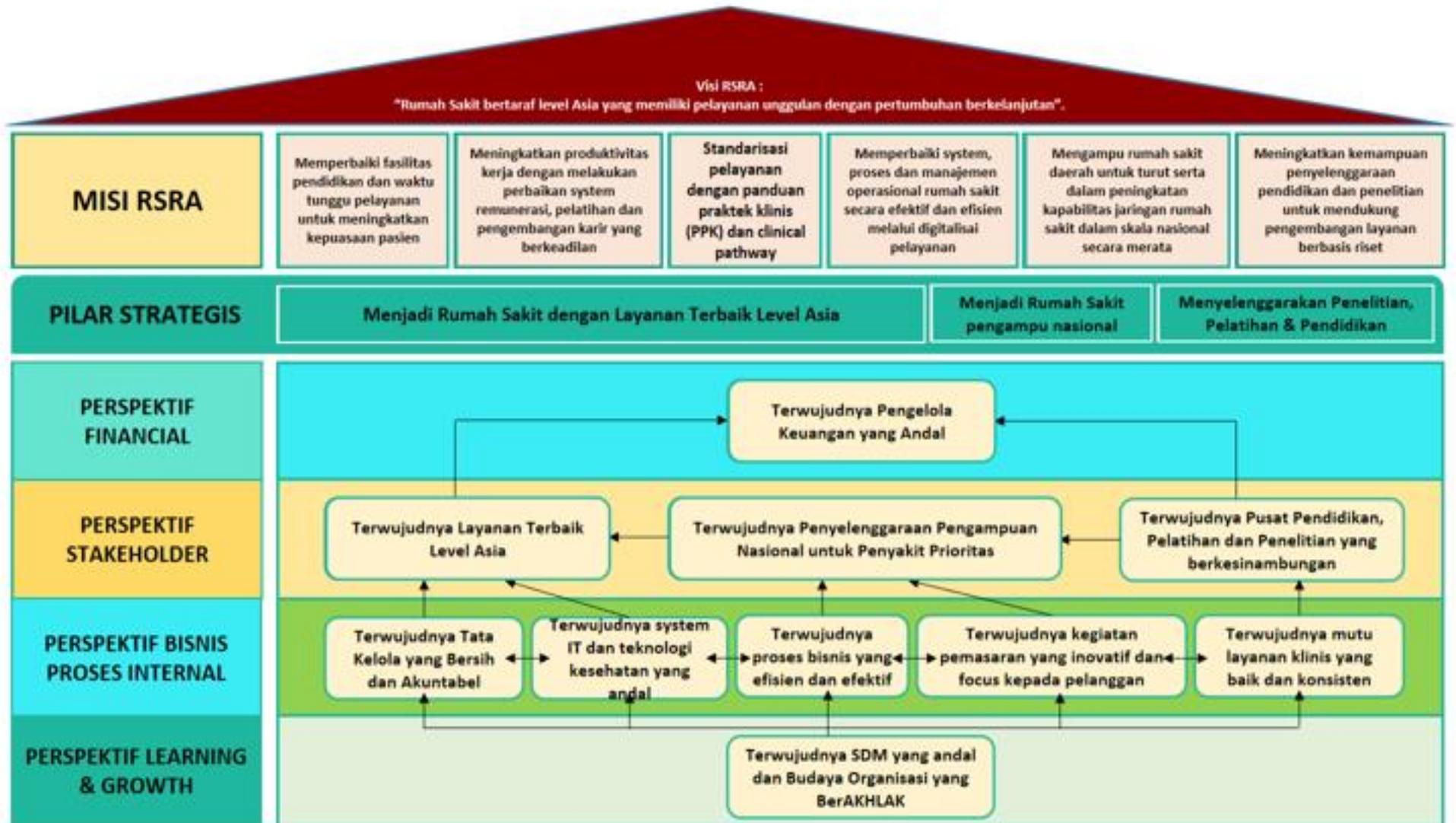
Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk dan hidayah-Nya kepada kita semua dalam rangka meningkatkan kinerja demi tercapainya Visi dan Misi yang telah ditetapkan.

B. Saran

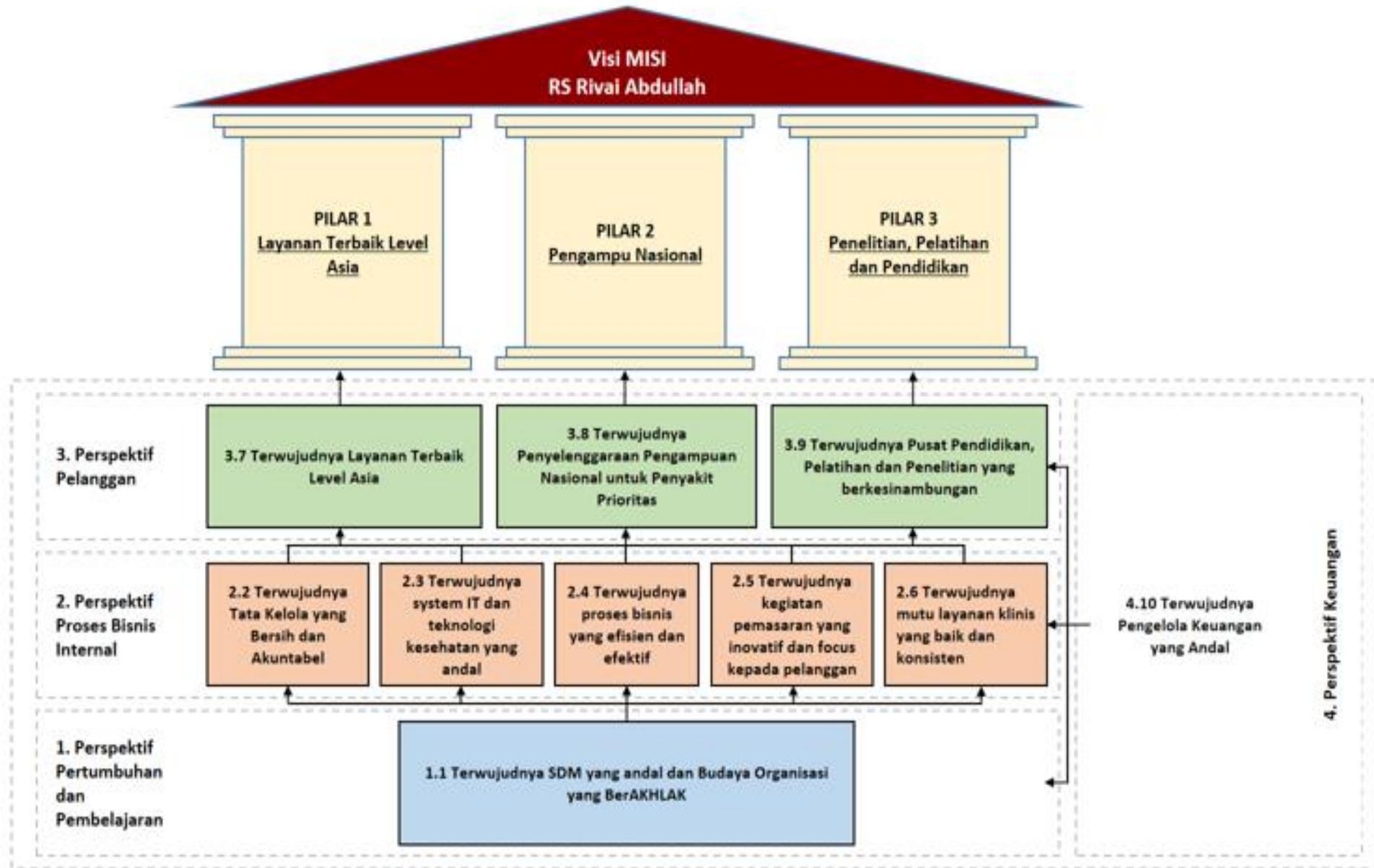
1. Dukungan anggaran baik RM, PHLN ataupun lainnya untuk Pembangunan Gedung Onkologi terpadu dan sarana prasarana penunjang lainnya yang merupakan layanan unggulan RSUP dr. Rivai Abdullah Banyuasin sesuai dengan masterplan
2. Sumber Daya Manusia adalah motor penggerak segala perubahan, oleh karena itu upaya pembinaan, peningkatan motivasi, kuantitas, kualitas dan semangat kerja pegawai harus terus ditingkatkan untuk menjamin terlaksananya seluruh sasaran strategis yang ditetapkan.
3. Meningkatkan upaya pemasaran pada seluruh *stakeholder* terkait baik internal maupun eksternal melalui kegiatan sosialisasi, peningkatan pengetahuan masyarakat dan peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.

