



**RENCANA
STRATEGIS
BISNIS REVISI KE - 1
TAHUN 2025-2029**

**RUMAH SAKIT
MOHAMMAD HOESIN**



KATA PENGANTAR

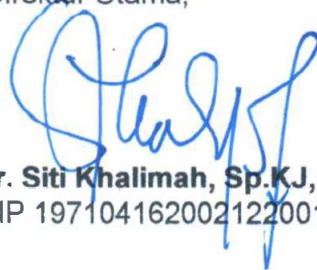
Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat-Nya, sehingga revisi ke-1 Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025 – 2029 Rumah Sakit Mohammad Hoesin (RSMH) ini dapat diselesaikan dengan baik. RSB RSMH merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif yang memuat program-program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan langsung oleh RSMH maupun dengan mendorong peran aktif masyarakat untuk kurun waktu 2025 – 2029.

Revisi ke-1 RSB ini menjadi pedoman untuk mencapai program strategis dalam 5 (lima) tahun ke depan yang pelaksanaannya akan dituangkan pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) di RSMH selama tahun 2025 – 2029.

Dasar dilakukannya penyusunan revisi ke-1 RSB ini adalah untuk menyesuaikan perubahan pada target pendapatan Tahun 2025 sampai dengan Tahun 2029 agar target jangka pendek dan jangka panjang lebih realistis dan akuntabel.

Kepada semua pihak yang telah membantu kami sampaikan terima kasih. Semoga informasi dalam revisi ke-1 RSB RSMH Tahun 2025 - 2029 ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan di masa yang akan datang.

Palembang, 17 NOV 2025
Direktur Utama,



dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS
NIP 197104162002122001

LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI

REVISI KE-1 RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2025-2029

BADAN LAYANAN UMUM

RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN

PALEMBANG

DISAHKAN OLEH DIREKSI

Tanggal: **17 NOV 2025**
.....

Direktur Utama



dr. Siti Khalimah, Sp.KJ., MARS
NIP 197104162002122001

Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Paryanto, SpOG, MARS
NIP 197207032001121001

Direktur Perencanaan dan Keuangan



drg. Satrio Wicaksono, MPH., CRMP., QHIA
NIP 198405312010121001

Direktur SDM, Pendidikan dan Pelatihan



dr Triana Puspita Dewi, M.Kes
NIP 197611122014122001

Direktur Layanan Operasional



dr. Rahmadian, M.KM
NIP 196712061999031001

**LEMBAR PENGESAHAN DEWAN
PENGAWAS**

DEWAN PENGAWAS

**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN
PALEMBANG**

YANG DIANGKAT BERDASARKAN

SK MENTERI KESEHATAN R.I No.

HK.01.07/MENKES/574/2024

MENYETUJUI

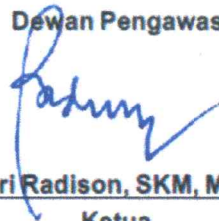
REVISI KE-1 RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2025-2029

BADAN LAYANAN UMUM

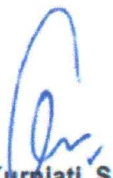
**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN
PALEMBANG**

Tanggal: 19 NOV 2025

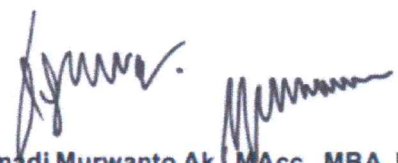
Dewan Pengawas



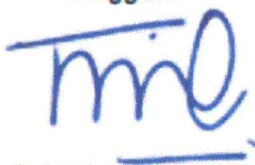
Heri Radison, SKM, MKM
Ketua



Anna Kurniati, S.K.M. M.A, Ph.D
Anggota



Rahmadi Murwanto Ak., MAcc., MBA, PhD
Anggota



dr. Zubaidah Elvia, M.P.H
Anggota



Ferdinan Lengkong, S.H.
Anggota

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vi
RINGKASAN EKSEKUTIF	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI	1
1.3. Visi dan Misi RS Mohammad Hoesin	2
1.4. Tujuan/Sasaran Rencana Strategis Bisnis	3
1.5. Dasar Hukum	4
BAB II ANALISIS DAN STRATEGI	5
2.1. Profil Satuan Kerja	5
2.2. Gambaran Kinerja	5
2.1.1. Kinerja Aspek Pelayanan	5
2.1.2. Kinerja Aspek Keuangan	7
2.1.3. Sumber Daya Manusia	10
2.1.4. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana	11
2.1.5. Evaluasi Indikator Kinerja Utama	11
2.3. Analisis SWOT/BSC	12
2.3.1 Analisis SWOT	12
2.3.2 Diagram Kartesius Prioritas Strategis	12
2.3.3 Analisis TOWS	12
2.2.4 Analisis dan Mitigasi Risiko	13
2.2.5 Peta Strategis	14
2.4. Inisiatif Strategis	15
BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS	16
3.1. Program Kementerian Negara/Lembaga	16
3.2. Strategi Bisnis BLU	16

3.3. Kegiatan dan Indikator	16
3.4. Roadmap Program	17
3.5. Proyeksi Keuangan.....	19
BAB IV PENUTUP	20
4.1. Kesimpulan.....	20
4.2. Saran.....	20
LAMPIRAN	21

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Indikator-Indikator Layanan	6
Tabel 2.2. Tingkat kesehatan BLU aspek keuangan Tahun 2020 - Tahun 2024	8
Tabel 2.3. Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan	10
Tabel 2.4. Analisis TOWS.....	13
Tabel 2.5. Inisiatif Strategis.....	15
Tabel 3.1. Sasaran Strategis dan KPI Indikator RSV Tahun 2025-2029	16
Tabel 3.2. Roadmap Program Kerja Strategis RSMH Tahun 2025-2029	17
Tabel 3.3. Estimasi Pendapatan	19
Tabel 3.4. Rencana Kebutuhan Anggaran	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Visi dan Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan	1
Gambar 1.2. Inisiatif Strategis Transformasi Rumah Sakit Vertikal	2
Gambar 1.3. Pilar Strategis Rumah Sakit Mohammad Hoesin	3
Gambar 2.1. Jumlah Pasien Rawat Jalan Tahun 2020 - Tahun 2024	5
Gambar 2.2. Jumlah Pasien Rawat Inap Tahun 2020 - Tahun 2024.....	6
Gambar 2.3. Indikator-Indikator Layanan AvLOS, TOI, BTO	6
Gambar 2.4. Indikator Layanan BOR	7
Gambar 2.5. Realisasi Belanja Tahun 2020-2024	7
Gambar 2.6. Realisasi Belanja Tahun 2020-2024	7
Gambar 2.7. Grafik Proporsi <i>Revenue</i> Layanan Unggulan.....	10
Gambar 2.8. Grafik Indikator Kinerja Utama 2020 - Tahun 2024.....	11
Gambar 2.9. Diagram Kartesius Prioritas Strategis RSMH.....	12
Gambar 2.10. Peta Strategis RSB RSMH Tahun 2025-2029	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pencapaian Indikator Inerja Utama Tahun 2020-2024.....	22
Lampiran 2. Pencapaian Kinerja Layanan BLU Tahun 2020-2024.....	24
Lampiran 3. Justifikasi Terhadap Penurunan Kinerja Layanan.....	27
Lampiran 4. Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan <i>Severity Level</i>	28
Lampiran 5. Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap Tahun 2020-2024	29
Lampiran 6. Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan Tahun 2020-2024	30
Lampiran 7. Program dan Biaya Investasi Kegiatan	32
Lampiran 8. Data SDM yang Mengikuti Pendidikan Tahun 2020-2024	43
Lampiran 9. Jumlah Penelitian Dipublikasi Tahun 2020-2024	43
Lampiran 10. Rencana Pemenuhan SDM Tahun 2025-2029	43
Lampiran 11. Estimasi Pendapatan Tahun 2025-2029	44
Lampiran 12. Estimasi Anggaran Operasional Tahun 2025-2029	45
Lampiran 13. Estimasi Jumlah Pasien Rawat Inap Tahun 2025-2029	46
Lampiran 14. Estimasi Jumlah Pasien Rawat Jalan Tahun 2025-2029.....	47
Lampiran 15. Kekuatan/ <i>Strength</i> RSMH	48
Lampiran 16. Kelemahan/ <i>Weakness</i> RSMH	48
Lampiran 17. Peluang/ <i>Opportunity</i> RSMH	49
Lampiran 18. Ancaman/ <i>Threat</i> RSMH.....	50
Lampiran 19. Hasil Analisa Perhitungan SWOT.....	50
Lampiran 20. Program Strategis dan Prioritisasi Program.....	51
Lampiran 21. Tabel Prioritisasi Program	53
Lampiran 22. Profil Risiko	54
Lampiran 23. Operational Profit RSMH Tahun 2020 - Tahun 2024	56
Lampiran 24. Monitoring Evaluasi Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO)	57
Lampiran 25. Pendapatan Per total karyawan	58
Lampiran 26. Neraca Tahun 2020 - Tahun 2024	59
Lampiran 27. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020 - Tahun 2024	60
Lampiran 28. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020 - Tahun 2024	61
Lampiran 29. Kebutuhan Alat Kesehatan.....	62
Lampiran 30. Pembangunan Gedung 2020-2024	64
Lampiran 31. Renovasi Besar 2020-2024	65
Lampiran 32. Analisa Indikator Kinerja Utama belum tercapai Tahun 2024.....	66
Lampiran 33. Analisa <i>Strength & Weakness</i>	69
Lampiran 34. Analisa <i>Opportunity & Threat</i>	70
Lampiran 35. Kamus Indikator Kinerja Utama.....	71
Lampiran 36. Jumlah Pegawai Keseluruhan.....	90

RINGKASAN EKSEKUTIF

Revisi ke-1 Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Mohammad Hoesin (RSMH) Tahun 2025–2029 disusun untuk memberikan arah dan pedoman yang jelas dalam mengelola operasional rumah sakit agar dapat mencapai visi dan misinya secara efektif dan efisien. Dokumen ini menjadi dasar bagi RSMH dalam menjalankan amanah Kementerian Kesehatan kepada Rumah Sakit Vertikal, yaitu menyediakan layanan terbaik level Asia, melaksanakan peran sebagai rumah sakit pengampu nasional, serta menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan riset yang berkelanjutan. Revisi ke-1 Rencana Strategis Bisnis dilakukan untuk menyesuaikan perubahan proyeksi pendapatan agar lebih realistis, akuntabel, dan sesuai kondisi aktual layanan, regulasi, dan dinamika pembiayaan kesehatan.

Visi RSUP Dr. Mohammad Hoesin pada RSB Tahun 2025–2029 adalah: “Rumah Sakit dengan Pelayanan Unggulan Onkologi dan Kardiologi di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan.”

Untuk mewujudkan visi tersebut, RSUP Dr. Mohammad Hoesin menetapkan misi yaitu: (1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui peningkatan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung, (2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja, (3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan, (4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan, (5) Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional, (6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Pada periode RSB 2025–2029, RSMH menetapkan dua layanan unggulan utama, yaitu Layanan Kanker/Onkologi dan Layanan Jantung/Kardiologi, yang secara konsisten memberikan kontribusi terbesar terhadap volume dan pendapatan layanan rumah sakit. RSMH juga mendapatkan dukungan pembiayaan luar negeri melalui pendanaan dari Islamic Development Bank (IsDB) untuk penguatan layanan onkologi yang terintegrasi dalam konsep green building. Pengembangan ini mencakup IGD, IRJ, rawat inap, kamar operasi, ICU, radiologi, laboratorium, rehab medik, hemodialisis, serta sarana parkir yang diharapkan terlaksana pada periode 2026–2029.

Berdasarkan hasil analisis SWOT, posisi RSUP Dr. Mohammad Hoesin berada pada Kuadran I, yaitu kondisi kekuatan yang lebih besar dibanding kelemahan serta peluang yang lebih tinggi dibanding ancaman. Hal ini menunjukkan bahwa strategi yang harus diambil adalah strategi pertumbuhan, di mana rumah sakit perlu memprioritaskan ekspansi layanan, peningkatan kapasitas, penguatan digitalisasi, serta pengembangan layanan unggulan berbasis riset. Analisis detail kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman.

Tantangan yang dihadapi rumah sakit pada periode ini antara lain meningkatnya ekspektasi masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tinggi, kompetisi antar rumah sakit yang semakin ketat, serta kebutuhan untuk menerapkan proses bisnis yang semakin efisien dan responsif. Untuk itu, RSMH terus mengembangkan budaya pelayanan yang lebih berorientasi pada pasien, meningkatkan integrasi sistem digital, memperkuat jejaring pengampunan nasional, serta memperluas layanan kesehatan terpadu sebagai strategi untuk meningkatkan daya saing di tingkat nasional maupun internasional. serta melakukan peningkatan pendapatan non-JKN melalui inovasi layanan dan menerapkan strategi pemasaran yang lebih terarah.

Melalui Revisi Ke-1 Rencana Strategis Bisnis 2025–2029, RSUP Dr. Mohammad Hoesin berkomitmen untuk terus tumbuh sebagai rumah sakit unggulan di bidang Onkologi dan Kardiologi, memperkuat peran sebagai pusat rujukan dan pendidikan, serta memastikan keberlanjutan dan akuntabilitas dalam setiap aspek pengelolaannya.

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Mohammad Hoesin (RSMH) Palembang Tahun 2025–2029 merupakan dokumen acuan utama yang memberikan arah kebijakan organisasi dalam jangka menengah. RSB menjadi dasar dalam penetapan perkiraan penerimaan dan pagu belanja pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA), yang selanjutnya diterjemahkan ke dalam DIPA dan RKA-K/L. Dokumen ini disusun berdasarkan asumsi strategis dan mempertimbangkan kondisi lingkungan internal dan eksternal pada saat penetapan.

Pada Lampiran 11 RSB Tahun 2025–2029 tercantum Estimasi Pendapatan Tahun 2024–2029 yang menjadi target yang harus dicapai rumah sakit. Namun, hasil analisis menunjukkan bahwa realisasi pendapatan Tahun 2024 tidak mencapai target yang ditetapkan dalam RSB, dan realisasi Tahun 2025 juga diperkirakan tidak mencapai target tersebut. Meskipun realisasi pendapatan Tahun 2024 dan realisasi Tahun 2025 melampaui target pendapatan yang ada dalam DIPA. Hal ini terjadi karena perkiraan penerimaan dalam DIPA lebih rendah dibandingkan estimasi pendapatan yang tercantum dalam RSB 2025–2029.

Realisasi pendapatan 2024 dan 2025 melampaui target pendapatan dalam DIPA 2024 dan 2025 karena Perkiraan penerimaan dalam DIPA tersebut lebih kecil dari estimasi pendapatan dalam RSB 2025-2029. Beberapa faktor yang mempengaruhi penyesuaian terhadap target pendapatan di RSB 2025–2029 antara lain perubahan regulasi klaim oleh BPJS dan tingginya pending atas klaim yang diajukan.

Berdasarkan kondisi tersebut, diperlukan penyesuaian terhadap target pendapatan dalam RSB 2025–2029 agar lebih realistis dan akuntabel. Penyesuaian ini berdampak pada revisi estimasi pendapatan, estimasi anggaran operasional dan estimasi kebutuhan anggaran untuk periode 2026–2029 sebagaimana tercantum dalam Tabel 3.3, Lampiran 11, dan Lampiran 12.

Melalui Revisi ke-1 RSB Tahun 2025–2029 ini, RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang berkomitmen untuk menjaga kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan, tetap mengedepankan efisiensi dan efektivitas dalam pengelolaan keuangan, serta memastikan keberlanjutan sebagai Badan Layanan Umum (BLU) yang profesional, adaptif, dan berdaya saing.

1.2. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI

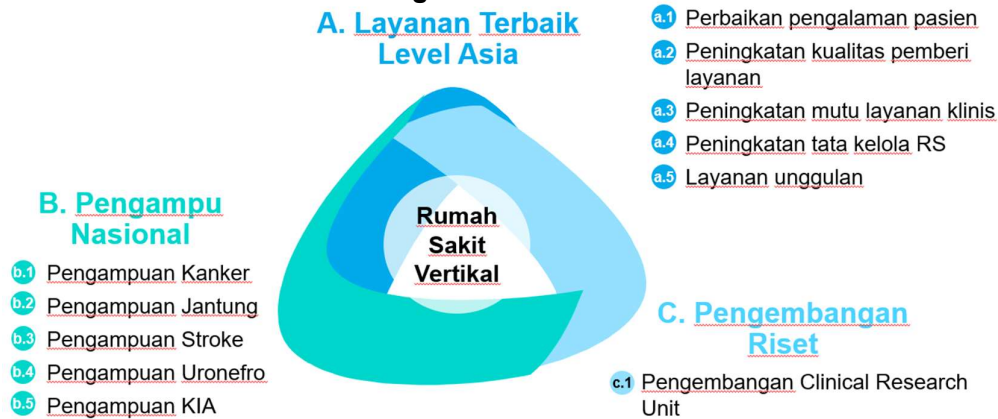
Petunjuk teknis penyusunan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Mohammad Hoesin Tahun 2025-2029 sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025-2045 dalam mewujudkan Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045 dan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 202/PMK.05/2022, Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum.

Gambar 1.1. Visi dan Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan



Rencana Strategis Bisnis RSMH Tahun 2025-2029 juga mempertimbangkan arahan Kementerian Kesehatan tentang 3 tugas utama Rumah Sakit Vertikal dan 22 inisiatif kunci yang harus dijalankan RSMH.

Gambar 1.2. Inisiatif Strategis Transformasi Rumah Sakit Vertikal



Rumah sakit vertikal di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia harus memenuhi 3 tugas utama Rumah Sakit Vertikal sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan, yaitu Layanan Terbaik Level Asia, Pengampu Nasional, dan Pengembangan Riset. Tiga pilar strategis transformasi RSV telah diturunkan kedalam **22 inisiatif strategis dari kemenkes** yang akan dijalankan dan diterjemahkan kedalam rencana strategis bisnis (RSB)

1. Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung
2. Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
4. Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring
5. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
6. Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional
7. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi
8. Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
9. Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
10. Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
11. Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
12. Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV
13. Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV
14. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya
15. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
16. Meningkatkan mutu layanan unggulan
17. Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN
18. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
19. Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi
20. Meningkatkan efisiensi keuangan RSV
21. Memperkuat cadangan modal strategis
22. Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan

1.3. Visi dan Misi RS Mohammad Hoesin

Visi

“Rumah Sakit Dengan Pelayanan Unggulan Onkologi dan Kardiologi di Level Asia Dengan Pertumbuhan Yang Berkelanjutan”

Misi

Dalam mencapai visi tersebut, RSMH memiliki misi :

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

Visi misi RSMH tersebut mendukung tugas dan fungsi RSMH sebagai RSUP Tipe II sesuai Peraturan menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Motto : **"Bangga menjadi pilihan anda"**

Tagline : **#Your first choice**

Tata Nilai : **RS PILIHAN "Responsif, Santun, Profesional, Inovatif, Loyal, Integritas, Harmonis, Akuntabel, Nyaman"**

Gambar 1.3. Pilar Strategis Rumah Sakit Mohammad Hoesin



RSMH mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi,terpadu, dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 Permenkes 26 tahun 2022, RSUP menyelenggarakan fungsi: (a) penyusunan rencana, program, dan anggaran; (b) pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis; (c) pengelolaan pelayanan nonmedis; (d) pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan; (e) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan; (f) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;(g) pengelolaan keuangan dan barang milik negara; (h) pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia; (i) pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat; (j) pengelolaan sistem informasi; (k) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; (l) pelaksanaan urusan administrasi RS.