LAMPIRAN:

A. Peta strategis



B. Balance Score Card (BSC)



C. Definisi Operasional dan Formula lengkap KPI/IKU Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Rivai Abdullah Banyuasin

KPI 1: Target EBITDA Margin

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
1	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	<ul style="list-style-type: none"> EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit. Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. Pengelompokkan RS dapat berubah sewaktu- waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022. 	$\frac{\text{EBITDA} \div \text{Pendapatan Operasional Netto}}{100\%} \times 100\%$	<p>Tahun 1 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1%</p> <p>Tahun 2 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1%</p> <p>Tahun 3 Cluster 1: 15% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2%</p> <p>Tahun 4 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2%</p> <p>Tahun 5 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 3%</p>
			*) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024		

KPI 2: Skor kepuasan pelanggan

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
2	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.	Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1)/(Jumlah\ Unsur)$	Tahun 1- Tahun 3: Baik
			Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien.		Tahun 4- Tahun 5: Sangat Baik
			Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinik; • Rawat inap; • IGD; dan • Laboratorium 		
			Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)		
			Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana		
			Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.	Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	
			Metode Pelaksanaan		
			Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara		

		<p>elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p> <p>Metode pengolahan data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung Nilai Pencapaian untuk Satu Unsur <ul style="list-style-type: none"> • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) 2. Menghitung Kepuasan Pasien di Satu Unit <ul style="list-style-type: none"> • Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit 3. Menghitung Kepuasan Pasien di RS <ul style="list-style-type: none"> • Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di RS • Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh RS dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh RS 		
--	--	---	--	--

*Contoh draf pertanyaan survei kepuasan pasien terdapat di lampiran 1. Tabel Konversi Nilai Kepuasan

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)
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

KPI 3: Pengampuhan Pelayanan Prioritas

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
3.	Mendukung pengampuhan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	<ul style="list-style-type: none"> Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu. Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak. 	$\left(\frac{\text{rumah sakit yang berhasil diampu}}{\text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}} \right) \times 100\%$	Tahun 1: 50% Tahun 2: 57,5% Tahun 3: 65% Tahun 4: 72.5% Tahun 5: 80%

KPI 4 : Target Pendapatan Penelitian

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
4	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	<ul style="list-style-type: none"> Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN. Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya. 	$\left(\frac{\text{total pendapatan dari semua penelitian CRU}}{\text{total Pendapatan Operasional}} \right) \times 100\%$	<p>Tahun 1-5 RS Pendidikan Utama: 2% tiap tahun</p> <p>RS Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun</p>

KPI 5: Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	<p>Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i>.</p> <p>Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persentase integrasi RME ke SatuSehat¹ (W: 20%) Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%) Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>² : (W: 20%) Persentase integrasi <i>Human Resources Information System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS³: (W: 20%) Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS⁴: (W: 20%) <p>Catatan:</p> <p>¹Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat</p> <p>²Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Inventori</p> <p>³Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem</p>	$(\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW))$ <p>* W = weight/bobot</p>	<p>Tahun 1: 25%</p> <p>Tahun 2: 50%</p> <p>Tahun 3: 75%</p> <p>Tahun 4: 90%</p> <p>Tahun 5: 100%</p>

			<p>remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan “<i>Back Office</i>” dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan SDM/HRD</p> <p>⁴Sistem <i>finance</i> terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan “<i>Back Office</i>” dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK</p>		
--	--	--	--	--	--

KPI 6: BLU Maturity Rating Score

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	<p>RSV mengukur BLU <i>Maturity Rating</i> merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU <i>Service and Governance Maturity Rating</i> (BLUSmart)</p> <p>9. <i>Result Based</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. Pada <i>result based</i> aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. <p>B. <i>Process Based</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing- masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. Pada <i>process based</i> aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas: <i>Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing</i> Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU 	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	<p>Merujuk kepada Target Matrat RPJMN 2025-2029*</p> <p>*Terdapat di lampiran 3.</p>

KPI 6: BLU *Maturity Rating Score* mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021 dengan target yang telah disesuaikan

RUMAH SAKIT	Baseline (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUP Dr. Ben Mboi	-	-	-	-	Level 2	Level 2
RSUP Fatmawati	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Johannes Leimena	-	Level 2				
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	3.33	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Dr. Kariadi	4.18	Level 4				
RSUP Dr. M. Djamil	3.94	Level 4				
RSUP Dr. Moh. Hoesin	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	3.48	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Persahabatan	3.77	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP dr. Rivai Abdullah	2.77	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	4.08	Level 4				
RSUP H. Adam Malik	3.72	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Hasan Sadikin	3.60	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sardjito	4.23	Level 4				
RSUP Dr. Sitanala	3.20	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3.68	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Surakarta	3.65	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3.16	Level 3				

RUMAH SAKIT	Baseline (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Mata Cicendo	3.35	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Mata Makassar	2.73	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Otak Drs.M. Hatta	3.43	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Anak Bunda Harapan Kita	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Marzoeqi Mahdi	3.27	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soeharto Heerdjan	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soerojo	3.19	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Jantung Pembuluh Darah Harapan Kita	3.98	Level 4				
RS Kanker Dharmais	3.64	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Ketergantungan Obat	3.49	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	3.69	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Paru Ario Wirawan	3.31	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3.71	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Paru Dr. Rotinsulu	3.40	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3.08	Level 3				

KPI 7: Bed Occupancy Rate (BOR)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	<i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	$[\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode)}] \times 100\%$	Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70%

KPI 8: Pengukuran Healthcare Associate Infection (HAIs)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
8	Memberikan pelayanan berkualitas	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	<i>Surveillance HAIs</i> merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.	A: \sum insiden CAUTI B: \sum insiden VAP C: \sum insiden CLABSI D: \sum insiden SSI	Tahun 1- Tahun 5: A: < 1.0 ‰ B: < 1.0 ‰ C: < 1.0 ‰
			Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi: A. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>) B. VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>) C. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU D. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) – dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau <i>Total Hip Replacement</i>), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara	A. $(\text{jumlah kasus CAUTI1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap}) \times 1.000 \text{ catheter urinary-days}$ B. $(\text{jumlah kasus VAP1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian ventilator}) \times 1.000 \text{ ventilator days}$ C. $(\text{jumlah kasus CLABSI1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral}) \times 1.000 \text{ central-days}$ D. $(\text{jumlah kasus SSI1} \div \text{jumlah tindakan operasi}) \times 100$	D: < 1.0 ‰
			*) Sumber: Definisi Operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024	1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)	

KPI 9 : % standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya.	$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = \frac{\text{Jumlah Indikator Tercapai}}{\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS}} \times 100\%$	Tahun 1 — Tahun 5: 80%
			Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut:		
			<ul style="list-style-type: none"> • Layanan Stroke • Layanan Kanker • Layanan Jantung • Layanan Urologi • Layanan Kesehatan Ibu dan Anak • Layanan Respirasi • Layanan Diabetes Mellitus • Layanan Gastrohepatologi • Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi 		

Evaluasi indikator klinis akan menggunakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan RSV sebagai berikut:

Inisiatif	Indikator		Target
Layanan Stroke	1	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	> 80%
	2	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	> 80%
	3	Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari	> 80%
	4	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	> 90%
Layanan Kanker	1	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%
	2	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (<i>One Day Care</i>) dgn CP	> 80%
	3	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%
	4	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca- Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%
Layanan Jantung	1	" <i>Door to Balloon</i> " Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%
	2	Terapi Fibrinolitik: " <i>door to needle</i> " ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%
	3	Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%
	4	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%

Layanan Uronefrologi	1	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%
	2	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis pada Pasien PGTA yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%
	3	Pencapaian Pasien CAPD Dibandingkan Seluruh Pasien yang Menjalani Dialisis	> 3%
	4	<i>Stone Free Rate</i> Tindakan PCNL batu non-staghorn	> 80%
	5	<i>Stone Free Rate</i> Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%
	6	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%
Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	> 80%
	2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	> 90%
	3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	< 10%
	4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	<1%
Layanan Respirasi	1	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%
	2	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%
	3	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%
	4	Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%
Layanan Diabetes Mellitus	1	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C	↑ 20%

	2	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	↑ 20%
	3	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	↑ 20%
	4	Skrining Komplikasi Mikrovaskular	↑ 50%
	5	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM	↑ 20%
	6	Peningkatan >20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak & remaja	↑ 20%
	7	Peningkatan >20% proporsi anak & remaja dgn diabetes yg melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	↑ 20%
	8	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	< 20%
	9	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %	< 5 %
Layanan Gastrohepatologi	1	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	> 20%
	2	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami <i>early rebleeding</i> (24 jam) paska endoskopi hemostatik	> 80%
	3	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	> 80%
Layanan Kesehatan Jiwa	1	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia	> 60%
	2	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	> 70%

	3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safewards</i> dan <i>WHO-Quality Right</i>	> 80%
	4	Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis <i>Safewards</i> dan <i>WHO-Quality Right</i>	> 80%
Layanan PINERE	1	Kecepatan penanganan gawat darurat (<i>Emergency Respond Time</i>) <i>Severe Acute Respiratory Infection</i> (SARI) <15 menit	> 80%
	2	Pelayanan Pasien Diferi Sesuai dengan Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	> 80%
Layanan Mata	1	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	< 1,2%
	2	Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	< 1%
	3	Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	>80%
Layanan Ortopedi	1	Pasien fraktur terbuka dengan <i>emergency respond time 2</i> < 120 menit	> 60%
	2	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	< 2%
	3	Waktu tunggu operasi urgen	> 80%

KPI 10: Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	%pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	<ul style="list-style-type: none"> Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokkan yang merujuk kepada Permenkes_No. 26 Tahun 2022 	$\frac{\text{Pendapatan non-JKN} : \text{total}}{\text{Pendapatan Operasional}} \times 100\%$	<p>Tahun 1 Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS</p> <p>Tahun 2 Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS</p> <p>Tahun 3 Cluster 1: 50% Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS</p> <p>Tahun 4 Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: Ditentukan oleh RS</p> <p>Tahun 5 Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: 50%</p>

KPI 11: Pengukuran Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
	Memungkinkan Budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Skor Tingkat kepuasan pegawai	<p>Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.</p> <p>Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit.</p> <p>Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.</p> <p>Unsur Survei Kepuasan Pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit <p>Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.</p>	<p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1) / (\text{Jumlah Unsur})$</p> <p>Nilai Survei Kepuasan = $(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur} / \text{Total Unsur yang Terisi}) \times \text{Nilai Penimbang}$</p> <p>Konversi Nilai Survei Kepuasan = $\text{Nilai Survei Kepuasan} \times 25$</p> <p>Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p>	<p>Tahun 1 - Tahun 3: Puas</p> <p>Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Puas</p>

			<p>Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p>		
--	--	--	--	--	--

KPI 12: Pengukuran *Training Effectiveness No. (TEI)*

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan Bagi tenaga kesehatan	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	<p><i>Training Effectiveness Index (TEI)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan 	<p>TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit</p>	<p>Tahun 1: 70% Tahun 2: 73.75% Tahun 3: 77.5% Tahun 4: 81.25% Tahun 5: 85%</p>

D.KPI Inisiatif Startegis

NO	Inisiatif Strategis	NO	KPI Inisiatif Strategis (L2)
1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	1	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien
2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	2	% capaian waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit
		3	% capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang
		4	% capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit
		5	% pembatalan waktu operasi elektif
		6	% capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤ 60 menit
		7	% Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit
		8	% capaian waktu pelayanan IGD ≤ 4 jam
3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	9	% pengurangan jumlah keluhan pasien
		10	Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis
4	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	11	% rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampuan sesuai dengan target dari RS pengampu
5	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	12	% riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis

6	Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	13	Jumlah penelitian translasional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional
7	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	14	% pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan <i>medical record</i>
8	Menerapkan digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	15	Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover)
9	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	16	% nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn
10	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	17	Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek finansial
		18	Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek pelayanan dan TQM
11	Meningkatkan utilisasi <i>bed</i> rawat inap	19	# <i>Bed turnover</i> (BTO)
12	Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	20	% jumlah pasien rawat jalan
13	Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	21	utilisasi ruang OK
14	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	22	% pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)

15	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	23	Capaian indikator klinis sesuai PPK
		24	Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM)
16	Meningkatkan mutu layanan unggulan	25	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
17	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	26	% peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya
		27	% target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS
18	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	28	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap
		29	Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap
		30	Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM
19	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	31	% Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun
		32	% Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun
20	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	33	EBITDA
		34	% <i>operating margin</i>
		35	% <i>gross margin</i>
21	Memperkuat cadangan modal strategis	36	<i>net cash flow</i>
22	Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	37	Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP)

E. KPI Program strategis

NO	Program Strategis	NO	KPI Program Strategis (L3)
1	Memperbaiki fasilitas parkir	1	% zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total
		2	% keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi
2	Memperbaiki fasilitas taman	3	% ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan
		4	% keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi
3	Memperbaiki fasilitas toilet	5	% jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet
		6	% keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi
4	Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	7	Rasio ruang tunggu per pasien
		8	% keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi
5	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	9	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap
		10	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (<i>discharge</i>)
6	Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	11	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran
		12	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan
7	Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	13	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif
8	Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	14	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi

9	Memperbaiki waktu pelayanan lab	15	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil
10	Memperbaiki waktu pelayanan IGD	16	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD
11	Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i>	17	% staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i> dalam 6 bulan
12	Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	18	Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk <i>call centre</i> , Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi)
13	Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	19	% keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja
14	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	20	Jumlah kegiatan pengampuan yang dilakukan bersama RS jejaring untuk 1 jenis layanan
15	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	21	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset
16	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	22	Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan
		23	% jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi
17	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	24	% <i>Downtime rate</i> sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu <i>maintenance</i>)
		25	Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu <i>ticket</i>
18	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	26	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan
19	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	27	% data input <i>inventory</i> ke dalam sistem <i>inventory</i> digital

20	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	28	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)
21	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	29	Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i>
		30	Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i>
		31	Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i>
		32	Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i>
22	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	33	Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
		34	Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
		35	Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
		36	Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
23	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	37	<i>Average length of stay</i> (Avlos)
		38	# <i>Turnover interval</i> (TOI)
24	Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	39	% rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan
25	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	40	Jumlah pasien rawat jalan
26	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	41	Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
27	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	42	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan

28	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	43	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis
29	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	44	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan <i>clinical pathway</i>
30	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	45	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan
31	Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan	46	Jumlah PPK layanan unggulan yang di- <i>review</i> sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus, dan <i>guideline</i> organisasi profesi
32	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	47	% rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milik RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok
33	Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	48	% peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan
34	Mengembangkan layanan non-JKN	49	Pendapatan layanan non-JKN
35	Mengimplementasi pola tarif non-JKN	50	% kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan
36	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	51	% kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)
37	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	52	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap

38	Mengimplementasi pola remunerasi		% implementasi sistem remunerasi
		53	% jumlah dokter dengan produktiitas di kuadran 1
39	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	54	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun
		55	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun
40	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	56	Operating revenue
41	Mengendalikan beban terhadap pendapatan	57	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional
		58	Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional
		59	Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional
42	Menerapkan standar unit cost pelayanan	60	% penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas
43	Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala	61	% penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun)
		62	% kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGS terbaru
44	Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	63	% klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)
45	Meningkatkan likuiditas keuangan	64	Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>)
		65	Perputaran Utang (<i>Days Payable Turnover</i>)
46	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	66	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP)

47	Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	67	Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)
----	---	----	---

F. Program Strategis; Penanggung Jawab dan Target

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1)	Inisiatif Strategis	Penanggung Jawab (Direksi)	Program Strategis	Penanggung Jawab (Manajer, Kepala Instalasi, KOmite dan SPI)	TARGET FASE 1		TARGET FASE 2		TARGET FASE 3
							2025	2026	2027	2028	2029
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Memperbaiki fasilitas parkir	Manajer TU dan RT					
					Pengelolaan Komplain terhadap fasilitas Parkir	Manajer Humas Hukum dan Pemasaran, Manajer TU dan RT					
					Memperbaiki fasilitas taman	Manajer TU dan RT, Kepala Instalasi KESLING dan K3					
					Pengelolaan komplain terhadap fasilitas taman	Manajer HUMAS Hukum dan Pemasaran, kepala Instalasi KESLING dan K3					
					Memperbaiki fasilitas toilet	Kepala IPSRS					
					Pengelolaan komplain terhadap fasilitas toilet	Manajer HUMAS Hukum dan Pemasaran, Kepala IPSRS, kepala Instalasi KESLING dan K3					
					Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Manajer TU dan RT					
					Pengelolaan komplain terhadap fasilitas ruang tunggu	Manajer Humas Hukum dan Pemasaran, Manajer TU dan RT					

		% capaian waktu pemeriksaan laboratorium ≤60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Memperbaiki waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap	Kepala Instalasi Medikal Record					
					Memperbaiki waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge)	Kepala Instalasi Medikal Record					
					Memperbaiki waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran	Manajer Pelaksanaan Keuangan dan Kepala Instalasi Medikal Record					
				Direktur Medik dan Keperawatan	Memperbaiki waktu tunggu pelayanan rawat jalan	Kepala IRJ					
					Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	Kepala IBS					
					Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	Kepala Instalasi Radiologi					
					Memperbaiki waktu pelayanan lab	Kepala Instalasi Patologi Klinik					
					Memperbaiki waktu pelayanan IGD	Kepala IGD					
				Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i>	Manajer DIKLAT				
			Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien			Manajer Humas Hukum dan Pemasaran					
			Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis			Manajer Humas Hukum dan Pemasaran					

	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	Direktur Medik dan Keperawatan	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	MANAJER MEDIK						
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Manajer Perencanaan Program Anggaran dan Evaluasi, Kepala Instalasi CRU						
			Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Kepala Instalasi CRU						
					Memfasilitasi riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi	Kepala Instalasi CRU						
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi yaitu Downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance)	Kepala Instalasi SIMRS						
					Memperbaiki waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket	Kepala Instalasi SIMRS						
					Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	Kepala Instalasi SIMRS						
			Menerapkan digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	Manajer TU DAN RT, kepala instalasi SIMRS, FARMASI, dan GIZI						

			Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	Manajer TU DAN RT						
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Memastikan Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i>	MANAJER PELAKSANA KEUANGAN DAN AKUNTANSI BMN							
				Memastikan Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i>	MANAJER PELAKSANA KEUANGAN DAN AKUNTANSI BMN							
				Memastikan Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i>	MANAJER PELAKSANA KEUANGAN DAN AKUNTANSI BMN							
				Memastikan Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i>	MANAJER PELAKSANA KEUANGAN DAN AKUNTANSI BMN							
			Direktur Medik dan Keperawatan	Memastikan Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i>	MANAJER MEDIK DAN MANAJER KEPERAWATAN							
				Memastikan Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>	MANAJER MEDIK DAN MANAJER KEPERAWATAN							
				Memastikan Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>	MANAJER MEDIK DAN MANAJER KEPERAWATAN							
				Memastikan Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>	MANAJER MEDIK DAN MANAJER KEPERAWATAN							

Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupy rate (BOR)	Meningkatkan utilisasi <i>bed</i> rawat inap	Direktur Medik dan Keperawatan	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien (Average length of stay (Avlos))	MANAJER KEPERAWATAN						
				Meningkatkan efisiensi perawatan pasien Turnover interval (TOI)	MANAJER KEPERAWATAN						
				Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	MANAJER PENUNJANG DAN KEPALA IPSRS						
		Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	Direktur Medik dan Keperawatan	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	KEPALA IRJ						
		Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	Direktur Medik dan Keperawatan	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	KEPALA IBS						
		Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Manajer TU dan RT						
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Direktur Medik dan Keperawatan	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	MANAJER DIKLAT DAN MANAJER MEDIK						
	% Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup	Meningkatkan mutu layanan unggulan	Direktur Medik dan Keperawatan	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	MANAJER MEDIK, KOMITE MEDIK						
			Direktur Medik dan Keperawatan	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	MANAJER MEDIK, KOMITE MEDIK						

					Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan	MANAJER MEDIK, KOMITE MEDIK						
	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	Manajer Humas Hukum dan Pemasaran						
Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional				Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	Manajer Humas Hukum dan Pemasaran							
SELURUH DIREKSI				Mengembangkan layanan non-JKN	DIKLAT, CRU, TU DAN RT, IRJ, MCU, OK, RI, CSSD DAN LOUNDRY, JENAZAH, ICU, IGD, HD, REHAB MEDIK							
Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional				Mengimplementasi pola tarif non-JKN	KEPALA INSTALASI VERIFIKASI							
Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Direktur Medik dan Keperawatan	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	KEPALA INSTALASI: IRJ, MCU, HD						
				Direktur Medik dan Keperawatan	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	IKEPALA INSTALASI: RI, INTENSIVE,						
				Direktur Medik dan Keperawatan	Mengimplementasi pola remunerasi	MANAJER OSDM						
		Training Effectiveness Index (TEI)	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian	Memastikan Rata-rata 40 JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun	MANAJER DIKLAT						

				Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian	Memastikan Rata-rata 40 JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun	MANAJER DIKLAT					
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	MANAJER PELAKSANAAN KEUANGAN					
				Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Mengendalikan Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
				Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Mengendalikan Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
					Mengendalikan Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
					Menerapkan standar unit cost pelayanan	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
Melakukan penyelesaian review unit cost layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun)	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN										
					Melakukan kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN, MANAJER PELAKSANAAN KEUANGAN					

					Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	KEPALA INSTALASI VERIFIKASI					
			Memperkuat cadangan modal strategis	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Meningkatkan likuiditas keuangan (Perputaran Piutang (Days Receivable Turnover))	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
					Meningkatkan likuiditas keuangan (Perputaran Utang (Days Payable Turnover))	MANAJER AKUNTANSI DAN BMN					
			Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	MANAJER PELAKSANAAN KEUANGAN					
					Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	MANAJER PELAKSANAAN KEUANGAN					

G. Analisa dan Mitigasi Risiko

1. Identifikasi Risiko

Tabel Identifikasi Risiko

NO	SASARAN STRATEGIS	RISIKO
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Pengelolaan keuangan yang andal belum tercapai
2	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Layanan terbaik level Asia tidak terwujud
3	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas belum optimal
4	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan belum optimal
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel belum terwujud
6	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal belum optimal
7	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Pencapaian proses bisnis kurang efektif dan efisien
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan	Kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan belum optimal
9	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Pencapaian mutu layanan klinis yang baik dan konsisten belum optimal
10	Terwujudnya SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK	Pemenuhan SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK belum optimal

2. Penilaian Risiko

No.	Risiko	Probabilitas	Dampak	Bobot	Skala Risiko	Kode Warna
1	Pengelolaan keuangan yang andal belum tercapai	5	4	1,15	23	1
2	Layanan terbaik level Asia tidak terwujud	5	3	1,13	17	8
3	Penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas belum optimal	5	4	1,15	23	2
4	Pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan belum optimal	3	4	1,46	18	6
5	Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel belum terwujud	5	3	1,13	17	7
6	Sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal belum optimal	4	4	1,16	19	5
7	Pencapaian proses bisnis kurang efektif dan efisien	2	5	2,1	21	4
8	Kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan belum optimal	2	4	1,9	15	10
9	Pencapaian mutu layanan klinis yang baik dan konsisten belum optimal	3	5	1,47	22	3
10	Pemenuhan SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK belum optimal	2	4	1,9	15	9

Deskripsi status risiko dan level risiko dalam peta risiko menggunakan kode warna sebagai berikut:

Warna	Deskripsi Status Risiko	Level	Dimulai Dari Status Risiko
	Merah	Sangat Tinggi	5
	Kuning Tua	Tinggi	4
	Kuning Muda	Sedang	3
	Hijau	rendah	2
	Biru	Sangat Rendah	1

3. Rencana Mitigasi Risiko

No.	Risiko Sasaran Strategis	Skala Risiko	Kode Warna	Rencana Mitigasi Risiko	Penanggung Jawab/PIC
1	Pengelolaan keuangan yang andal belum tercapai	23	1	Meningkatkan Pendapatan Rumah sakit baik pelayanan maupun non pelayanan	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional
2	Layanan terbaik level Asia tidak terwujud	17	8	Meningkatkan kepuasan Pelanggan	Semua Direksi
3	Penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas belum optimal	23	2	Melaksanakan pencapaian lokus yang dikelola sesuai target	Semua Direksi
4	Pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan belum optimal	18	6	Meningkatkan pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian dan tercapainya Training Effectiveness Index	Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian
5	Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel belum terwujud	17	7	Meningkatkan nilai BLU Maturity Rating	Semua Direksi
6	Sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal belum optimal	19	5	Meningkatkan penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional
7	Pencapaian proses bisnis kurang efektif dan efisien	21	4	Meningkatkan BOR sesuai standar	Direktur Medik dan Keperawatan
8	Kegiatan pemasaran yang inovatif dan focus kepada pelanggan belum optimal	15	10	Mengupayakan Healthcare Associated Infections (HAIs) rates normal dan tercapainya standar klinis yang dipilih	Direktur Medik dan Keperawatan

9	Pencapaian mutu layanan klinis yang baik dan konsisten belum optimal	22	3	Meningkatkan pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Direktur Medik dan Keperawatan
10	Pemenuhan SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang BerAKHLAK belum optimal	15	9	Meningkatkan Skor Tingkat kepuasan pegawai	Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian

Mitigasi risiko ini mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK. 01.07/MENKES/1354/2024 Tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Kesehatan tanggal 30 Agustus 2024.