1.4. Tujuan/Sasaran Rencana Strategis Bisnis

Dalam upaya mendukung program transformasi kesehatan sebagaimana tertera dalam perubahan Renstra Kementerian Kesehatan, serta untuk mencapai Visi dan Misi RSMH, disusun Rencana Strategis Bisnis RS Mohammad Hoesin Tahun 2025-2029 sebagai gambaran kegiatan operasional, organisasi, keadaan sumber daya manusia dan keuangan serta sarana prasarana di RSMH dalam 5 tahun ke depan. Dengan tersusunnya RSB tahun 2025-2029 maka diharapkan dapat

mencapai tujuan dan sasaran sebagai berikut:

Tujuan Strategis:

1. Rumah Sakit dengan pelayanan Onkologi dan Kardiologi yang unggul di Asia
2. Pengampu nasional dalam pelayanan Onkologi dan Kardiologi
3. Penggerak Pendidikan, penelitian dan pelatihan pelayanan Onkologi dan Kardiologi di Asia

Sasaran Strategis:

- 1 Terwujudnya layanan terbaik level Asia
- 2 Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas
- 3 Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan
- 4 Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
- 5 Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
- 6 Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
- 7 Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
- 8 Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
- 9 Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
- 10 Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

1.5. Dasar Hukum

Penetapan Revisi Ke-1 Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025-2029 disusun dengan mengacu pada beberapa regulasi/ peraturan, yaitu :

1. Undang-undang (UU) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2025-2045
2. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025 - 2029
3. 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 Umum
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029
7. 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
8. Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Nomor HK.02.03/D.XVIII/18786/2025 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

2.1. Profil Satuan Kerja

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin (RSMH) Palembang merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang didirikan pada tahun 1953 atas prakarsa Menteri Kesehatan RI yang saat itu dijabat oleh Dr. Mohammad Ali (Dr. Lie Kiat Teng), dan diresmikan pada tanggal 3 Januari 1957. Berlokasi di Jl. Jenderal Sudirman Km 3,5 Kota Palembang, Sumatera selatan dengan luas lahan sebesar 221.758 m² dan luas bangunan saat ini 101.937 m². Sertifikat Perizinan Berusaha Berbasis Risiko RSUP Dr. Mohammad Hoesin sebagai rumah sakit umum kelas A dengan nomor izin: 02022200352680002 tanggal 15 Februari 2023. Izin ini berlaku selama 5 (lima) tahun sejak tanggal ditetapkan. RSMH telah terakreditasi SNARS dengan hasil lulus Tingkat Paripurna pada tanggal 27 Oktober 2023.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1243/Menkes/SK/VIII/2005, tanggal 11 Agustus 2005 tentang Penetapan 13 eks Rumah Sakit Perjan menjadi Unit Pelaksana Teknis Depkes RI dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, RSMH ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum, yang memberikan kewenangan kepada rumah sakit dalam mengelola keuangan, senantiasa berorientasi kepada kepentingan masyarakat serta tetap mengedepankan kinerja rumah sakit yang berfungsi sosial, profesional dan etis dengan pengelolaan yang ekonomis serta tidak semata-mata mencari keuntungan. Selain memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Sumatera Selatan sebagai tugas pokok utama, RSMH juga sebagai rumah sakit pendidikan utama yang melaksanakan pendidikan profesi tenaga dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan subspesialis bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, sesuai dengan penetapan RSMH sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Untuk Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Nomor HK.01.07/MENKES/1353/2022, tanggal 18 Agustus 2022.

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Permenkes Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan tata kerja Rumah Sakit di lingkungan di Kementerian Kesehatan, klasifikasi RS Mohammad Hoesin Palembang ditetapkan sebagai Rumah Sakit tipe II. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Mohammad Hoesin telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr Mohammad Hoesin Nomor HK.02.03/D.XVIII/18786/2025 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSMH tanggal 1 November 2025, dimana di bawah Direktur Utama terdiri dari 4 (empat) Direktorat yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian, Direktorat Perencanaan dan Keuangan dan Direktorat Layanan Operasional. Dibawah Direktorat terdiri dari Tim Kerja dan Instalasi serta Departemen yang berada dibawah Direktorat Medik dan Keperawatan. Satuan Pemeriksaan Internal, Komite, Unit Fungsional Pendidikan, Unit Layanan Pengadaan dan Unit Pengembangan Usaha langsung berada di bawah Direktur Utama.

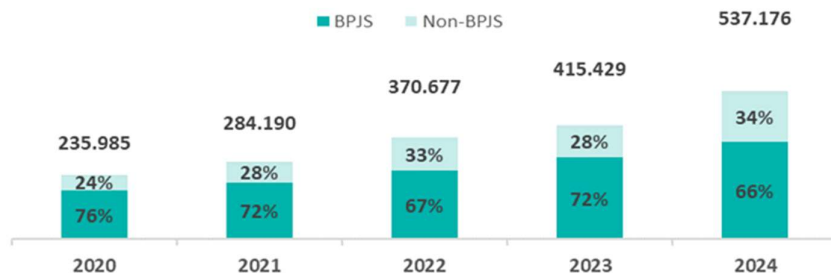
2.2. Gambaran Kinerja

Gambaran Kinerja menggambarkan hasil evaluasi capaian kinerja RS Mohammad Hoesin mengacu kepada target yang tercantum pada RSB RSMH periode penilaian tahun 2020-2024.

2.1.1. Kinerja Aspek Pelayanan

- I. Dibagi per tipe layanan dan dibagi berdasarkan tipe pembayaran (BPJS & Non BPJS)
- Layanan Rawat Jalan

Gambar 2.1. Jumlah Pasien Rawat Jalan Tahun 2020 - Tahun 2024

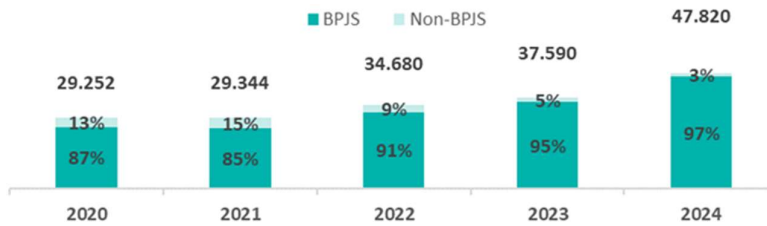


Berdasarkan tren jumlah pasien rawat jalan pada tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 menunjukkan peningkatan kunjungan pasien JKN dan Non-JKN. Selama 5 (lima) tahun terakhir 10

(sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Jalan didominasi penyakit / kasus Onkologi dan Jantung yang ditunjukkan pada lampiran 6. Proporsi kunjungan rata-rata Pasien Rawat Jalan adalah 71% Pasien JKN dan 29% Pasien Non-JKN. Rendahnya angka kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2020 dan 2021 dipengaruhi oleh dampak pandemi COVID-19. Kenaikan terbesar pada Tahun 2023 dikarenakan Normalisasi Pasca Pandemi COVID-19. Mulai tahun 2022 sampai dengan tahun 2024, angka kunjungan pasien rawat jalan sudah menunjukkan tren kenaikan dimana diakhir tahun 2024 pasien rawat jalan sebesar 537.176 pasien.

- Layanan Rawat Inap

Gambar 2.2. Jumlah Pasien Rawat Inap Tahun 2020 - Tahun 2024



Berdasarkan tren jumlah pasien rawat inap pada tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 menunjukkan peningkatan kunjungan baik pasien JKN dan Non-JKN. Berdasarkan Severity Level, proporsi kunjungan pasien rawat inap level III mengalami peningkatan yang ditunjukkan pada lampiran 4. Selama 5 (lima) tahun terakhir 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Inap didominasi penyakit / kasus Onkologi dan Jantung yang ditunjukkan pada lampiran 5. Proporsi kunjungan rata-rata Pasien Rawat Inap adalah 91% Pasien JKN dan 9% Pasien Non-JKN. Rendahnya angka kunjungan pada tahun 2020 dan 2021 dipengaruhi oleh dampak pandemi COVID-19. Kenaikan terbesar pada Tahun 2023 dikarenakan Normalisasi Pasca Pandemi COVID-19. Mulai tahun 2022 sampai dengan tahun 2024, angka kunjungan pasien rawat inap sudah menunjukkan tren kenaikan dimana diakhir tahun 2024 pasien rawat inap sebesar 47.820 pasien.

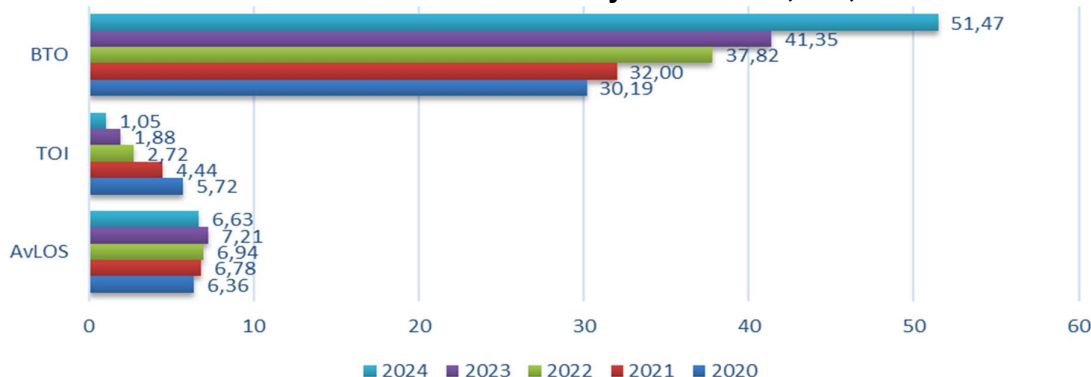
II. Indikator Layanan

Tabel 2. 1. Indikator-Indikator Layanan

No	Indikator Layanan	2020	2021	2022	2023	2024
1	BOR	52.8%	61.08%	71.79%	78.74%	85.27%
2	AvLOS	6.36 Kali	6.78 Kali	6.94 Kali	7.21 Kali	6.63 Kali
3	TOI	5.72 Kali	4.44 Kali	2.72 Kali	1.88 Kali	1.05 Kali
4	BTO	30.19 Kali	32 Kali	37.82 Kali	41.35 Kali	51.47 Kali

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit di atas dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit selama tahun 2020 -2024. BOR atau Bed Occupancy Rate merupakan rata-rata penggunaan tempat tidur yang sering digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan dan efisiensi penggunaan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 65-85% (Depkes RI, 2005), sebagaimana juga Nilai TOI yang di atas nilai ideal yaitu 1-3 hari. Angka BOR yang rendah dan nilai TOI yang melebihi nilai ideal pada tahun 2020 dan 2021 karena kurangnya pemanfaatan fasilitas (Tempat Tidur) rumah sakit yang disebabkan penurunan kunjungan pasien rawat inap pada masa COVID-19 dan pasca-pandemi COVID-19 masyarakat masih enggan untuk berkunjung ke rumah sakit.

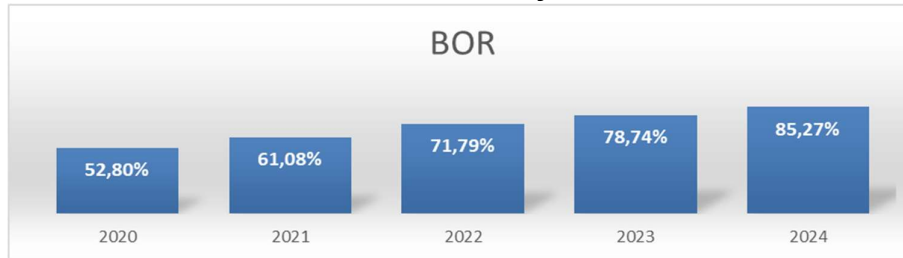
Gambar 2.3. Indikator-Indikator Layanan AvLOS, TOI, BTO



Sampai dengan tahun 2022 RSMH pemanfaatan tempat tidur di RSMH masih berada dibawah nilai ideal, dimana seharusnya nilai BTO ideal 40-50 kali per tahun. Hal ini selain karena faktor-faktor di atas yang sama dengan yang mempengaruhi nilai BOR dan TOI, terdapat renovasi ruang ruang Rawat Inap yang mengakibatkan Tempat Tidur di beberapa ruang rawat inap tidak dapat digunakan selama masa renovasi yaitu diantaranya pada tahun 2021 dan 2022 terdapat renovasi Ruang Rawat Intensif, Kebidanan, Bedah dan Saraf.

Dalam 5 tahun terakhir gambaran nilai ALOS RSMH secara konstan berada dalam rentang nilai ideal antara 6-9 hari menjadi gambaran mutu pelayanan selama 5 tahun terakhir bahwa RSMH memang melaksanakan layanan sesuai mutu dan standar sebagaimana dibuktikan dengan tercapainya akreditasi paripurna pada Bulan September tahun 2023.

Gambar 2.4. Indikator Layanan BOR

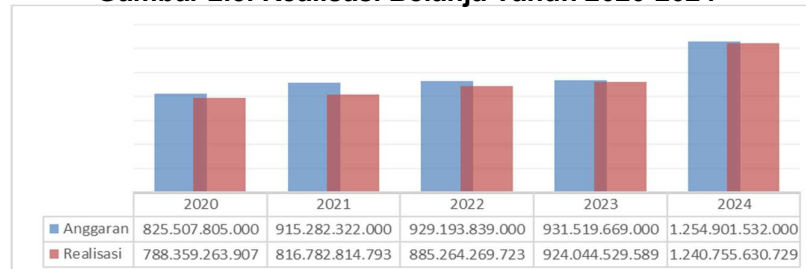


Angka BOR mulai meningkat diikuti dengan angka TOI yang melandai ke dalam batas normal terlihat setelah kondisi pandemi COVID-19 berlalu dan masyarakat sudah kembali memanfaatkan fasilitas rumah sakit. Disamping itu adanya upaya memperbaiki tingkat efisiensi rata-rata hari penggunaan tempat tidur diantaranya itu dengan penetapan indikator rencana pemulangan pasien H-1 dan kewajiban visite hari libur sebagai indikator kinerja dokter serta adanya perubahan cara perhitungan remunerasi medis juga ikut memacu percepatan pemulangan pasien sehingga mempersingkat rata-rata lama rawat pasien. Selain itu adanya Forum FGD antara KSM, Case Manager dan Direksi yang menganalisa kasus dan memperbaiki permasalahan dalam perawatan pasien ikut mempengaruhi perbaikan indikator layanan tersebut diatas.

2.1.2. Kinerja Aspek Keuangan

I. Realisasi Anggaran

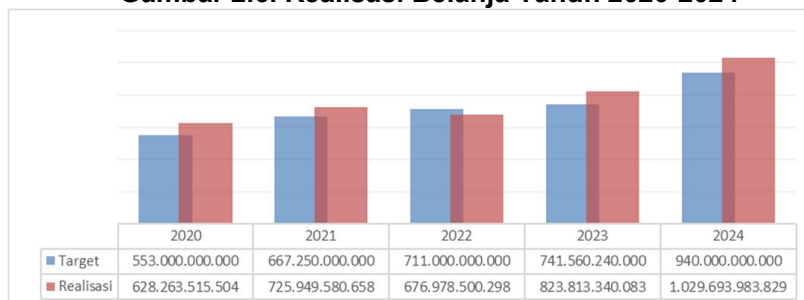
Gambar 2.5. Realisasi Belanja Tahun 2020-2024



Dari data tabel di atas, dapat dilihat bahwa Realisasi Belanja dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 sebagian besar melebihi 90% hal ini menunjukkan bahwa realisasi belanja sudah berjalan sesuai dengan yang direncanakan. Persentase rata rata realisasi belanja dari tahun 2020 hingga Tahun 2024 adalah 95.62%.

II. Realisasi Pendapatan

Gambar 2.6. Realisasi Belanja Tahun 2020-2024



Pada tahun **2020**, realisasi pendapatan mencapai 114% dari target, dicapai berkat peningkatan volume layanan yang dipicu oleh kondisi pandemi COVID-19. Tahun **2021** kembali menunjukkan capaian positif dengan 109% dari target, masih dipengaruhi oleh tingginya volume layanan dan penggunaan tarif klaim COVID-19 dengan mekanisme Cost Per Day. Memasuki tahun **2022**, realisasi pendapatan mengalami penurunan menjadi 95% dari target. Ketidaktercapaian ini disebabkan oleh berkurangnya volume layanan pascapandemi serta perubahan mekanisme tarif klaim COVID-19 dari Cost Per Day menjadi paket INA-CBG's. Pada tahun **2023**, realisasi pendapatan kembali meningkat menjadi 111% dari target, dipengaruhi oleh perbaikan sistem klaim, perbaikan sirkulasi pasien, serta terbentuknya Tim Casemix. Pada tahun **2024**, realisasi pendapatan mencapai 109,54% dari target, salah satunya karena pendapatan atas sewa ruang/tanah/gedung mulai diakui sebagai Pendapatan BLU Lainnya, bukan lagi sebagai Pendapatan Hasil Kerjasama BLU.

Tabel 2. 2Tingkat kesehatan BLU aspek keuangan Tahun 2020 - Tahun 2024

No	Subaspek / Indikator	Skor Standar Maksimal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	
			Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor
1	Rasio Keuangan	19		12,85		13,35		11,12		10,35		11,50
	Rasio Kas (Cash Ratio)	2.25	257.76	2.25	269.31	2.25	277,69	2.25	152.04	1.25	100.59	0.75
	Rasio Lancar (Current Ratio)	2.75	1180,85	2.75	827,13	2.75	461,37	1.75	274,21	1.25	277,39	1,25
	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	2.25	73,93	0,75	41,24	1,25	37,06	1,75	42,49	1,25	51,79	1,25
	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2.25	9,29	0,75	11,70	1,25	10,90	1,25	13,54	1,25	16,71	2,25
	Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)	2.25	1,64	1,00	1,71	1,00	0,65	0	1,65	1	2,69	1,25
	Imbalan Ekuitas (Return on Equity)	2.25	1,79	0,85	1,92	0,85	0,74	0,62	1,97	0,85	3,27	1,25
	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2.25	38,95	1,75	18,91	1,25	12,29	0,75	6,65	0,75	5,98	0,75
	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2.75	92,86	2,75	99,95	2,75	91,67	2,75	100,59	2,75	98,28	2,75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11	92.86	11		11		11		11		11
	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2
	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2
	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2	Ada	2
	Tarif Layanan	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1
	Sistem Akuntansi	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1	Ada	1
	Persetujuan Rekening	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5
	SOP Pengelolaan	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5

No	Subaspek / Indikator	Skor Standar Maksimal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	
			Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor	Capaian	Skor
	Kas											
	SOP Pengelolaan Piutang	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5
	SOP Pengelolaan Utang	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5
	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5
	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5	Ada	0.5
Jumlah Skor Aspek Keuangan (1+2)		30		23,85		24,35		22,12		21.35		22,50

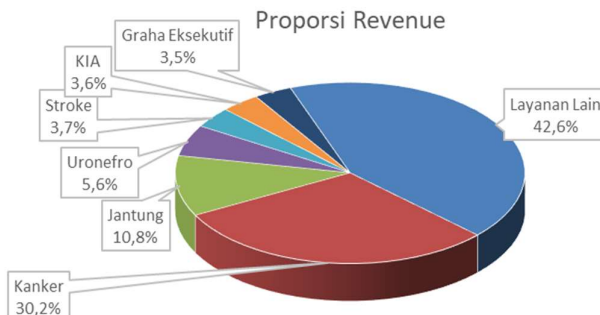
- Rasio kas (*Cash Ratio*) Tahun 2024 mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya dikarenakan tingginya angka utang pada akhir tahun 2024. Saldo Utang tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 36% dibandingkan tahun 2023. Tahun 2024 Saldo Kas juga mengalami penurunan sebesar 10%.
- Rasio Lancar (*Curent Ratio*) mengalami penurunan mulai tahun 2022 sampai tahun 2024, hal ini disebabkan karena terjadi peningkatan utang dari tahun ke tahun.
- Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*) belum mencapai Skor Optimal karena tempo penagihan piutang masih berada diatas 30 hari.
- Perputaran Aset Tetap (*Fixed Asset Turnover*) mengalami perbaikan dari tahun ke tahun, pada tahun 2024 perputaran aset tetap mencapai skor maksimal hal ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit sudah cukup baik dalam memanfaatkan aset tetapnya untuk menghasilkan pendapatan.
- Imbalan Atas Aset Tetap (*Return on Fixed Asset*) belum mencapai Skor Maksimal Namun menunjukkan perbaikan, Tahun 2024 mengalami peningkatan dimana Tahun 2024 mencapai skor 1.25 dan Tahun 2023 mencapai skor 1 hal ini dipengaruhi oleh pada tahun 2024 Keuangan Rumah Sakit mengalami peningkatan Surplus (tanpa beban penyusutan) dari sebelumnya sebesar Rp 106.896.093.784 menjadi Rp 174.757.445.862.
- Imbalan atas Ekuitas Tahun 2024 mengalami peningkatan dari Tahun sebelumnya. Tahun 2024 mencapai 1.25 sedangkan tahun 2023 0.85 hal ini juga dipengaruhi pada tahun 2024 Rumah Sakit mengalami peningkatan Surplus (tanpa beban penyusutan).
- Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional dari tahun ke tahun mencapai Skor Maksimal hal ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit dianggap mampu membiayai seluruh kebutuhan dan pengeluaran dengan pendapatan yang dihasilkan oleh Operasional Rumah Sakit.

III. Monitoring Evaluasi Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO)

Kinerja Keuangan dan Operasional RS Mohammad Hoesin Palembang dalam lima tahun terakhir dijelaskan melalui 12 indikator Monitoring Evaluasi Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO) yang disajikan pada Lampiran 24. Selama periode tersebut, RS Mohammad Hoesin Palembang mencatat EBITDA positif, menunjukkan kondisi keuangan yang sehat karena pendapatan mampu menutupi beban operasional tanpa penyusutan sehingga tetap menghasilkan arus kas dan keuntungan operasional. Dari sisi pendapatan, tahun 2020–2023 menunjukkan peningkatan stabil pada kisaran 28–29%, kecuali tahun 2022 yang turun 5% akibat masa pemulihan pasca pandemi COVID-19. Tahun 2024 mengalami peningkatan signifikan; hingga Juli telah mencapai 74% dari pendapatan 2023 dan diproyeksikan mencapai 1 triliun rupiah pada akhir tahun. Tiga rasio beban terhadap pendapatan operasional menunjukkan bahwa beban pegawai dan beban persediaan nonfarmasi tetap berada dalam standar kecuali beban pegawai pada tahun 2024. Sementara itu, rasio beban persediaan farmasi masih melebihi standar (>25%), sehingga diperlukan pengendalian biaya terutama pada layanan high cost dan high volume. Gross margin tahun 2024 berhasil ditutup dengan angka positif 3% walaupun pada periode November dan Desember Tahun 2024 Gross Margin mencapai angka negatif masing-masing sebesar -4% dan -14%. Gross margin tahun 2022 turun menjadi -2% karena penurunan pendapatan di masa pemulihan pandemi. Pada tahun lainnya gross margin berada di angka 7%, masih di bawah standar namun tetap menunjukkan bahwa pendapatan lebih tinggi dibanding beban pokok pendapatan. Operating margin pada periode 2020–2024 masih negatif, menandakan pendapatan belum menutupi seluruh beban operasional.

Sebaliknya, EBITDA margin tetap positif, dengan capaian tertinggi pada tahun 2021 dan 2023 sebesar 11%. Indikator Day Inventory Turnover menunjukkan tren perbaikan melalui penurunan jumlah hari pengelolaan persediaan, menandakan efisiensi manajemen persediaan. Sementara Day Payable Turnover tahun 2022–2024 seluruhnya berada dalam batas standar yang ditetapkan

Gambar 2.7. Proporsi Revenue Layanan Unggulan



Dalam Rentang 5 Tahun terakhir RS Mohammad Hoesin memiliki 5 layanan unggulan yang memiliki porsi 53,9% terhadap rata-rata revenue RS dimana layanan unggulan dengan porsi tertinggi terdapat pada layanan Kanker/Onkologi dengan proporsi 30,2% dan Jantung/Kardiologi dengan proporsi 10,8%.

Kinerja pengelolaan keuangan selama tahun 2020-2024 memperoleh Opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) yang berhasil dipertahankan secara konsisten selama lima tahun berturut-turut (2020–2024) merupakan indikator fundamental keberhasilan tata kelola keuangan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Capaian ini menjadi bukti bahwa pengelolaan aset dan liabilitas telah dilaksanakan secara transparan, akuntabel, serta sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku. Pencapaian opini WTP secara berkelanjutan juga memperkuat kepercayaan pemangku kepentingan dan menunjukkan komitmen organisasi dalam menjaga integritas serta kualitas pengelolaan keuangan.

2.1.3. Sumber Daya Manusia

I. Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan

Tabel 2. 3 Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan

No	Pegawai Berdasarkan Pendidikan	2020		2021		2022		2023		2024	
		ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN
I.	MEDIK	185	65	196	63	205	59	204	81	199	90
II.	KEPERAWATAN	512	404	516	453	568	460	730	374	931	198
III.	KEBIDANAN	37	38	37	36	35	36	51	20	68	4
IV.	KEFARMASIAN	72	116	75	122	84	118	119	78	177	16
V.	GIZI	27	0	29	0	31	0	31	0	31	0
VI.	KETERAPIAN FISIK	32	14	31	13	30	15	30	16	37	8
VII.	KETEKNISIAN MEDIS	129	67	125	71	154	75	172	65	209	26
VIII.	NON MEDIK	274	866	236	951	235	969	232	521	214	520
	Jumlah	1268	1570	1245	1709	1342	1732	1569	1155	1866	862
	Total	2838		2954		3074		2724		2728	

Penambahan SDM RS Mohammad Hoesin menyesuaikan dengan kebijakan pemerintah “Zero Growth” untuk menggantikan pegawai purnabakti/*resign*. Namun dalam pemenuhan SDM RS Mohammad Hoesin melalui rekrutmen ASN maupun Non-ASN juga tetap mempertimbangkan kebutuhan pengembangan layanan. Penambahan jumlah SDM RS Mohammad Hoesin terkait pengembangan layanan dari tahun 2020 - 2024 antara lain untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pada saat pandemi COVID-19, penambahan layanan ICU, Klinik Estetika Graha Eksekutif, pengembangan Kamar Operasi Hybrid, penambahan layanan CVICU, dan penambahan layanan EMS IGD dan Kardio-Onkologi.

Peningkatan tenaga medis dan tenaga penunjang medis dilakukan untuk mendukung pengembangan layanan unggulan dan layanan prioritas serta pengampuan. Terdapat peningkatan

jumlah dokter spesialis dan subspecialis di bidang kardiologi dan onkologi untuk mendukung pengembangan masterplan Hoesin, serta menunjang pelayanan unggulan yang akan disasar oleh Hoesin.

2.1.4. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

I. Neraca 2020-2024

Pada Lampiran 25. Neraca Tahun 2020–2024, dapat dilihat bahwa terjadi penurunan nilai pada aset gedung dan bangunan dari tahun 2020 hingga 2024. Penurunan ini disebabkan oleh kegiatan demolish terhadap 37 rumah dinas. Sementara itu, aset peralatan dan mesin mengalami peningkatan meskipun relatif kecil. Pergerakan nilai aset tersebut berpengaruh terhadap penurunan nilai ekuitas yang terus terjadi dari tahun ke tahun, yang terutama disebabkan oleh meningkatnya akumulasi penyusutan. Kondisi ini menunjukkan bahwa dalam rencana lima tahun ke depan, rumah sakit perlu memprioritaskan investasi pada peralatan dan mesin (Alkes) serta gedung dan bangunan sesuai dengan Master Plan.

II. Data sarana dan prasarana dan alat kesehatan

Pada Lampiran 26. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020–2024, tahun 2020–2021 terjadi penambahan aset berupa peralatan dan mesin untuk menghadapi pandemi COVID-19, serta penambahan gedung, bangunan, dan sarana parkir melalui belanja modal dan hibah. Pengurangan aset pada periode ini berasal dari pengembalian belanja modal pembangunan Gedung THT dan Patologi Anatomi, penilaian kembali gedung, serta reklasifikasi keluar aset tetap. Untuk Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP), terjadi mutasi tambah dari penyelesaian konstruksi Gedung Instalasi Rawat Inap Tahap III. Tahun **2021** juga mencatat penambahan aset dari transfer masuk berupa rusunawa, hibah renovasi gedung kemoterapi, serta reklasifikasi masuk berupa selasar dan gedung 8 lantai. Pengurangan aset berasal dari reklasifikasi keluar peralatan dan mesin serta pengembalian belanja modal gedung. KDP kembali mengalami penambahan. Pada tahun **2022**, penambahan aset berasal dari pembelian dan hibah peralatan dan mesin serta belanja modal gedung. Pengurangan aset terjadi melalui reklasifikasi keluar peralatan dan mesin serta gedung dan bangunan. KDP mengalami mutasi tambah dan kurang. Tahun **2023** terjadi penambahan aset dari pembelian peralatan dan penambahan gedung, sementara pengurangan aset berasal dari reklasifikasi keluar peralatan, mesin, gedung, dan bangunan. KDP juga mencatat mutasi tambah dan kurang. Pada tahun **2024**, penambahan aset berasal dari pembelian dan hibah peralatan dan mesin serta belanja modal gedung. Pengurangan aset disebabkan oleh pencatatan aset yang akan dihapuskan, penghentian penggunaan aset, serta reklasifikasi. KDP kembali mengalami mutasi penambahan dan pengurangan.

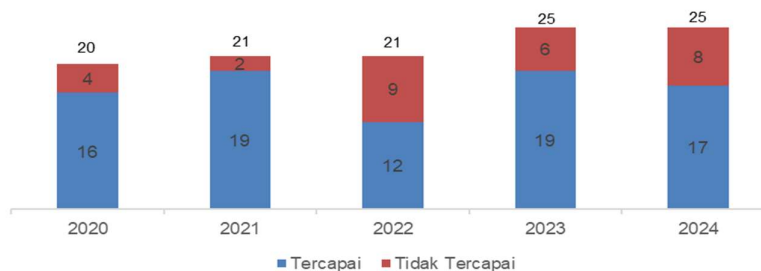
III. Penambahan Sarana dan Prasarana

Pada lampiran 27. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020–2024, dari tahun 2020 sampai tahun 2024 RS Mohammad Hoesin Palembang terus melakukan penambahan sarana dan prasarana, terutama alat kesehatan, guna mendukung terselenggaranya layanan unggulan dan layanan prioritas. Pada periode tersebut, terdapat 37 unit alat kesehatan baru untuk menunjang layanan dengan total nilai sebesar Rp148.240.433.638. Meskipun telah terjadi peningkatan, secara keseluruhan rumah sakit masih memerlukan tambahan investasi sarana dan prasarana alat kesehatan untuk memenuhi kebutuhan layanan serta mendukung pencapaian Visi dan Misi dalam lima tahun ke depan.

2.1.5. Evaluasi Indikator Kinerja Utama

I. Capaian IKU per tahun

Gambar 2.8. Indikator Kinerja Utama 2020 - Tahun 2024



Indikator Kinerja Utama diatas merupakan Indikator yang masuk kedalam RSB Revisi 2 Tahun 2020-2024. Terdapat 3 Indikator Kinerja Utama yang selalu tidak mencapai target dalam tiga

tahun terakhir (2022-2024), yaitu:

1. Capaian WBK.WBBM, dikarenakan masih terdapat tindak lanjut dari hasil temuan BPK yang belum terselesaikan.
2. Tingkat kepuasan karyawan, dikarenakan hasil survey tingkat kepuasan karyawan masih rendah pada poin kepuasan terhadap imbalan.
3. Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi, dikarenakan masih rendahnya jumlah perawat di area kritis yang memiliki sertifikat kompetensi.

Pada Tahun 2024 terdapat 8 Indikator Kinerja Utama yang belum mencapai target yaitu (1) Capaian WBK.WBBM; (2) Tingkat Kesehatan BLU; (3) Tingkat Kepuasan Karyawan; (4) Jumlah layanan baru melalui program sister hospital; (5) Waktu tunggu pelayanan radioterapi; (6) Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan Prioritas Di RSMH; (7) Persentase Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan dan (8) Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO).

2.3. Analisis SWOT/BSC

2.3.1 Analisis SWOT

Dalam pencapaian visi RSMH, kekuatan (*strength*), kelemahan/kekurangan (*weakness*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*) yang dihadapi perlu diidentifikasi dengan memperhatikan harapan dan kekhawatiran stakeholders, isu dan tantangan strategis, serta data capaian kinerja dan faktor lainnya yang dapat memengaruhi pencapaian visi dan misi Rumah Sakit. Analisis tersebut disajikan dalam Lampiran 32. Analisa *Strength & Weakness* dan Lampiran 33. Analisa *Opportunity & Threat*

2.3.2 Diagram Kartesius Prioritas Strategis

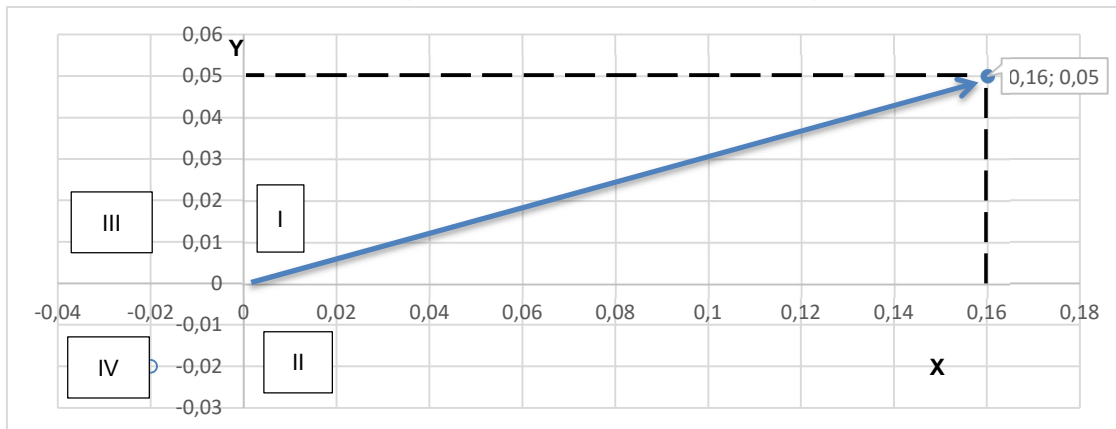
Pada tabel perhitungan SWOT faktor dan sub faktor dan perhitungan pembobotan dan rating di atas diperoleh mulai koordinat sebagai berikut :

Sumbu X (Horisontal) = Kekuatan (S) – Kelemahan (W) = 0,16

Sumbu Y (Vertikal) = Peluang (O) – Ancaman (T) = 0,05

Dengan koordinat tersebut maka posisi RSMH berada di koordinat (Kuadran) I, yang digambarkan dalam analisis kuadran sebagai berikut:

Gambar 2.9. Diagram Kartesius Prioritas Strategis RSMH



Dari hasil skoring analisa SWOT dapat disimpulkan bahwa posisi organisasi Rumah Sakit Mohammad Hoesin berada pada kuadran 1 sehingga strategi yang harus diambil oleh Rumah Sakit adalah **Growth Oriented Strategy**, dimana Rumah Sakit akan fokus untuk memprioritaskan inisiatif-inisiatif S-O/W-O/S-T/W-T.

2.3.3 Analisis TOWS

Berdasarkan hasil analisis SWOT dilakukan analisis TOWS untuk menemukan strategi yang sesuai yang akan menjadi inisiatif strategis, seperti pada tabel berikut, berikut:

Tabel 2.4. Analisis TOWS

Matriks TOWS		FAKTOR FAKTOR INTERNAL	
		Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
FAKTOR FAKTOR EKSTERNAL	Peluang (Opportunities)	SO STRATEGI S-O (Attacking Strategy) <ul style="list-style-type: none"> Mengembangkan layanan klinis (S1,S2,S5,S6,S13,O2,O4,O5) Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya (S1,S2,S6,S9,S12,O1,O3,O4,O6,O8) Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK (S1,S2,S5,S10,S11,S12,S13,O8,O9,O11) Meningkatkan Stratifikasi RS yang diampu (S1,S2,S3,S5,S6,S8,O2,O4,O8,O11) Memenuhi kebutuhan SDM dan Sarpras yang mendukung layanan Kardiologi dan Onkologi (S1,S2,S3,S5,S6,O8,O9,O10,O11) 	WO STRATEGI W-O (Build Strength for Attacking Strategy) <ul style="list-style-type: none"> Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi (W6, W7, O3) Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien (W1,W9,W11,W13,W14,O1,O4,O6,O7,O8) Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record yang terintegrasi (W1,W7,W13,W14,W18,O3,O8) Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset (W2,W3,W16,W17,W18,O10,O11)
	Ancaman (Threats)	ST STRATEGI S-T (Defensive Strategy) <ul style="list-style-type: none"> Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD (S1, S5, S6, T1, T2, T3, T4) Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung (S1, S5, S6, T1, T2, T3, T4) Mengembangkan branding dan marketing RSV (S1, S5, S6, T1, T2, T3, T4) Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan (S1,S6,S11,S12,S2,S3,S5,S6,S7) 	WT STRATEGI W-T (Build Strength for Defensive Strategy) <ul style="list-style-type: none"> Mengembangkan layanan Non-JKN (W13, T2) Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan (W5, T8) Mengembangkan branding dan marketing RSV (W4, T4) Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway (W8, W15, T1, T2, T3, T4) Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue (W6, W7, T7) Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi (W4,W6,W7,W16,T6,T7) Melakukan review tarif INACBGS secara berkala (W4,W5,W6,W7,W12,W13,T1,T6)

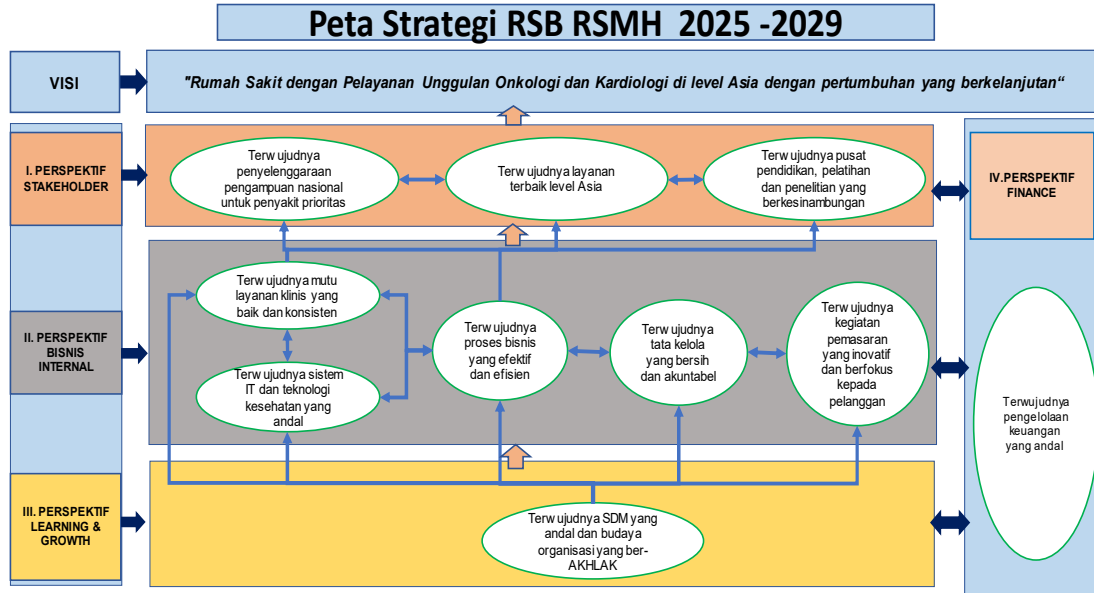
2.2.4 Analisis dan Mitigasi Risiko

Berdasarkan Profil Risiko RSMH terdapat 14 pernyataan risiko yang sebagian besar (8 risiko) dikategorikan sebagai tingkat risiko sedang dengan dua permasalahan utama, yaitu masalah Sumber Daya Manusia (SDM) dan Operasional Layanan. Sedangkan Tingkat Risiko Tinggi didominasi oleh permasalahan Kualitas Layanan serta tingkat keamanan dan operasional Keuangan.