H. Analisis swot

Berikut ini disajikan analisa posisi bersaing Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah untuk periode tahun 2025 – 2029.

Pembobotan Hasil Analisis SWOT

No	PELUANG (<i>Opportunity</i>)	BOBOT	RATING	SCORE BOBOT
1	Terdapatnya dukungan pemenuhan KJSU-KIA dari pemerintah pusat, terdapat dukungan anggaran dari pemerintah pusat (RM)	0,12	3	0,36
2	Adanya JKN bagi seluruh rakyat Indonesia, kebijakan KRIS serta penyesuaian tarif INA-CBGs	0,12	3	0,36
3	Tingginya kasus penyakit Onkologi di Indonesia khususnya Sumatera bagian Selatan.	0,17	4	0,68
4	Ada 2 akses ke RS (melalui jalur sungai dan darat), yang dapat dikembangkan menjadi Wisata medis	0,17	4	0,68
5	Memperluas kerjasama dengan asuransi	0,13	3	0,39
6	Memperluas kerjasama dengan industri melalui skema cost sharing	0,15	3	0,45
7	Pengembangan riset melalui kerjasama dengan institusi pendidikan.	0,07	3	0,21
8	Tuntutan (ekspektasi) masyarakat terhadap pelayanan RS yang berkualitas	0,07	3	0,21
	Skor Faktor Peluang	1		3,34
No	ANCAMAN (<i>Threat</i>)	Bobot	Rating	SCORE BOBOT
1	Terdapatnya Rumah Sakit kompetitor di wilayah kerja yang sama	0,07	3	0,21
2	Minimnya anggaran dari pemerintah pusat	0,19	1	0,19
3	Adanya tingkat penghasilan yang lebih besar bagi tenaga medis di RS lain	0,17	3	0,51
4	Keterlambatan pembayaran piutang dari pihak ketiga	0,08	2	0,16
5	Tingkat kepadatan penduduk sekitar RS masih rendah	0,15	2	0,3
6	Terbatasnya akses transportasi umum ke Rumah Sakit rivai Abdullah	0,15	2	0,3
7	Infrastruktur umum menuju RS kurang mendukung	0,1	2	0,2
8	Posisi RS tidak strategis terutama dalam hal rujukan pasien dari wilayah Plaju Palembang.	0,09	2	0,18
	Skor Faktor Ancaman	1		2,05
	Total skor EFE			1,29

No	KEKUATAN (<i>Strength</i>)	BOBOT	RATING	SCORE BOBOT
1	Tenaga medis yang kompeten	0,08	3	0,24
2	Tersedianya lahan yang luas khususnya untuk pengembangan layanan yang paliatif	0,14	4	0,56
3	Mampu memberikan pelayanan kesehatan berkualitas yang terakreditasi Paripurna	0,13	3	0,39
4	Menerapkan pengelolaan keuangan BLU	0,09	4	0,36
5	Sarana dan Prasarana medis untuk layanan existing cukup lengkap	0,06	2	0,12
6	Institusi Pelayanan Diklat sudah terakreditasi Kategori A	0,11	3	0,33
7	Telah terakreditasi sebagai RS Pendidikan	0,12	3	0,36
8	Memiliki SDM dengan budaya kerja berAKHLAK	0,07	2	0,14
9	Menjadi RS jejaring AHS FK UNSRI dan institusi pendidikan lainnya	0,06	3	0,18
10	Sudah memiliki pengembangan onkologi sesuai dengan Masterplan	0,07	2	0,14
11	Adanya Kerjasama sister hospital dengan RSMH Palembang	0,07	2	0,14
	TOTAL	1		2,96
No	KELEMAHAN (<i>Weakness</i>)	BOBOT	RATING	SCORE BOBOT
1	Pendapatan dan profitabilitas RS yang masih rendah	0,14	2	0,28
2	Kurangnya sarana dan prasarana medis khusus untuk menunjang pengembangan layanan kanker, jantung, stroke, uronefrologi & kesehatan ibu dan anak (KJSU & KIA)	0,15	3	0,45
3	Sarana dan prasarana non medis yang kurang memadai (bangunan RS, jalan akses ke RS, dermaga)	0,08	3	0,24
4	Kurangnya Tenaga Medis Sub spesialis untuk menunjang pengembangan layanan jantung, stroke, uronefrologi & kebutuhan ibu dan anak (JSU & KIA)	0,14	3	0,42
5	Sistem reward dan konsekuensi berbasis kinerja belum berjalan dengan baik	0,09	4	0,36
6	Promosi Layanan RS belum Optimal	0,13	4	0,52
7	Keterbatasan anggaran dan kemampuan SDM dalam pengembangan IT	0,13	3	0,39
8	Dibutuhkan peningkatan budaya kerja di wilayah RS	0,14	3	0,42
	Skor faktor kelemahan (<i>Weakneses</i>)	1		3,08
	Total skor IFE			-0,12

I. Harapan dan Kekhawatiran Utama *Stakeholders* Inti

No	<i>Stakeholders Inti</i>	Harapan	Kekhawatiran
1	Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	RSUP Dr. Rivai Abdullah dapat menjadi RS umum yang mandiri secara finansial dengan Transformasi Kesehatan layanan KJSU-KIA berkelas internasional.level Asia.	Tidak tersedianya sumber daya yang cukup.
			Budaya Kinerja yang kurang mendukung
2	Dekan FK UNSRI dan UMP	RSUP Dr. Rivai Abdullah dapat menjadi bagian dari AHS FK UNSRI, sebagai wahana pendidikan S1 Kedokteran dan PPDS.	RSUP Dr. Rivai Abdullah belum mampu melakukan integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian
3	Pejabat Pengawas RSUP Dr. Rivai Abdullah	Tata kelola RS yang baik.	Tata kelola RS yg tdk baik
		Transformasi menuju budaya kinerja yang <i>excellent</i> dengan memperhatikan bio-etika & humaniora	Budaya kinerja yg tidak optimal
		Team work yg solid	Team work tidak solid
4	Karyawan	Pendapatan meningkat	Tidak ada peningkatan pendapatan
		Keadilan dan kesejahteraan meningkat	Tidak ada keadilan dan kesejahteraan
		Adanya jaminan karir	Jaminan karir tidak terlihat
		Transparansi manajemen	Tidak ada transparansi manajemen
5	Pasien	Pelayanan yang aman, nyaman dan memuaskan.	Pelayanan yang tidak aman, tidak nyaman dan tidak lengkap.
		Kejelasan alur pelayanan	
		Kemudahan dan kelengkapan pelayanan	
6	Peserta didik (pendidikan)	Mendapatkan proses pendidikan dengan kualitas terbaik	Penurunan mutu Pendidikan, baik Dokter atau Dokter Spesialis, perawat, Bidan dan nakes lainnya.