Secara umum, Strategi mitigasi difokuskan pada tiga area utama: (1) Kualitas Layanan; Membentuk tim monitoring dan evaluasi standar layanan klinis serta memberlakukan kepatuhan terhadap SOP sebagai indikator kinerja unit; (2) Keuangan & Tarif; Melakukan evaluasi tarif secara komprehensif, melibatkan profesional eksternal, dan mengusulkan perubahan tarif INA-CBG's berdasarkan evaluasi tersebut (3) Sarpras & Alkes; Mengajukan usulan bantuan dana PHLN (Pinjaman dan Hibah Luar Negeri) untuk pengadaan sarpras dan alkes pendukung layanan strategis (seperti pengampuan Kardiologi dan Onkologi). Data lengkap terlampir pada Lampiran 22. Profil Risiko

2.2.5 Peta Strategis

Gambar 2.10. Peta Strategis RSB RSMH Tahun 2025-2029



2.4. Inisiatif Strategis

Tabel 2.5. Inisiatif Strategis

Perspektif	Sasaran Starategis	No	Inisiatif Strategis
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung
		2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
		3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
Stakeholder	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	4	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring
Stakeholder	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	5	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
		6	Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	7	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi
		8	Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
		9	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
Proses bisnis internal	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	10	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
Proses bisnis internal	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	11	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
		12	Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV
		13	Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV
		14	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya
Proses bisnis internal	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	15	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
		16	Meningkatkan mutu layanan unggulan
Proses bisnis internal	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	17	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN
Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	18	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
		19	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	20	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV
		21	Memperkuat cadangan modal strategis
		22	Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan

BAB III
RENCANA STRATEGIS BISNIS

3.1. Program Kementerian Negara/Lembaga

1. Program Kesehatan Masyarakat.
2. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
3. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
4. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi
5. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
6. Program Dukungan Manajemen

3.2. Strategi Bisnis BLU

Untuk mencapai kinerja program strategis kementerian, RSMH Menyusun strategi bisnis berupa program kerja strategis RSMH Tahun 2025-2029, sebagai berikut:

1. Mewujudkan Layanan Unggulan Terbaik Level Asia.
 - A. Terwujudnya pelayanan kesehatan paripurna yg unggul dan berfokus pada pasien.
 - B. Terselenggaranya Pelayanan unggulan Onkologi dan Kardiologi tingkat Paripurna.
2. Menjadi Rumah Sakit Pengampu Nasional di Wilayah Sumatera Bagian Selatan.
 - A. Terselenggaranya proses pengampuan di regional Sumatera Bagian Selatan untuk 9 Penyakit Prioritas.
 - B. Terwujudnya 9 Layanan Prioritas tingkat Paripurna.
3. Mewujudkan Clinical Riset Unit (CRU) untuk menunjang pengembangan dan mutu layanan
 - A. Terselenggaranya pendidikan dan pelatihan terstandar dan berkualitas serta penelitian translational yang inovatif menunjang kualitas pelayanan.
 - B. Terjalinnnya kemitraan penelitian dengan perguruan tinggi, Dinas Kesehatan dan Stakeholder terkait.

3.3. Kegiatan dan Indikator

Untuk mewujudkan target IKU setiap tahun, diperlukan program kerja strategis yang merupakan gambaran rangkaian program kerja yang dibutuhkan dalam kurun waktu 2025-2029. Adapun program kerja strategis RSMH Tahun 2025-2029 adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 1.Sasaran Strategis dan KPI Indikator RSV Tahun 2025-2029

Prespektif	Sasaran Strategis	No	Indikator	Target Tahun-				
				2025	2026	2027	2028	2029
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1.	EBITDA margin	10%	10%	15%	15%	15%
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2.	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 pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	3.	% Pencapaian Lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	57.5%	65%	72.5%	80%
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4.	% Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	2%	2%	2%	2%	2%
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5.	% Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6.	BLU Maturity Rating Score	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7.	Bed Occupancy Rate	70%	70%	70%	70%	70%
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8.	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	<1.0%	<1.0%	<1.0%	<1.0%	<1.0%
		9.	% Standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10.	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	25%	30%	40%	50%	50%	
Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11.	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)
		12.	Training Effectiveness Index	70%	73.75%	77.5%	81.25%	85%

3.4. Roadmap Program

Tabel 3. 2. Roadmap Program Kerja Strategis RSMH Tahun 2025-2029

Sasaran Strategis (L1)	No	Inisiatif Strategis (L2)	No	Program Strategis (L3)	Fase 1		Fase 2		Fase 3
					2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1	Memperbaiki Fasilitas Pendukung: Parkir, Taman, Toilet, dan Ruang Tunggu untuk Meningkatkan Kenyamanan Pengunjung	1a	Memperbaiki Fasilitas Parkir					
			1b	Memperbaiki Fasilitas Taman					
			1c	Memperbaiki Fasilitas Toilet					
			1d	Memperbaiki Fasilitas Ruang Tunggu					
	2	Memperbaiki Waktu Pelayanan Pasien Secara End-To-End: Antrian Pasien RJ, RI, OK dan IGD	2a	Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Inap					
			2b	Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Jalan					
			2c	Memperbaiki Waktu Pelayanan Operasi Elektif					
			2d	Memperbaiki Waktu Pelayanan Radiologi					
			2e	Memperbaiki Waktu Pelayanan Lab					
			2f	Memperbaiki Waktu Pelayanan IGD					
3	Mengurangi Jumlah dan Mempercepat Penanganan Keluhan Pasien	3a	Melaksanakan Program Customer Service yang Berfokus Pada <i>Hospitality</i> dan <i>Patient Experience</i>						
		3b	Membentuk Berbagai Saluran Komunikasi untuk Menampung Keluhan Pasien						
		3c	Mempercepat Penyelesaian Keluhan Kategori Non-Medis						
Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas	4	Menguatkan Kapabilitas Pelayanan untuk RS Jejaring	4	Melakukan Pembinaan (Konsultasi, Advokasi, dan Monitoring) Terhadap RS yang Diampu					
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan	5	Mengembangkan Pelayanan Unggulan Berdasarkan Hasil Riset	5	Memiliki Layanan Unggulan Berbasis Riset					
	6	Meningkatkan Jumlah Publikasi di Jurnal Internasional Melalui Penelitian Translasional	6	Melakukan Kegiatan Riset dan Penelitian					
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	7	Menerapkan Digitalisasi Sistem dan Administrasi yang Terintegrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record yang Terintegrasi	7a	Implementasi Sistem dan Administrasi Pelayanan Yang Terintegrasi					
			7b	Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi RME Yang Terintegrasi					
	8	Menerapkan Digitalisasi Sistem Inventory RSV yang Terintegrasi	8	Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi Inventory Yang Terintegrasi					
	9	Menguatkan Fungsi Pengadaan Barang dan Hasa Menggunakan E-Catalogue	9	Membenahi Peran dan Tanggung Jawab Fungsi Pengadaan Barang dan Jasa					
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	10	Meningkatkan Kualitas Aspek Finansial, Pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	10a	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Finansial					
			10b	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Pelayanan					
			10c	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Kapabilitas Internal					
			10d	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan					
			10e	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Inovasi					
			10f	Memastikan Indikator Kinerja Keuangannya Maturity Rating Aspek Lingkungan					

Sasaran Strategis (L1)	No	Inisiatif Strategis (L2)	No	Program Strategis (L3)	Fase 1		Fase 2		Fase 3
					2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	11	Meningkatkan Utilisasi Bed Rawat Inap	11a	Meningkatkan Efisiensi Perawatan Pasien					
			11b	Meningkatkan Produktivitas SDM dan Alat					
	12	Meningkatkan Produktivitas Rawat Jalan RSV	12	Meningkatkan Jumlah Pasien Rawat Jalan					
	13	Meningkatkan Produktivitas Ruang OK RSV	13	Meningkatkan Jumlah Pasien yang Melakukan Tindakan Bedah					
	14	Melakukan Pengadaan Barang dan Jasa Secara Konsolidasi untuk Efisiensi Biaya	14	Perencanaan Central Procurement untuk Pengadaan Barang dan Jasa Secara Konsolidasi					
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	15	Penerapan Standar Klinis Menggunakan PPK dan Clinical Pathway	15a	Mengadakan Pelatihan dan Pendidikan Kepada Tenaga Medis Dalam Mengimplementasikan PPK dan Clinical Pathway					
			15b	Melakukan Monitoring dan Evaluasi Terhadap Penerapan Standar Klinis Menggunakan PPK dan Clinical Pathway					
	16	Meningkatkan Mutu Layanan Unggulan	16a	Membuat PPK Untuk Seluruh Layanan Unggulan (Untuk Layanan Unggulan Yang Belum Memiliki PPK)					
			16b	Melakukan Review PPK Untuk Seluruh Layanan Unggulan					
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	17	Meningkatkan Pendapatan Layanan Non-JKN	17a	Meningkatkan Jangkauan Channel Digital RS					
			17b	Meningkatkan Jumlah Penjamin untuk Pembayaran Pasien					
			17c	Mengembangkan Layanan Non-JKN					
			17d	Mengimplementasi Pola Tarif Non-JKN					
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	18	Meningkatkan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang Dengan Remunerasi yang Berkeadilan	18a	Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Poliklinik					
			18b	Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Rawat Inap					
			18c	Mengimplementasi Pola Remunerasi					
19	Meningkatkan Kualitas Nakes dan Named Melalui Peningkatan Kompetensi yang Tersertifikasi	19	Memfasilitasi Peningkatan Kompetensi Tersertifikasi untuk Nakes dan Named						
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	20	Meningkatkan Efisiensi Keuangan RSV	20a	Meningkatkan Pertumbuhan Kinerja Pendapatan					
			20b	Mengendalikan Beban Terhadap Pendapatan					
			20c	Menerapkan Standar Unit Cost Pelayanan					
			20d	Melakukan Review Tarif INACBGS Secara Berkala					
			20e	Meningkatkan Kualitas Klaim JKN Ke BPJS Kesehatan					
	21	Memperkuat Cadangan Modal Strategis	21	Meningkatkan Likuiditas Keuangan					
22	Meningkatkan Pengelolaan dan Pelaporan Keuangan	22a	Meningkatkan Ketepatan Waktu Penyampaian						
		22b	Meningkatkan Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan						

3.5. Proyeksi Keuangan

Tabel 3. 3. Estimasi Pendapatan

Sumber Pendapatan	MAK	2024	2025	2026	2027	2028	2029
		TARGET	TARGET	TARGET	TARGET	TARGET	TARGET
a Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	424111	1.043.319.736.417	1.087.701.875.000	1.127.694.342.885	1.167.366.967.085	1.207.039.591.285	1.246.712.215.485
b Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	424312	-	-	-	-	-	-
c Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	424421	1.924.051.333	347.219.000	394.788.003	408.676.763	422.565.523	436.454.283
d Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di Luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	424422	407.479.248	86.804.000	98.696.148	102.168.308	105.640.468	109.112.628
e Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	424911	5.525.563.585	3.229.322.000	3.671.739.114	3.800.911.994	3.930.084.874	4.059.257.754
f Pendapatan Lainnya	424919	-	-	-	-	-	-
g Pendapatan BLU lainnya dari sewa tanah	424921	840.247.628	1.291.730.000	-	-	-	-
h Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung	424922	1.038.159.201	753.508.000	856.738.596	886.878.916	917.019.236	947.159.556
i Pendapatan BLU lainnya dari sewa ruangan	424923	4.647.931.521	3.767.542.000	4.283.695.254	4.434.396.934	4.585.098.614	4.735.800.294
TOTAL		1.057.703.168.933	1.097.178.000.000	1.137.000.000.000	1.177.000.000.000	1.217.000.000.000	1.257.000.000.000

Tabel 3. 4. Rencana Kebutuhan Anggaran

Uraian	Rencana Kebutuhan Anggaran					Sumber Dana
	2025	2026	2027	2028	2029	
Belanja Pegawai						
Gaji	113.625.452.000	147.258.503.000	160.619.420.000	175.489.941.000	193.038.935.000	RM
Belanja Barang						
Remunerasi BLU	316.357.015.000	453.530.864.000	469.486.215.000	468.641.047.000	484.044.204.000	BLU
Belanja Barang BLU	3.653.582.000	2.530.757.000	2.619.789.000	14.927.949.000	15.400.620.000	BLU
Belanja Jasa	92.249.204.000	123.877.297.000	128.235.337.000	96.875.880.000	99.751.210.000	BLU
Belanja Pemeliharaan	36.220.774.000	33.254.070.000	34.423.958.000	35.483.774.000	39.096.430.000	BLU
Belanja Perjalanan	3.724.778.000	2.252.247.000	2.331.481.000	5.130.178.000	5.298.467.000	BLU
Belanja Penyedia Barang dan Jasa lainnya	31.716.902.000	30.100.228.000	31.159.160.000	39.273.886.000	36.627.210.000	BLU
Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - keperluan perkantoran	62.320.709.000	68.676.596.000	71.092.659.000	78.638.561.000	79.372.107.000	BLU
Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - Obat-obatan (Farmasi)	102.133.655.000	255.655.950.000	264.650.002.000	270.829.014.000	286.966.658.000	BLU
Belanja Modal						
Gedung Layanan	142.700.541.000	4.706.148.000	4.871.711.000	100.547.230.000	98.905.103.000	BLU
Konsultan DED Gedung Onkology	-	742.323.000	768.438.000	-	-	BLU
Alat Kesehatan (BLU)	13.300.000.000	88.242.617.000	91.347.018.000	44.955.796.000	47.872.186.000	BLU
Pengolah Data dan Komunikasi	5.620.007.000	3.638.229.000	3.766.222.000	9.556.171.000	9.869.650.000	BLU
Fasilitas Perkantoran BLU	2.275.350.000	8.611.400.000	8.914.351.000	2.526.471.000	2.551.682.000	BLU
Pengadaan Peralatan Non Medik	2.450.724.000	3.365.893.000	3.484.306.000	4.216.655.000	4.354.978.000	BLU
Pengolah Data dan Informasi (GOI)	-	2.778.097.000	2.376.265.000	-	-	BLU
Fasilitas Perkantoran BLU (GOI)	-	10.517.558.000	8.996.269.000	-	-	BLU
Pengadaan Peralatan Non Medik (GOI)	-	3.594.605.000	3.074.671.000	-	-	BLU
Pengadaan Software/Antivirus (GOI)	-	1.750.000.000	1.496.875.000	-	-	BLU
Sumber Dana PHLN	182.707.411.000	261.591.952.000	101.840.897.000	-	-	PHLN
Total	1.111.056.104.000	1.506.675.334.000	1.395.555.044.000	1.347.092.553.000	1.403.149.440.000	

Dalam memenuhi tugas rumah sakit sebagai pemberi layanan kesehatan, disusunlah estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran rumah sakit Mohammad Hoesin selama 5 tahun kedepan yang berasal dari Rupiah Murni (RM), Pendapatan BLU, dan Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri (PHLN). Dana PHLN digunakan untuk layanan Onkologi yang melanjutkan program yang sudah dijalankan pada RSB sebelumnya untuk menguatkan kualitas dan kuantitas layanan kanker dan pengembangan serta penunjang layanan yang terintegrasi dan memenuhi Green Building Concept sesuai Master Plan: Ruang lingkup IGD, IRJ, RANAP, OK, ICU, Radiologi, Lab, Rehab medik, HD, dan parkir. Sumber dana layanan Onkologi berasal dari PHLN *Islamic Development Bank* (IsDB) dan untuk pengembangan serta penunjang layanan masih dalam proses usulan yang diperkirakan pelaksanaannya pada periode tahun anggaran 2026-2029.

BAB IV PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis terhadap Estimasi Pendapatan Tahun 2024–2029 dalam RSB 2025–2029, diketahui bahwa realisasi pendapatan Tahun 2024 serta perkiraan realisasi Tahun 2025 tidak mencapai target yang ditetapkan dalam RSB, meskipun melampaui target pendapatan dalam DIPA. Ketidaksiesuaian ini terutama disebabkan oleh perbedaan proyeksi antara RSB dan DIPA, perubahan regulasi klaim BPJS, serta tingginya pending klaim.

Dengan mempertimbangkan kondisi tersebut, dilakukan penyesuaian terhadap target pendapatan agar lebih realistis dan akuntabel. Penyesuaian ini berdampak pada revisi estimasi pendapatan, anggaran operasional, serta kebutuhan anggaran untuk periode 2026–2029 sebagaimana tercantum dalam Tabel 3.3, Lampiran 11, dan Lampiran 12.

Melalui Revisi ke-1 RSB Tahun 2025–2029, RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang menegaskan komitmennya untuk tetap menjaga kualitas dan aksesibilitas pelayanan, meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan keuangan, serta memastikan keberlanjutan sebagai BLU yang profesional, adaptif, dan berdaya saing.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Mohammad Hoesin tahun 2025-2029 ini disusun berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, serta memperhatikan Petunjuk teknis penyusunan Rencana Strategis Bisnis sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 202/PMK.05/2022, Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum. RSB ini merupakan dokumen perencanaan yang memuat arah dan kebijakan untuk lima tahun kedepan dan disusun oleh sebuah tim dengan melibatkan seluruh Direksi RSMH dan Dewan Pengawas.

Untuk RSB periode 2025-2029, RSMH telah menetapkan visi **“Rumah Sakit dengan pelayanan unggulan Onkologi dan Kardiologi di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan”**, dengan berfokus pada pengembangan layanan onkologi terpadu, jantung terpadu, layanan prioritas dan inovatif yang paripurna, unggul dan berfokus pada pasien.

Dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Mohammad Hoesin ini dapat dijadikan pedoman bagi seluruh unit kerja di lingkungan RSMH dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumber daya dimasing masing unit dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis dalam kurun waktu periode RSB.

4.2. Saran

- Dukungan pendanaan pembangunan dan pengembangan rumah sakit dilakukan melalui alokasi Rupiah Murni dan PHLN yang menjadi kewenangan Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan. Pengawasan pelaksanaan Masterplan gedung dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan bersama kontraktor dan konsultan pengawas. Transformasi menuju SMART Hospital memerlukan dukungan Pusdatin Kemenkes serta kerja sama dengan vendor Teknologi Informatikaprofesional.
- Peningkatan kapasitas SDM di era digital dilakukan melalui Badan PPSDM Kesehatan dan lembaga pendidikan atau pelatihan eksternal. Inovasi layanan Kardiologi dan Onkologi diperkuat melalui kemitraan dengan perguruan tinggi, asosiasi profesi, dan lembaga penelitian. Upaya penguatan branding dan strategi pemasaran menuju pasar nasional maupun internasional membutuhkan dukungan Kemenkes, Kemenparekraf, dan konsultan pemasaran.
- Pertimbangan pendanaan layanan berada pada kewenangan Ditjen Pelayanan Kesehatan. Pengembangan layanan unggul dan berfokus pada pasien di wilayah Sumatera Bagian Selatan didukung oleh pemerintah daerah dan dinas kesehatan provinsi. Penetapan target pendapatan jangka pendek (DIPA) berbasis RSB ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Keuangan.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Pencapaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024

NO	IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Perspektif Konsumen											
1	Capaian WBK WBBM	Pencapaian ZI	-	Pencapaian ZI	Pencapaian ZI	WBK	0	WBK	0	WBK,WB BM	0
2	Tingkat kesehatan BLU	70	73.67	80	88.69	84	87.45	85	84.55	86	81,74
3	Tingkat Kepuasan Pasien	78%	80.13%	79%	81.74%	85%	85.40%	86%	84.90%	87%	88.83%
4	Tingkat Kepuasan Karyawan	80%	79.56%	80%	79.13%	80%	78.01%	80%	75.71%	81%	78.61%
5	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)			60%	96.80%	70%	99.10%	90%	98.67%	100%	98.39%
6	Terlaksananya Kegiatan Pengampunan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring Dan Daring							100%	100%	100%	100%
Perspektif Bisnis Internal											
7	Jumlah layanan inovatif	4 Layanan	7 Layanan	4 Layanan	7 Layanan	2 Layanan	5 Layanan	2 Layanan	4 Layanan	2 Layanan	2 Layanan
8	Jumlah Layanan Baru Melalui Program Sister Hospita							2 Layanan	0	2 Layanan	1 Layanan
9	Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi	110 Hari	99 hari	60 Hari	60 Hari	40 Hari	28 Hari	27 Hari	21 Hari	14 Hari	14.46 Hari
10	Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi	60 Hari	10 hari	50 Hari	11 hari	11 Hari	18 Hari	11 Hari	9 Hari	11 Hari	8.26 Hari
11	Capaian Door To Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer Pada Pasien STEMI Onset <12 Jam	60%	80%	60%	85%	70%	90.29%	80%	93.20%	90%	95,16%
12	Respon Time CABG	≤48 Jam	26 jam	≤48 Jam	20 jam	<48 jam	97.68 Jam	<48 jam	66.26 Jam	< 48 Jam	37.61 Jam
13	Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan Prioritas di RSMH							50%	50%	100%	50%
14	Jumlah kerjasama dengan pihak penyedia JKN	4 Kerja sama	2								
15	Jumlah kerjasama dengan asuransi kesehatan Non BPJS			4 Kerja sama	10 Kerja sama	6 Kerja sama	8 Kerja sama	6 Kerja sama	6 Kerja sama	8 Kerja Sama	16 Kerja Sama
16	Jumlah Kerjasama Layanan Preventif Promotif	3 Kerja sama	10 Kerja sama	6 Kerja sama	7 Kerja sama	8 Kerja sama	14 Kerja sama	10 Kerja sama	22 Kerja sama	12 Kerja Sama	84 Kerja Sama
Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan											
	Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi	70%	61%	75%	60.24%	80%	74.68%				
17	Peningkatan Jumlah Perawat Area Kritis Dan Layanan Unggulan Yang Tersertifikasi							75%	76.37%	78%	78.77%

NO	IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	Jumlah Kerjasama Pendidikan dalam Layanan Kesehatan	10 Kerja sama	11 Kerja sama	11 Kerja sama	11 Kerja sama						
18	Jumlah Kerja Sama Pendidikan Profesi Dan Non Profesi Dalam Layanan Kesehatan					12 Kerja sama	25 Kerja sama	13 Kerja sama	32 Kerja sama	14 Kerja Sama	59 Kerja Sama
19	Jumlah Pelatihan Yang Terakreditasi	1 Pelatihan	3 Pelatihan	2 Pelatihan	4 Pelatihan	3 Pelatihan	14 Pelatihan	8 Pelatihan	9 Pelatihan	10 Pelatihan	12 Pelatihan
20	Diklat Terakreditasi	40%	59.25%	65%	80.9%	100%	100%	Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi
21	Jumlah Penelitian Klinis Onkologi Dan Kardiologi							2 Penelitian	2 Penelitian	2 Penelitian	4 Penelitian
22	Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar	100%	100%	100%	100%	100%	97,6%	100%	100%	100%	100%
23	Persentase Pengembangan dan implementasi Sistem informasi manajemen RS	80%	90%	80%	83%	85%	90%	90%	93%	100%	100%
	Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan	75	48	60	10	50	134				
24	Persentase Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan							50%	64.93%	50%	44.68%
Perspektif Keuangan											
25	Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional (POBO)	70%	80.24%	75%	90.86%	90%	81.23%	87%	98.63%	90%	93.98%
26	Peningkatan Saldo BLU	102%	139%	105%	107%	107%	79%				
27	Nilai IKPA (Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran)							89%	92.02%	89%	93.98%

Lampiran 2. Pencapaian Kinerja Layanan BLU Tahun 2020-2024

No	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maksimal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	
			Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor
1	Layanan	35		16.25		31.75		33.00		30.75		30.75
	a. Pertumbuhan Produktivitas											
	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	0.72	0.00	1.18	2.00	1.34	2.00	1.51	2.00	1.3	2.00
	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	0.72	0.00	1.14	2.00	1.14	2.00	1.10	2.00	1.19	2.00
	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	0.75	0.00	1.09	1.50	1.18	2.00	1.09	1.50	1.14	2.00
	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	0.84	0.00	1.31	2.00	1.23	2.00	1.20	2.00	1.23	2.00
	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	0.78	0.00	1.35	2.00	1.17	2.00	1.07	2.00	1.1	1.50
	Pertumbuhan Operasi	2	0.69	0.00	1.00	1.25	1.30	2.00	1.09	1.50	1.47	2.00
	Pertumbuhan Rehab Medik	2	0.45	0.00	1.32	2.00	1.51	2.00	1.27	2.00	0.99	1.25
	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	0.95	1.25	1.21	2.00	1.13	2.00	1.17	2.00	1.08	1.50
	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	2	0.89	0.50	1.15	2.00	1.36	2.00	0.94	1.00	1.12	2.00
	b. Efektivitas Pelayanan											
	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	84.12	2.00	89.26	2.00	63.42	1.50	48.76	1.25	16.2	0.00
	Pengembalian Rekam Medik	2	100	2.00	100.00	2.00	100.00	2.00	100.00	2.00	100.00	2.00
	Angka Pembatalan Operasi	2	11.1	0.50	13.47	0.50	6.81	0.50	2.10	1.00	0.91	2.00
	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	0.99	2.00	0.48	2.00	0.10	2.00	0.05	2.00	0.01	2.00
	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	98.99	2.00	98.34	2.00	96.60	2.00	98.41	2.00	97.46	2.00
	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0.13	2.00	0.11	2.00	0.13	2.00	0.12	2.00	0.07	2.00
	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	52.8	1.00	61.07	1.50	71.77	2.00	78.77	1.50	85.22	1.50

No	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maksimal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	
			Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor
	c. Pertumbuhan Pembelajaran											
	Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1	0.84	1.00	3.06	1.00	1.25	1.00	2.90	1.00	1.64	1.00
	Persentase Dokter Pendidik Klinis Yang Mendapat TOT	1	100	1.00	100.00	1.00	100	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Program Reward and Punishment	1	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00
2	Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat	35		33.30		32.82		32.45		31.95		31.49
	a. Mutu Pelayanan											
	Emergency Response Time Rate	2	5.00	2.00	5.00	2.00	5.00	2.00	5.00	2.00	5.00	2.00
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	25.89	2.00	13.46	2.00	20.38	2.00	34.81	1.50	36.89	1.50
	Length of Stay (LOS)	2	6.36	2.00	6.78	2.00	6.94	2.00	7.18	2.00	6.63	2.00
	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	27.02	1.00	29.68	1.00	53.05	0.50	30.25	0.50	29.97	1.00
	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	0.21	2.00	0.11	2.00	0.16	2.00	0.08	2.00	0.80	2.00
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	1.54	2.00	1.71	2.00	1.67	2.00	2.00	2.00	1.61	2.00
	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	2.37	2.00	3.49	1.50	2.89	2.00	2.91	2.00	4.03	1.00
	b. Mutu Klinik											
	Angka Kematian di Gawat Darurat	2	1.16	2.00	1.40	2.00	1.46	2.00	1.58	2.00	1.57	2.00
	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 jam	2	5.62	2.00	6.20	2.00	5.76	2.00	5.92	2.00	5.69	2.00
	Post Operative Death Rate	2	2.91	1.50	2.73	1.50	2.99	1.50	3.81	1.50	4.48	1.50
	Angka Infeksi Nosokomial :											
	-Dekubitus	1	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00
	-Phlebitis	1	0.01	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00
	-Infeksi Saluran Kemih (ISK)	1	0.01	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00
	-Infeksi Luka Operasi (ILO)	1	0.01	1.00	0.01	1.00	0.03	1.00	0.04	1.00	0.07	1.00

No	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maksimal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	
			Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor	Haper	Skor
	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	0.56	2.00	0.00	2.00	0.09	2.00	0.18	2.00	0.36	2.00
c. Kepedulian Kepada Masyarakat												
	Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lain	1	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00
	Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00	Ada program dilaksan akan	1.00
	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	52.53	2.00	49.88	2.00	48.32	2.00	46.97	2.00	46.96	2.00
d. Kepuasan Pelanggan												
	Penanganan Pengaduan/Komplain	1	100	1.00	100.00	1.00	100	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	Kepuasan Pelanggan	1	0.8	0.8	0.82	0.82	0.85	0.85	0.85	0.85	0.89	0.89
e. Kepedulian Terhadap Lingkungan												
	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)	2	9381	2.00	10950	2.00	12485	2.00	9685	2.00	9405	2.00
	Proper Lingkungan	1	Kuning	1.00	Kuning	1.00	Biru	0.60	Biru	0.60	Biru	0.60
Jumlah Skor Aspek Pelayanan (1+2)		70		49.55		64.57		65.45		62.70		62.24

Lampiran 3. Justifikasi Terhadap Penurunan Kinerja Layanan

Tahun	Indikator	Hambatan	Tindak Lanjut
2020	Pertumbuhan Produktivitas	COVID-19 mengakibatkan penurunan jumlah pasien baik layanan rawat jalan maupun rawat inap sehingga capaian indikator pertumbuhan produktivitas mengalami penurunan	Optimalisasi pelayanan secara <i>online</i> melalui <i>telemedicine</i> .
	Angka Pembatalan Operasi	Angka pembatalan operasi meningkat disebabkan karena kondisi pasien	
2021	Angka Pembatalan Operasi	Faktor penyebab terbanyak yang mempengaruhi tingginya angka pembatalan operasi adalah kondisi umum dari pasien tidak memenuhi syarat untuk dilakukan operasi sesuai jadwal, sehingga terjadi pembatalan operasi	<ul style="list-style-type: none"> - Pengembangan aplikasi penjadwalan operasi (SIJO) - Peningkatan mutu pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien - Monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap penerapan protokol kesehatan di area publik.
2022	Indikator Angka Pembatalan Operasi	Penyebab paling tinggi terkait angka pembatalan operasi adalah kondisi pasien saat masuk rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Optimalisasi penggunaan aplikasi penjadwalan operasi (SIJO) - Persiapan pre operasi dijadwalkan sebelum di-acc / disetujui penjadwalan oleh IBS - Waktu mulai pelayanan rawat jalan oleh Dokter sesuai jadwal dan tepat waktu sehingga dapat mengurangi penumpukan pasien - Berkoordinasi dengan Instansi Rawat Jalan dan SIMRS terkait penggunaan <i>e-prescribing</i>.
	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	Penyebab rendahnya indikator ini dikarenakan terjadinya penumpukan resep masuk terutama saat <i>peak hour</i> , peningkatan jumlah resep obat dan belum optimalnya penggunaan <i>e-prescribing</i> .	
2023	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	Penyebab lamanya pelayanan resep obat jadi antara lain terdapat proses migrasi database ke server baru yang menyebabkan <i>e-prescribing</i> susah diakses, serta adanya penumpukan resep masuk pada jam puncak.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saat ini data pelayanan sudah tersimpan di server baru yg lebih besar kapasitasnya. 2. Terkait dengan penumpukan resep masuk pada jam puncak, maka akan dilakukan mobilisasi TTK dari TPO lain saat jam puncak
2024	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Aplikasi masih belum user friendly dan internet yang tidak stabil	Feedback capaian kelengkapan rekam medik elektronik secara rutin kepada DPJP, Penyederhanaan RME, atau penggantian aplikasi RME, Perbaikan jaringan internet, Penambahan indikator Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan sebagai salah satu unsur penilaian dalam remunerasi DPJP
	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	Penyebab lamanya pelayanan resep obat jadi antara lain terdapat proses migrasi database ke server baru yang menyebabkan <i>e-prescribing</i> susah diakses, serta adanya penumpukan resep masuk pada jam puncak.	Perbaikan jaringan, Bridging <i>e-prescribing</i> dengan SIMRS, Meningkatkan ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sehingga mengurangi penumpukan jumlah pasien
	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> - Aplikasi PACS belum bisa filter foto sesuai dengan dokter DPJP radiologi sehingga pemilihan foto untuk ekspertise lambat. - Jumlah foto atau pemeriksaan banyak tidak sebanding dengan jumlah dokter radiologi. 	Penyempurnaan aplikasi PACS secepatnya, Meningkatkan kecepatan ekspertise setelah aplikasi PACS baru terpasang dengan sempurna, Perlu penambahan dokter radiologi
2025	% Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	<ul style="list-style-type: none"> - Belum Tersedianya Refrigerator - 80 derajat Celcius media produk Uji Coba - Waktu memulai proses penelitian yang panjang (Dokumen Kelayakan Etik, Review) 	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi dengan Timker Yanjang untuk Pengadaan Refrigerator - Koordinasi dengan berbagai pihak Internal (Hukmas, Komite Etik) dan Pihak Eksternal (Sponsor Danone dan Prodia the CRO)
	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakpuasan pasien terhadap beberapa layanan seperti sulit parkir, waktu tunggu dokter lama dan lama menunggu obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi berkesinambungan dengan unit internal RS terkait layanan yang perlu diperbaiki dan ditingkatkan demi kenyamanan pasien

	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan pendapatan operasional (akrual) dari pasien JKN, penurunan proporsi pasien SL III (2024 = 26,43% dibandingkan 2025 = 10,8%) dan peningkatan proporsi pasien SL I (2024 = 41,05% dibandingkan 2025 = 61,8%) - Peningkatan beban pegawai yang disebabkan oleh Alih Status JP/BLU menjadi P3K. - Peningkatan beban farmasi yang disebabkan oleh peningkatan volume pasien. - Koreksi/Adjustment Pendapatan yang masih tinggi. Pada tahun 2025 meningkat 9,6x dari periode yang sama tahun 2024. (1,5M menjadi 14,5 M) - Adanya pengembalian dari pendapatan layanan JKN yang telah diterima akibat verifikasi/audit paska klaim (13,21M hasil pemeriksaan tahun 2024 yang harus dikembalikan di tahun 2025). 	<p>1. Peningkatan pendapatan, melalui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan arus kas masuk = perbaikan kualitas klaim dan penyediaan ruang rawat untuk meningkatkan volume pasien rawat inap JKN. - Penerapan kebijakan rujuk balik bagi pasien rawat inap yang memenuhi kriteria (advokasi Dirmed untuk koordinasi para case manager) - Meningkatkan pasien Non JKN dengan strategi pemisahan pasien reguler dan pasien eksekutif secara bertahap <p>2. Pengendalian beban, melalui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyesuaian perhitungan remunerasi DPJP berdasarkan nilai klaim yang dibayarkan. - Penyesuaian pembayaran honor tim menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku (SBM dll) - Advokasi Dirmed untuk melakukan kendali biaya farmasi, dengan melakukan : <ul style="list-style-type: none"> - Konfirmasi ke penulis resep utk peresepan yang tidak sesuai dengan formularium RS - Pengendalian distribusi obat/BMHP/AMHP utk ruang perawatan - Melakukan pengadaan obat/BMHP/AMHP secara konsolidasi - Meminta persetujuan dari Direktur Medik melalui KFT, TKMKB, Komite Medik untuk pemberian obat/BMHP/AMHP yang penggunaannya sudah melebihi 30% tarif INACBGS
	Realisasi Anggaran	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya Penambahan Pagu Revisi ambang Batas, penambahan pagu belanja pegawai dan Blokir pagu yang menyebabkan belanja tidak maksimal 	Kordinasi dengan PPK untuk percepatan belanja dan percepatan tagihan pembayaran

Lampiran 4. Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan Severity Level

Tahun	2020	2021	2022	2023	2024	2025 s.d TWIII
Severity Level I	13.097	12.666	16.406	14.993	20.551	19.953
Severity Level II	7.575	7.519	8.386	10.248	14.219	8.817
Severity Level III	4.298	4.244	6.103	10.029	10.558	3.496
Total	24.970	24.429	30.895	35.270	45.328	32,266

Berdasarkan Severity Level, proporsi kunjungan pasien rawat inap level III mengalami peningkatan

Lampiran 5. Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap Tahun 2020-2024

No	2020		2021		2022		2023		2024	
	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah
1	Chronic Renal Failure, Unspecified	1034	Enterovirus Infection, Unspecified	1410	Enterovirus Infection, Unspecified	920	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	1256	Chronic Renal Failure, Unspecified	1134
2	Thalassaemia => Beta	689	Chronic Renal Failure, Unspecified	634	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	878	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	1128	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	1096
3	With Renal Failure	503	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	514	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	730	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	1037	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	1086
4	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	481	With Renal Failure	477	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	674	Chronic Renal Failure, Unspecified	689	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	989
5	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	436	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	407	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	646	Acute Lymphoblastic Leukaemia	649	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	821
6	Other Low Birt H Weight 1000 -2499 Gr	369	Unspecified (Nos, Cardiac)	377	With Renal Failure	415	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	640	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	711
7	Severe Pre-Eclampsia	340	Other Low Birt H Weight 1000 -2499 Gr	334	Chronic Renal Failure, Unspecified	412	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	584	Chronic Kidney Disease, Stage 5	685
8	Malignant Neoplasm Of Ovary	282	Thalassaemia => Beta	267	Unspecified (Nos, Cardiac)	397	Malignant Neoplasm Of Ovary	514	Acute Lymphoblastic Leukaemia	631
9	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	234	Malignant Neoplasm Of Ovary	241	Malignant Neoplasm Of Ovary	393	Chronic Kidney Disease, Stage 5	449	Malignant Neoplasm Of Ovary	551
10	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	212	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	226	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	380	With Renal Failure	393	With Renal Failure	538

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dalam 5 (lima) tahun terakhir 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Inap didominasi penyakit / kasus Onkologi dan Jantung.

Lampiran 6. Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan Tahun 2020-2024

No	2020		2021		2022		2023		2024	
	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah
1	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	7229	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	8540	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	10160	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	8191	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	9505
2	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	4678	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	5427	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	5373	Systemic Lupus Erythematosus, Unspecified	5619	Systemic Lupus Erythematosus, Unspecified	7231
3	Low Back Pain	4200	Low Back Pain	4391	Systemic Lupus Erythematosus, Unspecified	5200	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	5706	Low Back Pain	6551
4	Systemic Lupus Erythematosus, Unspecified	3489	Systemic Lupus Erythematosus, Unspecified	4020	Low Back Pain	5042	Low Back Pain	6012	Hiv Disease Resulting In Myobacterial Infection =>In Unspecified Infectious Or Parasitic Disease	5408
5	Calculus Of Kidney (Nephrolithiasis Nos)(Renal Calculus Or Stone)(Staghorn Calculus)(Stone In Kidney)	2609	Developmental Disorder Of Speech And Language, Unspecified	3214	Developmental Disorder Of Speech And Language, Unspecified	4258	Chronic Kidney Disease, Stage 5	5844	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	5004
6	Hiv Disease Resulting In Myobacterial Infection =>In Unspecified Infectious Or Parasitic Disease	2539	Calculus Of Kidney (Nephrolithiasis Nos)(Renal Calculus Or Stone)(Staghorn Calculus)(Stone In Kidney)	3022	Hiv Disease Resulting In Infectious And Parasitic Diseases	4267	Hiv Disease Resulting In Myobacterial Infection =>In Unspecified Infectious Or Parasitic Disease	5368	Thalassaemia => Beta	4993
7	Epilepsy, Unspecified	2110	Epilepsy, Unspecified	2806	Thalassaemia => Beta	3862	Developmental Disorder Of Speech And Language, Unspecified	4410	Developmental Disorder Of Speech And Language, Unspecified	4659
8	Thalassaemia => Unspecified	2093	Thalassaemia => Unspecified	2667	Epilepsy, Unspecified	3666	Thalassaemia => Beta	3994	Epilepsy, Unspecified	4412

No	2020		2021		2022		2023		2024	
	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah	Diagnosis	Jumlah
9	Displacement Intervertebral Disk /Hnp	1880	Tb Of Lung, Without Mention Of Bacteriologically & Histologically Confirmation	2361	Calculus Of Kidney (Nephrolithiasis Nos)(Renal Calculus Or Stone)(Staghorn Calculus)(Stone In Kidney)	3242	Epilepsy, Unspecified	3763	Chronic Kidney Disease, Stage 5	4383
10	End-Stage Renal Failure	1779	HIV Disease Resulting In Infectious And Parasitic Diseases	2246	CHILDHOOD AUTISM	2711	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	2932	Unspecified Disorder Of Psychological	3113

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dalam 5 (lima) tahun terakhir 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Jalan didominasi penyakit / kasus Onkologi dan Jantung.