No	Stakeholders Inti	Harapan	Kekhawatiran
7	SMF/Departemen	Proses pendidikan, penelitian dan pelayanan/sesuai standar serta terjalannya kerjasama untuk pengembangan kesehatan KJSU-KIA	Menurunnya mutu pendidikan, pelayanan serta tidak terjalannya kerjasama untuk pengembangan kesehatan KJSU-KIA
		Adanya dukungan dan kolaborasi dengan SMF yang lain	
8	SMF dan unit kerja lain	Kerjasama yang harmonis dan sinergis dalam pengembangan RSRA sebagai rujukan KJSU-KIA	Tidak harmonis dan sinergisnya dalam mewujudkan visi dan misi RSRA sebagai rujukan KJSU-KIA
9	Mitra Strategis (Organisasi profesi, WHO, ATS)	Kerjasama strategis dalam pengembangan RSUP Dr. Rivai Abdullah sebagai rujukan KJSU-KIA	Tidak tercapainya kerjasama strategis
10	Rekanan	Debirokratisasi	Inkonsistensi dalam komitmen dan proses bisnis
			Disparitas kemampuan SDM

I. Estimasi pendapatan, anggaran operasional dan anggaran pengembangan

1. Estimasi pendapatan RSUP Dr. Rivai Abdullah

No	Sumber Pendapatan	Baseline	Realisasi/ Estimasi Pendapatan (Rp)				
		2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	Pendapatan BLU	31.200.000.000	37.468.000.000	44.850.000.000	51.577.500.000	59.314.125.000	68.211.244.000
2	Rupiah Murni/PHLN	43.878.221.000	82.013.096.725	487.664.929.101	184.877.523.199	164.955.752.000	440.313.763.644
TOTAL		75.078.221.000	119.481.096.725	532.514.929.101	236.455.023.199	224.269.877.000	508.525.007.644

2. Estimasi anggaran kelangsungan operasional RSUP Dr. Rivai Abdullah

No	Kelompok Anggaran	Baseline	Realisasi/ Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
		2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	Belanja Pegawai	25.378.221.000	22.096.176.000	25.410.602.400	29.222.192.760	33.605.521.674	38.646.349.925
2	Belanja Barang	18.500.000.000	21.275.000.000	24.466.250.000	28.136.187.500	32.356.615.625	37.210.107.969
TOTAL		43.878.221.000	43.371.176.000	49.876.852.400	57.358.380.260	65.962.137.299	75.856.457.894

3. Estimasi anggaran pengembangan RSUP Dr. Rivai Abdullah

NO	KELOMPOK ANGGARAN	BASE LINE	REALISASI/ ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN (Rp)				
		2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	4.960.476.000	8.000.000.000	443.254.627.638	149.545.610.120	199.739.759.147	286.811.337.272

2	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.178.679.000	68.109.920.725	39.383.449.063	29.551.032.819	8.812.809.872	145.857.212.479
TOTAL		6.139.155.000	76.109.920.725	482.638.076.701	179.096.642.939	208.552.569.019	432.668.549.751

J. Roadmap Pengembangan SDM 5 Tahun Kedepan

Tabel 1
Roadmap Lima Tahun Kedepan

Nama Satker	: RSUP Dr. RIVAI ABDULLAH BANYUASIN
Visi	: RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan
Misi	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien 2. Meningkatkan produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan 3. Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP), serta peningkatan riset medis 4. Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan 5. Mengampu rumah sakit daerah untuk turut serta dalam peningkatan kapabilitas jaringan rumah sakit dalam skala nasional secara merata 6. Meningkatkan kemampuan penyelenggaraan pendidikan dan penelitian untuk mendukung pengembangan layanan berbasis riset
Layanan Unggulan	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan Jantung 2. KIA-Ponek 3. Layanan Orthopaedi

NO	URAIAN	ROADMAP				
		2025	2026	2027	2028	2029
1	Prioritas layanan yang akan ditingkatkan /dikembangkan	1. Pelayanan MRI 2. Pelayanan Onkologi; kemoterapi 3. Peningkatan layanan Unggulan Orthopaedi. 4. Peningkatan DIKLAT SDM untuk pelayanan KJSU-KIA 5. Pengampuan RS Daerah 6. Optimalisasi Layanan Non JKN 7. Pelayanan Kardiovaskuler non intervensi 8. Pelayanan Stroke (non intervensi vaskuler)	1. Peningkatan Pelayanan MRI 2. Peningkatan Pelayanan Onkologi; kemoterapi 3. Peningkatan layanan Unggulan Orthopaedi. 4. Peningkatan DIKLAT SDM untuk pelayanan KJSU-KIA 5. Pembinaan RS yang dibawahnya 6. Klinik Pratama 7. Optimalisasi Layanan Non JKN 8. Pengembangan kerjasama dengan RS Internasional 9. Peningkatan Pengampuan Puskesmas 10. Pelayanan intervensi Kardiovaskuler	1. Peningkatan Pelayanan MRI 2. Peningkatan Pelayanan CathLab 3. Peningkatan Pelayanan Onkologi; kemoterapi 4. Peningkatan layanan Unggulan Orthopaedi 5. Peningkatan DIKLAT SDM untuk pelayanan KJSU-KIA 6. Pelaksanaan & publikasi penelitian di bidang KJSU-KIA	1. Peningkatan Pelayanan MRI 2. Peningkatan Pelayanan Onkologi; kemoterapi 3. Peningkatan layanan Unggulan Orthopaedi 4. Pelaksanaan & publikasi penelitian di bidang KJSU-KIAi di jurnal internasional 5. Peningkatan Pengampuan Puskesmas 9. Layanan Bedah Jantung dan Syaraf	1. Peningkatan Pelayanan MRI 2. Peningkatan Pelayanan Onkologi; kemoterapi 3. Peningkatan layanan Unggulan Orthopaedi 4. Pelaksanaan & publikasi penelitian di bidang KJSU-KIAi di jurnal internasional 5. Peningkatan Pengampuan Puskesmas 6. Peningkatan Layanan Bedah Jantung dan Syaraf 7. layanan Radioterapi tahap 1