Lampiran 7. Program dan Biaya Investasi Kegiatan

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
Memperbaiki Fasilitas Parkir	% zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total	1. Penambahan area parkir di area madang (belakang tk), depan dan samping wisma sekitar 419 kapasitas parkir R4 2. Pembuatan DED gedung parkir dan gedung servis 3. Penambahan zonasi untuk pengunjung 4. Penambahan Parkir di gedung onkologi sebanyak 43 kapasitas parkir R4	pihak penyedia	Pemeliharaan lahan parkir dan service	pihak penyedia	Pembangunan gedung parkir dan service 14 lantai dengan kapasitas parkir 1512 R4	Rp129,000,000,000	Pemeliharaan gedung parkir dan service	tidak ada biaya investasi	Pemeliharaan gedung parkir dan service	tidak ada biaya investasi
	% keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan terhadap fasilitas parkir	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan terhadap fasilitas parkir	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan terhadap fasilitas parkir	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan terhadap fasilitas parkir	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan terhadap fasilitas parkir	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Fasilitas Taman	% ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan	1. Demolish gedung rawat inap lakitan, rawas, kelingi, lematang dan komering 2. Pembangunan taman di Lokasi Demolish (Ex. Rawat Inap) 3. Pengembangan green hospital	Rp422,000,000	Pembangunan taman dekat kolam retensi/onkologi	Rp2,500,000,000	1. Pemeliharaan/penataan taman 2. Demolish gedung rawat inap rambang, rupit dan enim 3. Pengembangan taman onkologi center	Rp1,200,000,000	1. Pemeliharaan taman 2. Pembangunan taman di Lokasi Demolish (Ex. rambang) 3. Pengembangan green hospital	Rp1,000,000,000	Pemeliharaan taman	Rp1,000,000,000
	% keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas taman	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas taman	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas taman	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas taman	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas taman	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Fasilitas Toilet	% jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding	Penambahan toilet berkebutuhan khusus di lokasi public hall,	Rp200,000,000	Evaluasi Kepuasan Pelanggan dan Pemeliharaan	tidak ada biaya investasi	Renovasi Toilet Berkebutuhan Khusus	Rp400,000,000	Survey dan Pemeliharaan Toilet	tidak ada biaya investasi	Survey dan Pemeliharaan Toilet	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
	keseluruhan jumlah toilet	gedung graha lama dan gedung rawat inap		toilet berkebutuhan khusus dilokasi gedung onkologi dan BHC				Berkebutuhan Khusus		Berkebutuhan Khusus	
	% keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas toilet	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas toilet	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas toilet	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas toilet	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas toilet	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Fasilitas Ruang Tunggu	Rasio ruang tunggu per pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renovasi area ruang tunggu public hall dan graha lama 2. Pengadaan interior ruang tunggu di gedung rawat inap, onkologi 3. Pengadaan Fasilitas ruang tunggu: media informasi elektronik 4. Pengembangan sistem antrian poliklinik yang terintegrasi dengan emr, simrs, aplikasi pasien (mobile) 5. Pembuatan Manajemen antrian pengambilan obat farmasi dan sistem pengantaran obat ke lokasi pasien 6. Pengembangan layanan informasi berbasis dashboard dan video edukasi di setiap ruang tunggu pasien 7. Pengembangan anjungan mandiri pendaftaran pasien 8. Pengembangan aplikasi pendaftaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadaan televisi monitor dan komputer = Rp 300.000.000 2. renovasi ruang tunggu public hall = 200.000.000 3. reovasi graha lama = 180.000.000 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadaan interior dan media informasi ruang tunggu di gedung onkologi dan BHC 2. Pemeliharaan area ruang tunggu 3. Optimalisasi sistem antrian poliklinik 4. Pengembangan manajemen antrian obat farmasi 5. Pengembangan aplikasi pendaftaran online untuk setiap pelayanan 6. Optimalisasi anjungan mandiri pendaftaran pasien 7. Optimalisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mesin APM = Rp. 50.000.000 2. pemeliharaaan ruang tunggu = 200.000.000 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penambahan fasilitas ruang tunggu: media informasi elektronik 2. Pengembangan anjungan mandiri pengambilan obat di apotek rsmh 3. Penggunaan AI dalam pendaftaran pasien yang terintegrasi dengan rekam medis pasien dan antrian poliklinik 	Rp2,000,000,000	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeliharaan area ruang tunggu 2. Antrian virtual poliklinik 3. Optimalisasi penggunaan AI dalam pendaftaran pasien yang terintegrasi dengan rekam medis pasien dan antrian poliklinik 	tidak ada biaya investasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeliharaan area ruang tunggu 2. Antrian virtual poliklinik 3. Optimalisasi penggunaan AI dalam pendaftaran pasien yang terintegrasi dengan rekam medis pasien dan antrian poliklinik 	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
		online untuk setiap pelayanan 9. Optimalisasi check in mandiri untuk pendaftaran online 10. Pengembangan telemedicine pelayanan secara virtual		telemedicine pelayanan secara virtual							
	% keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas ruang tunggu	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas ruang tunggu	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas ruang tunggu	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas ruang tunggu	tidak ada biaya investasi	Evaluasi dan sosialisasi hasil survei kepuasan pada fasilitas ruang tunggu	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Inap	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap	1. Memperbaiki birokrasi pengambilan keputusan pasien 2. Mengoptimalkan FMEA dan FCP 3. Simplifikasi berkas paperless untuk rawat inap pasien 4. Pembangunan Gedung Rawat Inap Standar KRIS Tahap 2	Pembangunan Gedung KRIS : Rp121,000,000,000	1. Pengembangan WA blast DPJP 2. Mengoptimalkan pemulangan pasien H-1 3. Digitalisasi proses administrasi rawat inap	tidak ada biaya investasi	1. Monitoring pelaksanaan FMEA dan FCP 2. Pengembangann digitalisasi administrasi rawat inap	tidak ada biaya investasi	1. Penyederhanaan digitalisasi administrasi pasien rawat inap 2. Monitoring pelaksanaan FMEA dan FCP	tidak ada biaya investasi	1. Penyempurnaan digitalisasi proses administrasi pasien rawat inap 2. Pembangunan Tahap 1 Gedung Medical Ccentral Unit (CMU) 2 (Rawat Jalan, Ibu dan Anak)	Pembangunan Tahap 1 Gedung Medical Ccentral Unit (CMU) 2 : Rp200,000,000,000
	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge)	1. Penilaian kepatuhan durasi visite sesuai INM pada hari Sabtu, Minggu, dan libur 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang 3. Penyederhanaan paperless berkas	tidak ada biaya investasi	1. Digitalisasi proses administrasi pasien rawat inap saat pulang 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang	tidak ada biaya investasi	1. Pengembangan digitalisasi administrasi pasien pulang 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang H-1	tidak ada biaya investasi	1. Penyederhanaan digitalisasi administrasi pasien pulang 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang H-1	tidak ada biaya investasi	1. Penyempurnaan digitalisasi administrasi pasien pulang 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan pasien pulang H-1	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
		administrasi rawat inap saat pulang									
Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Jalan	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran	1. Monev kehadiran terhadap kehadiran staf pelayanan di Rawat Jalan target 85 % tepat waktu 2. Perbaikan durasi layanan setiap DPJP menjadi minimal 2 jam pelayanan	tidak ada biaya investasi	1. Monev kehadiran terhadap kehadiran staf pelayanan di Rawat Jalan target 90 % tepat waktu 2. Perbaikan durasi layanan setiap DPJP menjadi minimal 2 jam pelayanan	tidak ada biaya investasi	1. Monev kehadiran terhadap kehadiran staf pelayanan di Rawat Jalan target 95 % tepat waktu 2. Perbaikan durasi layanan setiap DPJP menjadi minimal 2 jam pelayanan	tidak ada biaya investasi	1. Monev kehadiran terhadap kehadiran staf pelayanan di Rawat Jalan target 100 % tepat waktu 2. Perbaikan durasi layanan setiap DPJP menjadi minimal 2 jam pelayanan	tidak ada biaya investasi	1. Monev kehadiran terhadap kehadiran staf pelayanan di Rawat Jalan target 100 % tepat waktu 2. Perbaikan durasi layanan setiap DPJP menjadi minimal 2 jam pelayanan	tidak ada biaya investasi
	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan	1. Penambahan layanan pengantaran obat pasien rawat jalan dengan jasa pengantaran pihak ketiga 2. Penyempurnaan Digitalisasi pendaftaran rawat jalan 3. Simplifikasi sistem antrian obat	tidak ada biaya investasi	Layanan terpadu onkologi dalam satu atap (rawat jalan, rawat inap, operasi, ICU, radioterapi,trans plantasi sumsum tulang, radio nuklir dan tindakan)	tidak ada biaya investasi	Pengembangan system informasi layanan di area public	Rp100,000,000	Pengembangan layanan terpadu diagnostic, rawat jalan & rawat inap di CMU 2	tidak ada biaya investasi	Pengembangan Digitalisasi layanan Onkologi Terpadu	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Waktu Pelayanan Operasi Elektif	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif	1. Implementasi aplikasi PRA-SIJO 2. Melakukan monev rutin implementasi aplikasi PRA-SIJO 3. Pelayanan Keperawatan pre operasi yang komperhensif dan kolaboratif (prioritas layanan unggulan kardiologi) 4. Membangun sistem integrasi data informasi daftar urut pasien	tidak ada biaya investasi	1. Implementasi aplikasi PRA-SIJO 2. Melakukan monev rutin implementasi aplikasi PRA-SIJO 3. Pilot project 1 ruang rawat inap bedah 4. Penguatan jaringan dan sarana	tidak ada biaya investasi	1. Pengembangan aplikasi PRA-SIJO 2. Melakukan monev rutin implementasi aplikasi PRA-SIJO 3. Pelayanan keperawatan pre operasi yang komperhensif kolaboratif (prioritas layanan unggulan onkologi -ISDB) 4. Absensi seleuruh	tidak ada biaya investasi	1. Penyederhanaan aplikasi PRA-SIJO 2. Melakukan monev rutin implementasi aplikasi PRA-SIJO 3. Ekspansi ke sub Instalasi Bedah 4. pengembangan	tidak ada biaya investasi	1. Integrasi aplikasi PRA-SIJO 2. Melakukan monev rutin implementasi aplikasi PRA-SIJO 3. pengembangan berdasarkan monitoring evaluasi untuk tindakan	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
		operasi per hari di OK dan rawat inap dengan sistem warning, intergrasi dengan SIJO		pendukung di ruang perawatan 5. Penguatan kapabilitas user		anggota operasi melalui 1 sistem bersama yang terintegrasi dengan EMR		berdasarkan monitoring evaluasi untuk tindakan diagnostik dan invensi lainnya : persiapan regulasi, sarpras dan SDM		diagnostik dan invensi lainnya : persiapan integrasi sistem	
Memperbaiki Waktu Pelayanan Radiologi	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi	1. Penambahan peralatan 1 unit USG. dan 1 unit echo kardiografi 2. Optimalisasi Aplikasi Sijarod untuk mempersingkat waktu tunggu pasien Rawat Inap dan Pasien Graha Eksekutif < 1 Hari 3. Optimalisasi PACS untuk WA ekspertise dan hasil kritis 4. Hasil pemeriksaan terintegrasi dengan EMR dan Satusehat	Rp962,739,204	1. Optimalisasi EMR untuk akses tele konsultasi dan teleradiologi pada pasien diluar jam kerja. 2. Upgrade PACS untuk post processing terintegrasi EMR 3. Ujicoba disaster plan / kehandalan sistem.	Rp3,500,000,000	Penambahan tenaga : TU, Perawat terampil, Radiografer ahli CT dan MRI serta Tenaga dokter radiologi untuk mempercepat hasil ekpertise diluar jam kerja	tidak ada biaya investasi	Perencanaan Dokter Radiologi Onsite	tidak ada biaya investasi	1. Optimalisasi Aplikasi Sijarod untuk mempersingkat waktu tunggu Pasien Rawat Inap dan Pasien Graha Eksekutif < 1 Hari serta Pasien Rawat jalan < 6 hari	tidak ada biaya investasi
Memperbaiki Waktu Pelayanan Lab	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil	1. Penambahan satelit Pengambilan sampel darah 2. Menjamin ketersediaan Reagen 3. Peningkatan SIL 4. Hasil pemeriksaan laboratorium terintegrasi dengan EMR	Rp50,000,000	1. Pengadaan alat kesehatan MRI 3T pengganti alat KSO 2. Pemeliharaan aplikasi hasil untuk faskes perujuk 3. Menjamin tersampainya hasil laboratorium Rawat Jalan baik lewat email ataupun WA	Rp45,500,000,000	1. Pemeliharaan aplikasi hasil untuk faskes perujuk 2. Menjamin tersampainya hasil laboratorium Rawat Jalan baik lewat email ataupun WA	tidak ada biaya investasi	1. Pemeliharaan aplikasi hasil untuk faskes perujuk 2. Menjamin tersampainya hasil laboratorium Rawat Jalan baik lewat email ataupun WA	tidak ada biaya investasi	1. Pemeliharaan aplikasi hasil untuk faskes perujuk 2. Menjamin tersampainya hasil laboratorium Rawat Jalan baik lewat email ataupun WA	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
Memperbaiki Waktu Pelayanan IGD	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD	Mengoptimalkan pemantauan data pasien di dashboard IGD oleh tim P3M dan supervisor keperawatan (sukep) IGD	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi Dashboard terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi	Pengembangan Dashboard IGD	tidak ada biaya investasi	Penyederhanaan Dashboard IGD	tidak ada biaya investasi	Integrasi Dashboard IGD	tidak ada biaya investasi
Melaksanakan Program Customer Service yang Berfokus Pada <i>Hospitality</i> dan <i>Patient Experience</i>	% staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i> dalam 6 bulan	1. Training Needs Anaysis (TNA) SDM yang dilatih <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> . 2. Pelatihan / Workshop <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> .	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> .	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> .	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> .	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> .	tidak ada biaya investasi
Membentuk Berbagai Saluran Komunikasi untuk Menampung Keluhan Pasien	Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk call centre, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi)	1. Menyiapkan dan menerapkan SOP penangan keluhan pasien melalui cl center 2. Pengembangan SDM dalam menangani keluhan 3. Memperbarui perangkat	Rp105,000,000	1. Mentenace perangkat call center 2. Pengembangan SDM	tidak ada biaya investasi	1. Mentenace perangkat call center 2. Pengembangan SDM	tidak ada biaya investasi	1. Mentenace perangkat call center 2. Pengembangan SDM	tidak ada biaya investasi	1. Mentenace perangkat call center 2. Pengembangan SDM	tidak ada biaya investasi
Mempercepat Penyelesaian Keluhan Kategori Non-Medis	% keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut	1. melaksanakan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan grading 2. upgrade fiture chatbot	tidak ada biaya investasi	1. melaksanakan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan	tidak ada biaya investasi	1. melaksanakan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan grading 2. upgrade fiture	tidak ada biaya investasi	1. melaksanakan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan grading 2. upgrade fiture	tidak ada biaya investasi	1. melaksanakan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
	dalam waktu 3x24 jam kerja	untuk penanganan keluhan pelanggan		grading 2. upgrade fitur chatbot untuk penanganan keluhan pelanggan		chatbot untuk penanganan keluhan pelanggan		chatbot untuk penanganan keluhan pelanggan		grading 2. upgrade fitur chatbot untuk penanganan keluhan pelanggan	
Memiliki Layanan Unggulan Berbasis Riset	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset	Optimalisasi Tim Peneliti berfokus penelitian inovatif	tidak ada biaya investasi	Kerjasama penelitian dg CRU yang mengembangkan layanan inovatif	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi Tim Peneliti berfokus penelitian inovatif memanfaatkan AI (artificial Intelligence)	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi Tim Peneliti berfokus penelitian inovatif berbasis stem cell dan biogenomic	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi Tim Peneliti berfokus penelitian inovatif berbasis stem cell dan biogenomic	tidak ada biaya investasi
Melakukan Kegiatan Riset dan Penelitian	Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan	Lomba penelitian staf, tenaga medis, dan tenaga kesehatan	tidak ada biaya investasi	Lomba penelitian staf, tenaga medis, dan tenaga kesehatan	tidak ada biaya investasi	Lomba penelitian staf, tenaga medis, dan tenaga kesehatan	tidak ada biaya investasi	Lomba penelitian staf, tenaga medis, dan tenaga kesehatan	tidak ada biaya investasi	Lomba penelitian staf, tenaga medis, dan tenaga kesehatan	tidak ada biaya investasi
Implementasi Sistem dan Administrasi Pelayanan Yang Terintegrasi	% Downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance)	Membuat dokumen SLA dan SOP terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi SLA dan SOP terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi SLA dan SOP terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi SLA dan SOP terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi SLA dan SOP terkait downtime sistem	tidak ada biaya investasi
	Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket	1. Optimalisasi koding dan query aplikasi 2. Melakukan tuning pada server dan database	tidak ada biaya investasi	Melakukan upgrade server	tidak ada biaya investasi	Melakukan upgrade infrastruktur jaringan	tidak ada biaya investasi	Penggunaan AI pada sistem pelayanan pasien	tidak ada biaya investasi	Optimalisasi penggunaan AI pada sistem pelayanan pasien	tidak ada biaya investasi
Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total	Melaksanakan survei secara berkala (perKSM dan per PPA) untuk pengembangan ERM, agar user friendly	tidak ada biaya investasi	1.Review ERM terintegrasi 2. Rekonsiliasi data input pada ERM terintegrasi	tidak ada biaya investasi	1. Optimalisasi penggunaan ERM yang terintegrasi 2. Monitoring dan Evaluasi	tidak ada biaya investasi	1. Optimalisasi penggunaan ERM yang terintegrasi 2. Monitoring dan Evaluasi	tidak ada biaya investasi	1. Optimalisasi penggunaan ERM yang terintegrasi 2. Monitoring	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
i RME Yang Terintegrasi	modul yang perlu diimplementasikan					penggunaan ERM teintegrasi		penggunaan ERM teintegrasi		dan Evaluasi penggunaan ERM teintegrasi	
Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi Inventory Yang Terintegrasi	% data input inventory ke dalam sistem inventory digital	1. Rekonsiliasi data input dengan data barang yang diterima 2. Membuat kebijakan 3. Menyusun SOP tentang prosedur input data inventory di Aplikasi 4. Review Pelaporan Inventory per periode	tidak ada biaya investasi	1. Rekonsiliasi data input dengan data barang yang diterima 2. Update kebijakan/SOP tentang prosedur input data inventory di aplikasi 3. Review Pelaporan Inventory per periode	tidak ada biaya investasi	1. Rekonsiliasi data input dengan data barang yang diterima 2. Update kebijakan/SOP tentang prosedur input data inventory di aplikasi 3. Review Pelaporan Inventory per periode	tidak ada biaya investasi	1. Rekonsiliasi data input dengan data barang yang diterima 2. Update kebijakan/SOP tentang prosedur input data inventory di aplikasi 3. Review Pelaporan Inventory per periode	tidak ada biaya investasi	1. Rekonsiliasi data input dengan data barang yang diterima 2. Update kebijakan/SOP tentang prosedur input data inventory di aplikasi 3. Review Pelaporan Inventory per periode	tidak ada biaya investasi
Membenahi Peran dan Tanggung Jawab Fungsi Pengadaan Barang dan Jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)	1. mengadakan pertemuan penyusunan pedoman pengadaan barang dan jasa 2. mengadakan pertemuan penyusunan tata cara pemilihan/pengadaan	tidak ada biaya investasi	1. mengadakan pertemuan penyusunan pedoman pengadaan barang dan jasa 2. mengadakan pertemuan penyusunan tata cara pemilihan/pengadaan	tidak ada biaya investasi	1. mengadakan pertemuan penyusunan pedoman pengadaan barang dan jasa 2. mengadakan pertemuan penyusunan tata cara pemilihan/pengadaan	tidak ada biaya investasi	1. mengadakan pertemuan penyusunan pedoman pengadaan barang dan jasa 2. mengadakan pertemuan penyusunan tata cara pemilihan/pengadaan	tidak ada biaya investasi	1. mengadakan pertemuan penyusunan pedoman pengadaan barang dan jasa 2. mengadakan pertemuan penyusunan tata cara pemilihan/pengadaan	tidak ada biaya investasi
Perencanaan Central Procurement untuk Pengadaan Barang dan	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi	melaksanakan pertemuan konsolidasi pengadaan barang & jasa antar RS vertikal wilayah sumatera	tidak ada biaya investasi	melaksanakan pertemuan konsolidasi pengadaan barang & jasa antar RS vertikal	tidak ada biaya investasi	melaksanakan pertemuan konsolidasi pengadaan barang & jasa antar RS vertikal wilayah sumatera	tidak ada biaya investasi	melaksanakan pertemuan konsolidasi pengadaan barang & jasa antar RS vertikal wilayah sumatera	tidak ada biaya investasi	melaksanakan pertemuan konsolidasi pengadaan barang & jasa antar RS vertikal	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
Jasa Secara Konsolidasi	untuk pengadaan			wilayah sumatera						wilayah sumatera	
Mengadakan Pelatihan dan Pendidikan Kepada Tenaga Medis Dalam Mengimplementasikan PPK dan Clinical Pathway	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis	Workshop Penyusunan dan Implementasi PPK & Clinical Pathway	tidak ada biaya investasi	Worskhop Implementasi PPK & Clinical Pathway	tidak ada biaya investasi	Worskhop Implementasi PPK & Clinical Pathway	tidak ada biaya investasi	Workshop Penyusunan dan Implementasi PPK & Clinical Pathway	tidak ada biaya investasi	Worskhop Implementasi PPK & Clinical Pathway	tidak ada biaya investasi
Melakukan Monitoring dan Evaluasi Terhadap Penerapan Standar Klinis Menggunakan PPK dan Clinical Pathway	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway	1.Pengembangan digitalisasi PPK di EMR 2.Update PPK sesuai PNPK terbaru 3.Sosialisasi PPK Update 4.Monev kepatuhan PPK	tidak ada biaya investasi	1.Pengembangan digitalisasi PPK di EMR 2.Update PPK sesuai PNPK terbaru 3.Monev kepatuhan PPK	tidak ada biaya investasi	1.Pengembangan digitalisasi PPK di EMR 2.Update PPK sesuai PNPK terbaru	tidak ada biaya investasi	1.Penyederhanaan digitalisasi PPK di EMR 2.Update PPK sesuai PNPK terbaru 3.Sosialisasi PPK Update 4.Monev kepatuhan PPK	tidak ada biaya investasi	1.Penyempurnaan digitalisasi PPK di EMR 2.Update PPK sesuai PNPK terbaru 3.Sosialisasi PPK Update 4.Monev kepatuhan PPK	tidak ada biaya investasi
Melakukan Review PPK Untuk Seluruh Layanan Unggulan	Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus, dan guideline organisasi profesi	Berkoordinasi dengan KSM untuk menyesuaikan/merevisi PPK sesuai PNPK terbaru di tahun 2025 (jika ada)	tidak ada biaya investasi	Revisi PPK sesuai dengan PNPK terbaru di tahun 2026, berkoordinasi dengan KSM untuk menyesuaikan/merevisi PPK sesuai	tidak ada biaya investasi	Penyesuaian PNPK 2027 dengan PPK yang ada, berkoordinasi dengan KSM	tidak ada biaya investasi	Digitalisasi PPK terbaru sesuai PNPK 2028	tidak ada biaya investasi	Review kesesuaian PPK dengan PNPK 2029	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
Mengembangkan Layanan Non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN	Promosi Layanan poliklinik BPJS Eksekutif	tidak ada biaya investasi	Promosi Layanan poliklinik BPJS Eksekutif	tidak ada biaya investasi	Promosi Layanan poliklinik BPJS Eksekutif	tidak ada biaya investasi	Promosi Layanan poliklinik BPJS Eksekutif	tidak ada biaya investasi	Promosi Layanan poliklinik BPJS Eksekutif	tidak ada biaya investasi
Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Poliklinik	% kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)	Kepatuhan pada jam kerja di Poliklinik setelah implementasi program sebesar 80%.	tidak ada biaya investasi	Kepatuhan pada jam kerja di Poliklinik setelah implementasi program sebesar 85%.	tidak ada biaya investasi	Kepatuhan pada jam kerja di Poliklinik setelah implementasi program sebesar 90%.	tidak ada biaya investasi	Jumlah insiden terkait penjadwalan yang tidak terpenuhi, sebesar 5 insiden	tidak ada biaya investasi	Kepatuhan pada jam kerja di Poliklinik setelah implementasi program sebesar 100%.	tidak ada biaya investasi
Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Rawat Inap	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap	1. Penjadwalan jaga PPA secara periodik 2. Monitoring kehadiran 3. Supervisi kehadiran di luar jam kerja reguler dilakukan supervisor keperawatan	tidak ada biaya investasi	1. Penjadwalan jaga PPA secara periodik 2. Monitoring kehadiran 3. Supervisi kehadiran di luar jam kerja reguler dilakukan supervisor keperawatan	tidak ada biaya investasi	1. Penjadwalan jaga PPA secara periodik 2. Monitoring kehadiran 3. Supervisi kehadiran di luar jam kerja reguler dilakukan supervisor keperawatan	tidak ada biaya investasi	1. Penjadwalan jaga PPA secara periodik 2. Monitoring kehadiran 3. Supervisi kehadiran di luar jam kerja reguler dilakukan supervisor keperawatan	tidak ada biaya investasi	1. Penjadwalan jaga PPA secara periodik 2. Monitoring kehadiran 3. Supervisi kehadiran di luar jam kerja reguler dilakukan supervisor keperawatan	tidak ada biaya investasi
Memfasilitasi Peningkatan Kompetensi Tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi

Nama Program	KPI Program Strategis (L3)	Kegiatan									
		2025	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2026	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2027	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2028	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)	2029	Biaya Investasi / Kebutuhan Alat/Sapras (DALAM JUTA)
	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi	Pelatihan / Workshop (Luring/ Daring/LMS)	tidak ada biaya investasi
Menerapkan Standar Unit Cost Pelayanan	% penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas	Penyusunan pedoman layanan prioritas yang telah memiliki CP dan PPK	tidak ada biaya investasi	Penyusunan pedoman layanan prioritas yang telah memiliki CP dan PPK	tidak ada biaya investasi	Penyusunan pedoman layanan prioritas yang telah memiliki CP dan PPK	tidak ada biaya investasi	Penyusunan pedoman layanan prioritas yang telah memiliki CP dan PPK	tidak ada biaya investasi	Penyusunan pedoman layanan prioritas yang telah memiliki CP dan PPK	tidak ada biaya investasi
	% kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru	Menyusun dan mengusulkan tarif Graha Eksekutif berbasis INACBG's	tidak ada biaya investasi	Menyusun dan mengusulkan tarif Graha Eksekutif berbasis INACBG's	tidak ada biaya investasi	Menyusun dan mengusulkan tarif Graha Eksekutif berbasis INACBG's	tidak ada biaya investasi	Menyusun dan mengusulkan tarif Graha Eksekutif berbasis INACBG's	tidak ada biaya investasi	Menyusun dan mengusulkan tarif Graha Eksekutif berbasis INACBG's	tidak ada biaya investasi

Lampiran 8. Data SDM yang Mengikuti Pendidikan Tahun 2020-2024

No	Uraian	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Izin Belajar	138	12	25	40	63
2	Tugas Belajar	30	24	21	21	8
Total		168	36	46	61	71

Lampiran 9. Jumlah Penelitian Dipublikasi Tahun 2020-2024

No	Uraian	Tahun					Keterangan
		2020	2021	2022	2023	2024	
1	Jumlah Penelitian	237	268	274	320	381	Semua Penelitian yang dilakukan di RSMH Palembang
2	Jumlah yang dipublikasikan	34	45	62	68	75	
3	Persentase Pertumbuhan Publikasi Penelitian	100 %	100%	100 %	100 %	100%	

Lampiran 10. Rencana Pemenuhan SDM Tahun 2025-2029

Jenis Ketenagakerjaan	Per 25 April 2024	Jumlah Kebutuhan	Rencana Pemenuhan Tahun 2025-2029					Mutasi Internal / Promosi / dll	TOTAL
			2025	2026	2027	2028	2029		
PNS	1288	1517	20	18	20	17	15		90
BLU	309	372	0	0	0	0	0		0
PPPK	611	904	23	25	24	20	15		107
JASA PERORANGAN	472	541	5	6	9	5	7		32
TOTAL	2680	3334	48	49	53	42	37	0	229

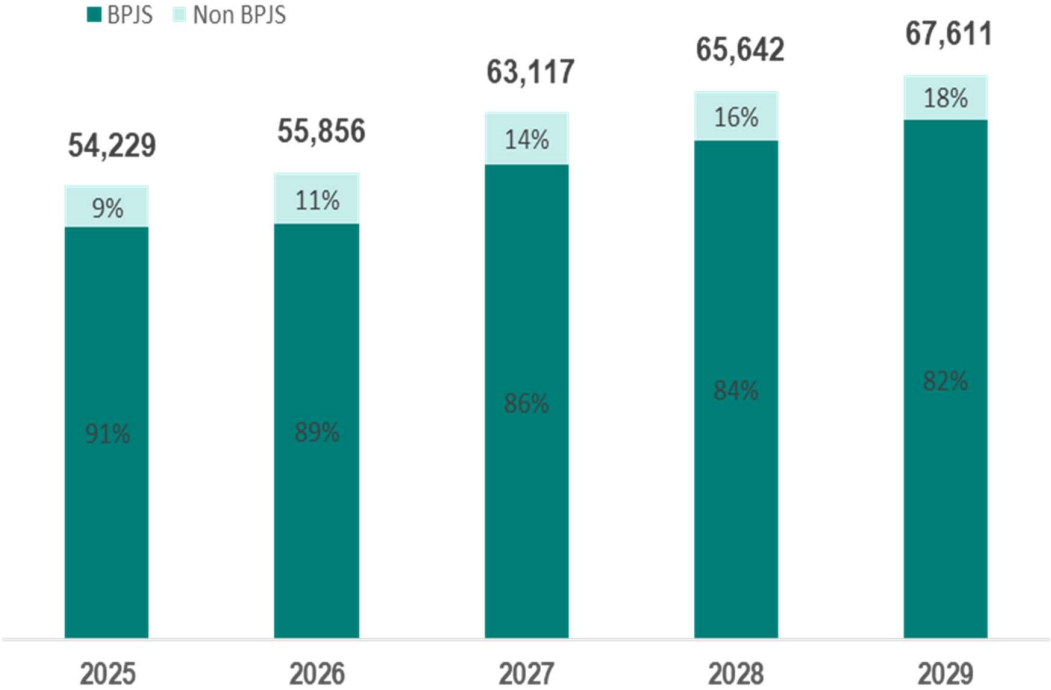
Lampiran 11. Estimasi Pendapatan Tahun 2025-2029

Sumber Pendapatan	MAK	2024	2025	TARGET 2026		TARGET 2027		TARGET 2028		TARGET 2029		
		TARGET	TARGET	SEMULA	MENJADI	SEMULA	MENJADI	SEMULA	MENJADI	SEMULA	MENJADI	
a	Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	424111	1.043.319.736.417	1.087.701.875.000	1.285.866.662.000	1.127.694.342.885	1.484.771.114.000	1.167.366.967.085	1.634.048.120.000	1.207.039.591.285	1.783.392.755.533	1.246.712.215.485
b	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	424312	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
c	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	424421	1.924.051.333	347.219.000	374.769.000	394.788.003	432.954.000	408.676.763	450.842.000	422.565.523	465.477.923	436.454.283
d	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di Luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	424422	407.479.248	86.804.000	93.691.000	98.696.148	108.237.000	102.168.308	112.709.000	105.640.468	116.367.932	109.112.628
e	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	424911	5.525.563.585	3.229.322.000	3.360.019.000	3.671.739.114	3.881.679.000	3.800.911.994	4.042.058.000	3.930.084.874	4.173.277.469	4.059.257.754
f	Pendapatan Lainnya	424919	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
g	Pendapatan BLU lainnya dari sewa tanah	424921	840.247.628	1.291.730.000	1.310.409.000	-	1.513.856.000	-	1.576.404.000	-	1.627.579.638	-
h	Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung	424922	1.038.159.201	753.508.000	764.404.000	856.738.596	883.081.000	886.878.916	919.567.000	917.019.236	949.419.390	947.159.556
i	Pendapatan BLU lainnya dari sewa ruangan	424923	4.647.931.521	3.767.542.000	3.822.021.000	4.283.695.254	4.415.409.000	4.434.396.934	4.597.840.000	4.585.098.614	4.747.102.115	4.735.800.294
TOTAL			1.057.703.168.933	1.097.178.000.000	1.295.591.975.000	1.137.000.000.000	1.496.006.330.000	1.177.000.000.000	1.645.747.540.000	1.217.000.000.000	1.795.471.980.000	1.257.000.000.000

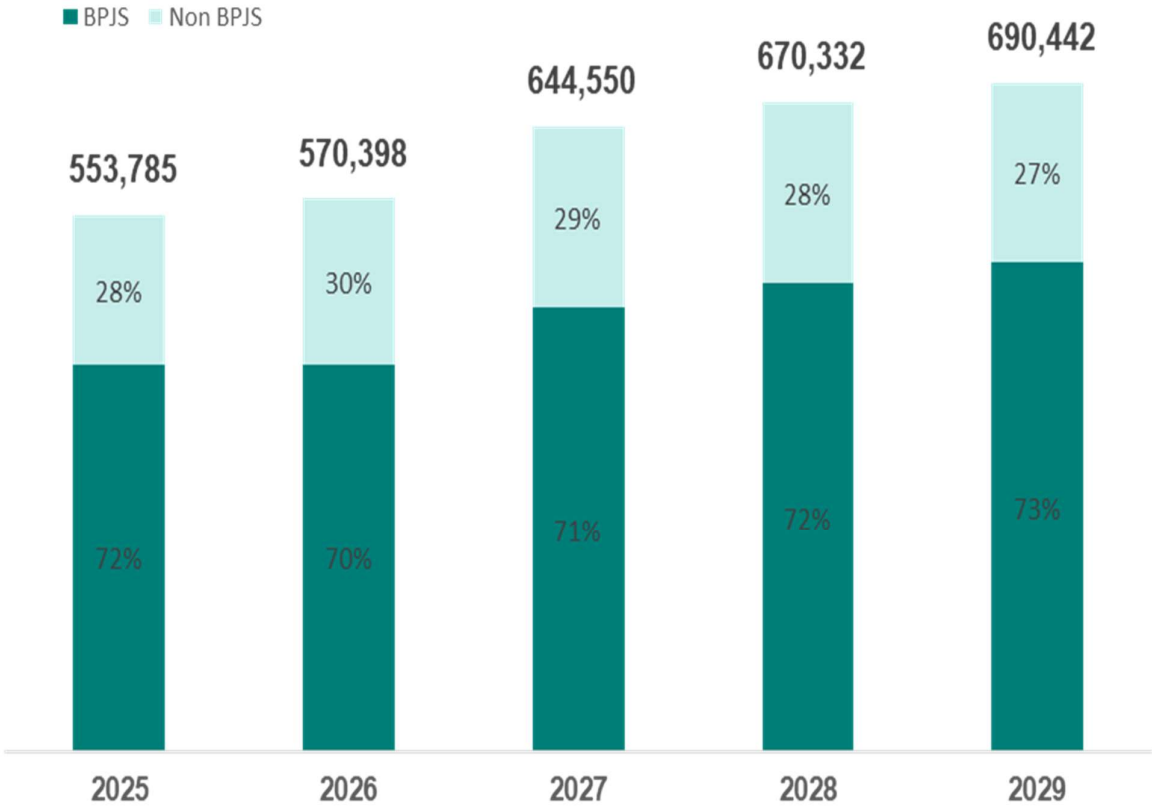
Lampiran 12. Estimasi Anggaran Operasional Tahun 2025-2029

NO	KELOMPOK JENIS BELANJA	PAGU TAHUN 2024	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN (Rp)				
			2025	2026	2027	2028	2029
1	Belanja Gaji Dan Tunjangan Blu (525111)	296.153.398.000	316.357.015.000	453.530.864.000	469.486.215.000	468.641.047.000	484.044.204.000
2	Beban Barang (525112)	12.764.396.000	3.653.582.000	2.530.757.000	2.619.789.000	14.927.949.000	15.400.620.000
3	Biaya Jasa Blu (525113)	90.734.960.000	92.249.204.000	123.877.297.000	128.235.337.000	96.875.880.000	99.751.210.000
4	Biaya Pemeliharaan Blu (525114)	34.778.279.000	36.220.774.000	33.254.070.000	34.423.958.000	35.483.774.000	39.096.430.000
5	Biaya Perjalanan Blu (525115)	2.221.024.000	3.724.778.000	2.252.247.000	2.331.481.000	5.130.178.000	5.298.467.000
6	Belanja Penyedia Barang Dan Jasa Blu Lainnya (525119)	95.021.820.000	31.716.902.000	30.100.228.000	31.159.160.000	39.273.886.000	36.627.210.000
7	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi Blu (525121)	378.175.685.000	164.454.364.000	324.332.546.000	335.742.661.000	349.467.575.000	366.338.765.000
8	Belanja Modal Peralatan Dan Mesin Blu (537112)	29.241.585.000	23.646.081.000	120.748.399.000	121.959.102.000	61.255.093.000	64.648.496.000
9	Belanja Modal Gedung Dan Bangunan Blu (537113)	51.855.000.000	142.700.541.000	5.448.471.000	5.640.149.000	100.547.230.000	98.905.103.000
10	Belanja Modal Lainnya Blu (537115)	-	-	1.750.000.000	1.496.875.000	-	-
TOTAL		990.946.147.000	814.723.241.000	1.097.824.881.026	1.133.094.727.000	1.171.602.612.000	1.210.110.505.000