			11. Pelayanan Stroke (intervensi vaskuler non bedah).	7. Peningkatan Pengampuan Puskesmas 8. Persiapan Layanan Bedah Jantung dan Syaraf	10. Persiapan layanan Radioterapi	
2	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	A. Sarana		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembangunan gedung onkologi center (termasuk site development, utilitas dan bangunan penunjang 2. Gedung penghubung A&B (A; Gedung Layanan Terpadu dan B; Gedung Layanan Onkologi Center) 3. Pembangunan bunker 2 unit 4. Pembangunan ramp 5. DED gedung CDE (C: Gedung Paliative Care, D; Gedung Rawat Inap Umum, E; Rawat Inap Khusus) 6. Pembangunan dermaga 1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembangunan gedung C (Paliative Care) 2. Penataan landscape tahap2 3. Pembangunan gedung kafetaria 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pembangunan gedung D (Rawat Inap Umum) 1. DED gedung F (Gedung DIKLAT dan Kantor) 2. Penataan landscape tahap3 3. Pembangunan dermaga 2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembangunan gedung E (Rawat Inap Khusus) 2. Pembangunan gedung F (Gedung DIKLAT dan Kantor) 3. Penataan landscape tahap 4 4. Pembangunan dermaga 3

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Pembangunan jalan akses utama 8. Pembuatan jalan lingkaran RS 9. Pembangunan turap 10. Pembuatan pagar rumah sakit mulai dari satpam sd bpfk ke arah sungai 11. Ambulance air 12. Penataan landscape tahap 1 13. Pembangunan gedung bussines center dan rumah singgah 			
	B. Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pembebasan Lahan untuk akses utama masuk ke Rumah Sakit 2. Land clearing depan IGD 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Power house dan genset gedung B 1000 kva 2. Perizinan (amdal, SIO, bunker, SLF, IMB) gedung B (Onkologi Center) 3. Meubeller gedung B guest house dan VCC 4. Jasa konsultan interior untuk gedung B. 5. Pengolah Data dan Internet 6. Pemeliharaan gedung, alkes dan sarana Lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mobil golf 5 bh utk antar jemput pasien dari jalan utama ke IGD/IRJ 2. Pemeliharaan gedung, alkes dan sarana Lainnya 3. Perizinan (amdal, SIO, bunker, SLF, IMB) ged C 4. Meubeller gedung C, guest house dan VCC 	<ul style="list-style-type: none"> 1. -Perizinan (amdal, SIO, bunker, SLF, IMB) ged D 2. Meubeller gedung D, guest house dan VCC 3. Jasa konsultan interior untuk ruangan D 4. Pengolah Data dan Internet 5. Pemeliharaan gedung, alkes dan sarana Lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Power house dan genset gedung F 1000KVA 2. Perizinan (amdal, SIO, bunker, SLF, IMB) ged EF 3. Meubeller gedung EF, guest house dan VCC 4. Jasa konsultan interior untuk ruangan EF 5. Pengolah Data dan Internet 6. Pemeliharaan gedung, alkes dan sarana Lainnya

				<ul style="list-style-type: none"> 7. Power house dan genset gedung CDE (C: Gedung Paliative Care, D; Gedung Rawat Inap Umum, E; Rawat Inap Khusus) 1000 kva 5. Jasa konsultan interior untuk ruangan C 6. Pengolah Data dan Internet 7. Pemeliharaan gedung, alkes dan sarana Lainnya 		
	C. Alat Kesehatan		Pengadaan alkes KJSU - KIA	Pengadaan alkes KJSU - KIA	Pengadaan alkes KJSU - KIA	Pengadaan alkes KJSU - KIA
3	Kebutuhan Anggaran	119.481.096.725	532.514.929.101	236.455.023.199	224.269.877.000	508.525.007.644
4	Proyeksi Pendapatan					

	a. Pendapatan BLU	37.468.000.000	44.850.000.000	51.577.500.000	59.314.125.000	68.211.244.000
	b. Rupiah Murni	82.013.096.725	487.664.929.101	184.877.523.199	164.955.752.000	440.313.763.644
5	Kebutuhan SDM Strategik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan SDM terutama dokter spesialis terkait KJSU terutama Onkologi 2. Perawat Kardiologi dan Cathlab 3. Perawat Kemoterapi, 4. Farmasi Kemoterapi, 5. Perawat Strok 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan SDM terutama dokter spesialis terkait KJSU terutama Onkologi 2. Sp JP (K)/Sp JP / SP.PD KKV dengan kualifikasi tambahan 3. Sp BTKV/Sp BTKV (K) 4. Dokter Intensivis ICU-KIC 5. Dokter Kardiak Anestesi 6. Dr. Sp. Bedah Onkologi, 7. Dr. Sp. Bedah Digestif, 8. Dr. Sp. Obgyn Konsultan Onkologi, 9. Dr.Sp. Penyakit Dalam (KGH), 10. Perawat Perfusionis 11. Perawat Bedah 12. Perawat Anestesi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan SDM terutama dokter spesialis terkait KJSU terutama Onkologi 2. Sp JP (K)/Sp JP / SP.PD KKV dengan kualifikasi tambahan 3. Sp BTKV/Sp BTKV (K) 4. Dokter Intensivis ICU-KIC 5. Dokter Kardiak Anestesi 6. Perawat Perfusionis 7. Dr. Sp. Bedah Onkologi, 8. Dr. Sp. Bedah Digestif, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan SDM terutama dokter spesialis terkait KJSU terutama Onkologi 2. Sp JP (K)/Sp JP / SP.PD KKV dengan kualifikasi tambahan 3. Sp BTKV/Sp BTKV (K) 4. Dokter Intensivis ICU-KIC 5. Dokter Kardiak Anestesi 6. Perawat Perfusionis 7. Dr. Sp. Bedah Onkologi, 8. Dr. Sp. Bedah Digestif, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan SDM terutama dokter spesialis terkait KJSU terutama Onkologi 2. Sp JP (K)/Sp JP / SP.PD KKV dengan kualifikasi tambahan 3. Sp BTKV/Sp BTKV (K) 4. Dokter Intensivis ICU-KIC 5. Dokter Kardiak Anestesi 6. Perawat Perfusionis 7. Dr. Sp. Bedah Onkologi, 8. Dr. Sp. Bedah Digestif, 9. Dr. Sp. Obgyn Konsultan 10. Dr.Sp. Penyakit Dalam (KGH), 11. Perawat Perfusionis 12. Perawat Bedah 13. Perawat Anestesi 14. Perawat Intensive

				<ul style="list-style-type: none"> 9. Dr. Sp. Obgyn Konsultan 10. Dr. Sp. Penyakit Dalam (KGH), 13. Perawat Perfusionis 11. Perawat Bedah 12. Perawat Anestesi 13. Perawat Intensive 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Dr. Sp. Obgyn Konsultan 10. Dr.Sp. Penyakit Dalam (KGH), 11. Perawat Perfusionis 12. Perawat Bedah 13. Perawat Anestesi 14. Perawat Intensive 	
--	--	--	--	--	---	--