Lampiran 13. Estimasi Jumlah Pasien Rawat Inap Tahun 2025-2029



Lampiran 14. Estimasi Jumlah Pasien Rawat Jalan Tahun 2025-2029



Lampiran 15. Kekuatan/*Strength* RSMH

STRENGTH		Bobot	Rating	Skor Bobot
1	Alokasi SDM dan finansial yang efektif dan efisien dengan fokus pada layanan unggulan: kardiologi dan onkologi	7%	3	0.21
2	Memiliki SDM, alat, dan jumlah <i>case</i> yang menunjang M. Hoesin menjadi jejaring Rumah Sakit Pendidikan (seperti menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama bagi berbagai fakultas di Universitas Sriwijaya)	10%	4	0.4
3	Menjalin kerja sama dengan Utah University Hospital sebagai <i>sister hospital</i> M. Hoesin	9%	5	0.45
4	Menjalin kerja sama B2B (seperti MCU) yang paling banyak dibandingkan kompetitor lain di Sumbagsel, contohnya ~9 dari 17 Pemda Kabupaten/Kota	10%	3	0.3
5	Tenaga dokter spesialis dan subspecialis dengan kompetensi dan disiplin ilmu terlengkap di Sumbagsel, khususnya seperti bidang kardiologi memiliki kompetensi yang terbaik di Sumatera karena telah mampu melaksanakan tindakan bedah jantung terbuka secara mandiri	11%	4	0.44
6	Memiliki sarana dan prasarana (SPA) penunjang medis untuk KJSU-KIA terlengkap di Sumbagsel, terutama untuk layanan unggulan kardiologi yang telah memiliki layanan integrasi jantung intervensional dan bedah terbuka serta onkologi yang telah memiliki layanan radiasi eksterna yang lengkap (brakiterapi dan linac)	11%	4	0.44
7	Memiliki peneliti klinis (<i>clinical investigator</i>) yang sudah tersertifikasi Good Clinical Practice (GCP), ~193 dari 236 peneliti dan termasuk <i>mature</i> (hanya ada 20 RS di Indonesia yang sudah <i>mature</i>)	9%	3	0.27
8	Memiliki unit penyelenggaraan pelatihan dengan akreditasi A yang aktif menyelenggarakan pelatihan	7%	3	0.21
9	Tersedianya lahan yang luas dan rencana pengembangan meningkatkan proporsi Ruang Terbuka Hijau (RTH)	4%	2	0.08
10	Memiliki sistem dan SDM mumpuni untuk menangani <i>customer complaint</i> yang bersifat non-medis, seperti isu SPA, keamanan, dan kebersihan	5%	4	0.2
11	Memiliki sistem remunerasi <i>in-house</i> (ASIK) yang dapat melihat <i>take home pay</i> dan produktivitas tenaga medis secara <i>real-time</i>	5%	2	0.1
12	Memiliki SDM tenaga IT yang aktif dan mampu mengembangkan sistem informasi secara mandiri	5%	3	0.15
13	Satu-satunya RS di Sumbagsel yang memiliki dokter spesialis <i>on-site</i> di IGD untuk 5 spesialis utama (Bedah, Penyakit Dalam, Anestesi, Obygn, dan Anak)	7%	4	0.28
Total Strength		100%		3.53

Lampiran 16. Kelemahan/*Weakness* RSMH

WEAKNESS		Bobot	Rating	Skor Bobot
1	Sistem Informasi RS dari berbagai unit belum terintegrasi satu sama lain karena belum memiliki IT Masterplan	5%	3	0.15
2	Budaya riset SDM masih rendah; fungsi penelitian saat ini masih didominasi oleh peserta didik	7%	2	0.14
3	Belum ada kemampuan untuk melaksanakan penelitian non-medis, seperti identifikasi tren pasar dan identifikasi efisiensi operasional	3%	4	0.12
4	Utilisasi beberapa alat kesehatan masih rendah	7%	4	0.28
5	Produktivitas dokter (secara <i>revenue</i>) untuk beberapa KSM masih di bawah target 50 juta per bulan	1%	3	0.03
6	Penggunaan barang-barang sebenarnya masih melebihi batas efisiensi yang telah ditetapkan karena masih menggunakan barang-barang lebih mahal yang tidak memiliki <i>benefit</i> tambahan	5%	4	0.2
7	Belum ada sistem pengendalian untuk penggunaan barang-barang, contohnya batas BMHP maksimum ~20%, tetapi saat ini yang terjadi hingga ~42%	5%	4	0.2
8	Evaluasi PPK saat ini belum optimal karena baru hanya mencakup layanan unggulan	9%	4	0.36
9	Budaya kerja belum berorientasi pada pasien (<i>patient-centric</i>), sekalipun SOP-nya sudah ada	6%	4	0.24

WEAKNESS		Bobot	Rating	Skor Bobot
10	Kegiatan sister hospital luar negeri terkait pengembangan layanan belum optimal, seperti <i>fellowship</i> dan co-branding	3%	1	0.03
11	Kedisiplinan DPJP dalam melaksanakan fungsi pelayanan di Rumah Sakit masih belum optimal	6%	2	0.12
12	Fungsi <i>sales and marketing</i> untuk pelayanan eksekutif belum dilakukan secara optimal sehingga memengaruhi jumlah pasien non-JKN yang masih rendah	5%	4	0.2
13	Fasilitas penunjang pelayanan non-medis masih perlu ditingkatkan, seperti jadwal poli (eksekutif) di hari Sabtu-Minggu, registrasi pasien secara online, dan fasilitas parkir yang memadai	4%	3	0.12
14	Waktu pelayanan IGD dan rawat inap belum sesuai standar karena tata kelola dan <i>compliance</i> yang belum sesuai standar dan proses <i>visite</i> yang menghambat pemulangan pasien	4%	3	0.12
15	Evaluasi <i>clinical pathway</i> belum dilakukan secara menyeluruh, dan masih terdapat beberapa <i>clinical pathway</i> yang belum ada (saat ini hanya ada untuk onkologi)	8%	4	0.32
16	Sarana dan prasarana untuk mendukung CRU masih belum memenuhi standar	8%	4	0.32
17	Proses internal untuk mendukung CRU masih tidak efisien karena melibatkan banyak <i>stakeholders</i> dengan tahapan yang panjang	7%	3	0.21
18	Data yang ada saat ini (seperti RME) belum dapat memfasilitasi penelitian secara efisien karena memerlukan <i>data cleansing</i> secara manual	7%	3	0.21
Total Weakness		100%		3.37

Lampiran 17. Peluang/Opportunity RSMH

OPPORTUNITY		Bobot	Rating	Skor Bobot
1	Potensi peningkatan efisiensi belanja operasional karena RS mendapatkan dukungan finansial dari pemerintah berupa APBN, rupiah murni, dan PHLN	8%	3	0.24
2	Potensi peningkatan volume pasien yang lebih banyak daripada kompetitor karena ditunjuk oleh pemerintah sebagai RS rujukan nasional untuk Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Lampung, Bengkulu, dan Jambi	11%	4	0.44
3	Potensi peningkatan efisiensi operasi internal RS karena adanya Kebijakan SPBE (Aplikasi Srikandi, EMR dan aplikasi lainnya) dalam pelaksanaan kegiatan administrasi layanan sehingga proses lebih cepat dan kontrol lebih mudah	8%	3	0.24
4	Mendapatkan akses alat kesehatan berbasis teknologi mutakhir karena mendapatkan dukungan dari kementerian kesehatan (berupa subsidi)	10%	5	0.5
5	Potensi peningkatan volume pasien non-JKN dari kerja sama dengan asuransi swasta dan perusahaan (untuk B2B)	9%	4	0.36
6	Kemudahan pengadaan barang dan jasa (termasuk sistem <i>payroll</i> dan inventory) karena adanya kerja sama dengan bank sebagai fasilitator investasi	5%	3	0.15
7	Peningkatan efisiensi operasional karena adanya kerja sama dengan pihak perbankan	8%	3	0.24
8	Potensi peningkatan kualitas layanan dan kesehatan finansial RS karena adanya perbaikan <i>referral system</i> melalui ditunjuknya RS sebagai pengampu regional untuk 9 layanan prioritas	11%	4	0.44
9	Potensi untuk mengembangkan program <i>fellowship</i> bersama Utah University Hospital (untuk kardiologi) dan Carl Gustav Hospital (untuk radioterapi)	10%	5	0.5
10	Pengembangan layanan baru, seperti kardiologi, bersama dengan Utah University Hospital	10%	5	0.5
11	Sebagai 1 dari 17 CRU di Indonesia sehingga memiliki potensi pengembangan lanjut produk berbasis riset, dengan fokus CRU di bidang layanan unggulan dan pengampunan	10%	4	0.4
Total Opportunity		100%		4.01

Lampiran 18. Ancaman/Threat RSMH

	THREAT	Bobot	Rating	Skor Bobot
1	Potensi penurunan volume pasien karena lebih banyak kompetitor dari luar negeri yang masuk ke Sumbagsel dengan harga yang lebih murah dan transparan	13%	4	0.52
2	Potensi penurunan volume pasien karena lebih banyak kompetitor yang muncul di Sumbagsel dengan layanan yang serupa, penetapan tarif yang lebih transparan, dan kegiatan pemasaran yang lebih aktif (cth : RSUD Siti Fatima, RS Hermina, RS Bunda, dll)	12%	4	0.48
3	Potensi penurunan volume pasien, karena meningkatnya ekspektasi pasien terhadap kualitas pelayanan, transparansi harga dan brand image	12%	5	0.6
4	Potensi penurunan volume pasien karena perkembangan kompetitor dengan layanan unggulan kardiologi dan onkologi di skala nasional dan Asia	13%	3	0.39
5	Potensi kerugian operasional karena biaya kegiatan pendidikan kedokteran yang saat ini terjadi di RS masih ditanggung sepenuhnya oleh RS	15%	4	0.6
6	Potensi kerugian operasional karena biaya pelayanan yang sebenarnya terus meningkat, tetapi tarif INA-CBG's tidak diperbarui secara berkala untuk menyamakan dengan biaya pelayanan yang sebenarnya	16%	5	0.8
7	Potensi kerugian operasional karena harga barang dan jasa TKDN di e-catalogue lebih mahal daripada harga pasar	9%	3	0.27
8	Risiko loyalitas tenaga medis dan non-medis terhadap RS karena dokter mengharapkan sistem remunerasi yang lebih transparan dan tinggi	10%	3	0.3
Total Threat		100%		3.96

Lampiran 19. Hasil Analisa Perhitungan SWOT

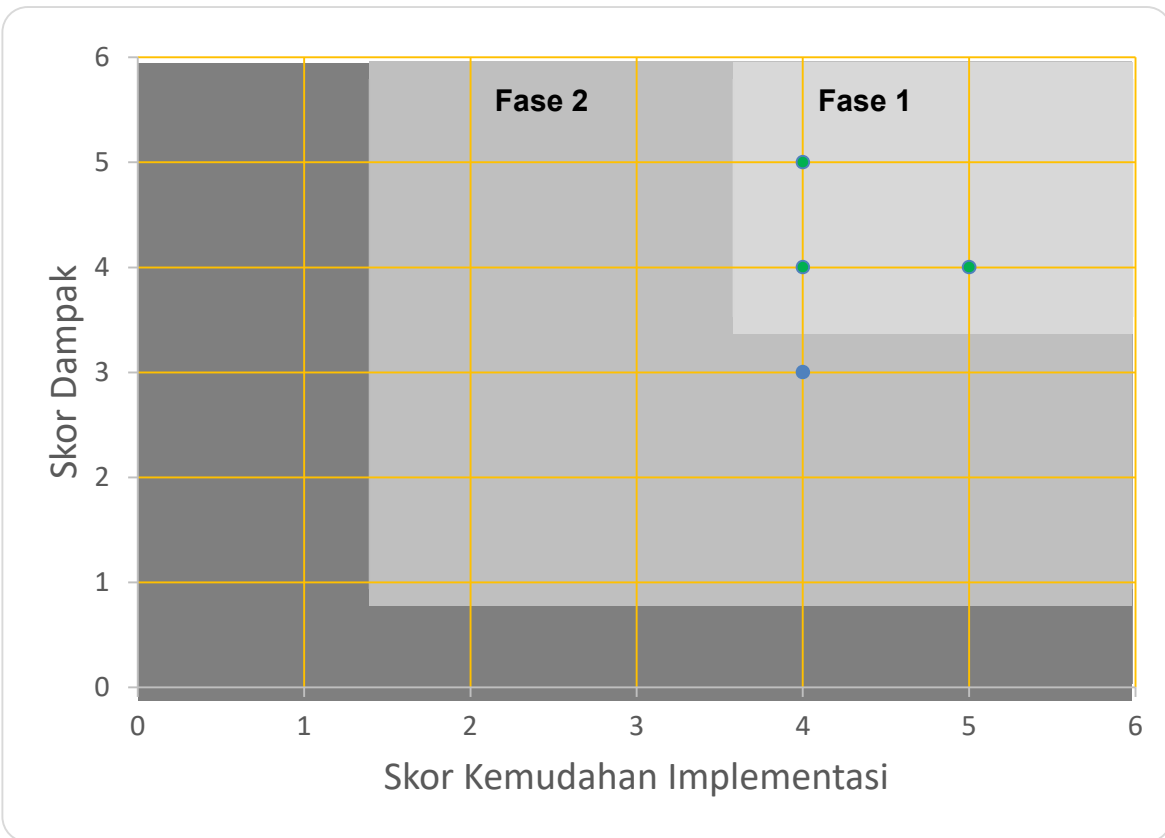
Uraian	Faktor Internal		Faktor Eksternal	
	Kekuatan	Kelemahan	Peluang	Ancaman
Jumlah	3.53	3.37	4.01	3.96
Nilai (S-W) dan (O-T)	0.16		0.05	

Lampiran 20. Program Strategis dan Prioritisasi Program

Sasaran Strategis (L1)	No	Inisiatif Strategis (L2)	No	Program Strategis (L3)	Skor Dampak	Skor Kemudahan Implementasi
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1	Memperbaiki Fasilitas Pendukung: Parkir, Taman, Toilet, dan Ruang Tunggu untuk Meningkatkan Kenyamanan Pengunjung	1a	Memperbaiki Fasilitas Parkir	5	4
			1b	Memperbaiki Fasilitas Taman	4	5
			1c	Memperbaiki Fasilitas Toilet	4	5
			1d	Memperbaiki Fasilitas Ruang Tunggu	4	5
	2	Memperbaiki Waktu Pelayanan Pasien Secara End-To-End: Antrian Pasien RJ, RI, OK dan IGD	2a	Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Inap	5	4
			2b	Memperbaiki Waktu Pelayanan Rawat Jalan	5	4
			2c	Memperbaiki Waktu Pelayanan Operasi Elektif	5	4
			2d	Memperbaiki Waktu Pelayanan Radiologi	5	4
			2e	Memperbaiki Waktu Pelayanan Lab	5	4
			2f	Memperbaiki Waktu Pelayanan IGD	5	4
	3	Mengurangi Jumlah dan Mempercepat Penanganan Keluhan Pasien	3a	Melaksanakan Program Customer Service yang Berfokus Pada <i>Hospitality</i> dan <i>Patient Experience</i>	4	4
			3b	Membentuk Berbagai Saluran Komunikasi untuk Menampung Keluhan Pasien	4	4
			3c	Mempercepat Penyelesaian Keluhan Kategori Non-Medis	4	4
Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas	4	Menguatkan Kapabilitas Pelayanan untuk RS Jejaring	4	Melakukan Pembinaan (Konsultasi, Advokasi, dan Monitoring) Terhadap RS yang Diampu	5	4
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan	5	Mengembangkan Pelayanan Unggulan Berdasarkan Hasil Riset	5	Memiliki Layanan Unggulan Berbasis Riset	5	4
	6	Meningkatkan Jumlah Publikasi di Jurnal Internasional Melalui Penelitian Translasi	6	Melakukan Kegiatan Riset dan Penelitian	4	4
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	7	Menerapkan Digitalisasi Sistem dan Administrasi yang Terintegrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record yang Terintegrasi	7a	Implementasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	4	4
			7b	Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi RME yang Terintegrasi	4	4
	8	Menerapkan Digitalisasi Sistem Inventory RSV yang Terintegrasi	8	Perencanaan, Pengembangan, dan Implementasi Inventory yang Terintegrasi	4	4
	9	Menguatkan Fungsi Pengadaan Barang dan Jasa Menggunakan E-Catalogue	9	Membenahi Peran dan Tanggung Jawab Fungsi Pengadaan Barang dan Jasa	4	4
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	10	Meningkatkan Kualitas Aspek Finansial, Pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	10a	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Finansial	4	4
			10b	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Pelayanan	4	4
			10c	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Kapabilitas Internal	4	4
			10d	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan	4	4
			10e	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Inovasi	4	4
			10f	Memastikan Indikator Kinerja Keuangan untuk Maturity Rating Aspek Lingkungan	4	4
Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	11	Meningkatkan Utilisasi Bed Rawat Inap	11a	Meningkatkan Efisiensi Perawatan Pasien	4	3
			11b	Meningkatkan Produktivitas SDM dan Alat	4	3
	12	Meningkatkan Produktivitas Rawat	12	Meningkatkan Jumlah Pasien Rawat Jalan	4	3

Sasaran Strategis (L1)	No	Inisiatif Strategis (L2)	No	Program Strategis (L3)	Skor Dampak	Skor Kemudahan Implementasi
		Jalan RSV				
	13	Meningkatkan Produktivitas Ruang OK RSV	13	Meningkatkan Jumlah Pasien yang Melakukan Tindakan Bedah	4	3
	14	Melakukan Pengadaan Barang dan Jasa Secara Konsolidasi untuk Efisiensi Biaya	14	Perencanaan Central Procurement untuk Pengadaan Barang dan Jasa Secara Konsolidasi	4	3
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	15	Penerapan Standar Klinis Menggunakan PPK dan Clinical Pathway	15a	Mengadakan Pelatihan dan Pendidikan Kepada Tenaga Medis Dalam Mengimplementasikan PPK dan Clinical Pathway	4	3
			15b	Melakukan Monitoring dan Evaluasi Terhadap Penerapan Standar Klinis Menggunakan PPK dan Clinical Pathway	4	4
	16	Meningkatkan Mutu Layanan Unggulan	16a	Membuat PPK Untuk Seluruh Layanan Unggulan (Untuk Layanan Unggulan Yang Belum Memiliki PPK)	4	3
			16b	Melakukan Review PPK Untuk Seluruh Layanan Unggulan	4	3
	17	Memenuhi Kebutuhan SDM dan Sarpras yang Mendukung Layanan Kardiologi dan Onkologi	17a	Memenuhi Kebutuhan Sumber Daya Manusia Yang Mendukung Layanan Kardiologi dan Onkologi	4	4
			17b	Memenuhi Kebutuhan Sarana dan Prasarana Yang Mendukung Layanan Kardiologi dan Onkologi	4	4
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	18	Meningkatkan Pendapatan Layanan Non-JKN	18a	Meningkatkan Jangkauan Channel Digital RS	4	3
			18b	Meningkatkan Jumlah Penjamin untuk Pembayaran Pasien	4	3
			18c	Mengembangkan Layanan Non-JKN	4	3
			18d	Mengimplementasi Pola Tarif Non-JKN	4	4
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	19	Meningkatkan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang Dengan Remunerasi yang Berkeadilan	19a	Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Poliklinik	4	4
			19b	Memantau Kehadiran Pemberi Layanan Rawat Inap	4	4
			19c	Mengimplementasi Pola Remunerasi	4	4
	20	Meningkatkan Kualitas Nakes dan Named Melalui Peningkatan Kompetensi yang Tersertifikasi	20	Memfasilitasi Peningkatan Kompetensi Tersertifikasi untuk Nakes dan Named	4	4
	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	21	Meningkatkan Efisiensi Keuangan RSV	21a	Meningkatkan Pertumbuhan Kinerja Pendapatan	4
21b				Mengendalikan Beban Terhadap Pendapatan	4	3
21c				Menerapkan Standar Unit Cost Pelayanan	4	4
21d				Melakukan Review Tarif INACBGS Secara Berkala	4	3
21e				Meningkatkan Kualitas Klaim JKN Ke BPJS Kesehatan	4	4
22		Memperkuat Cadangan Modal Strategis	22	Meningkatkan Likuiditas Keuangan	4	4
23		Meningkatkan Pengelolaan dan Pelaporan Keuangan	23a	Meningkatkan Ketepatan Waktu Penyampaian	4	4
	23b		Meningkatkan Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan	4	4	

Lampiran 21. Tabel Prioritisasi Program

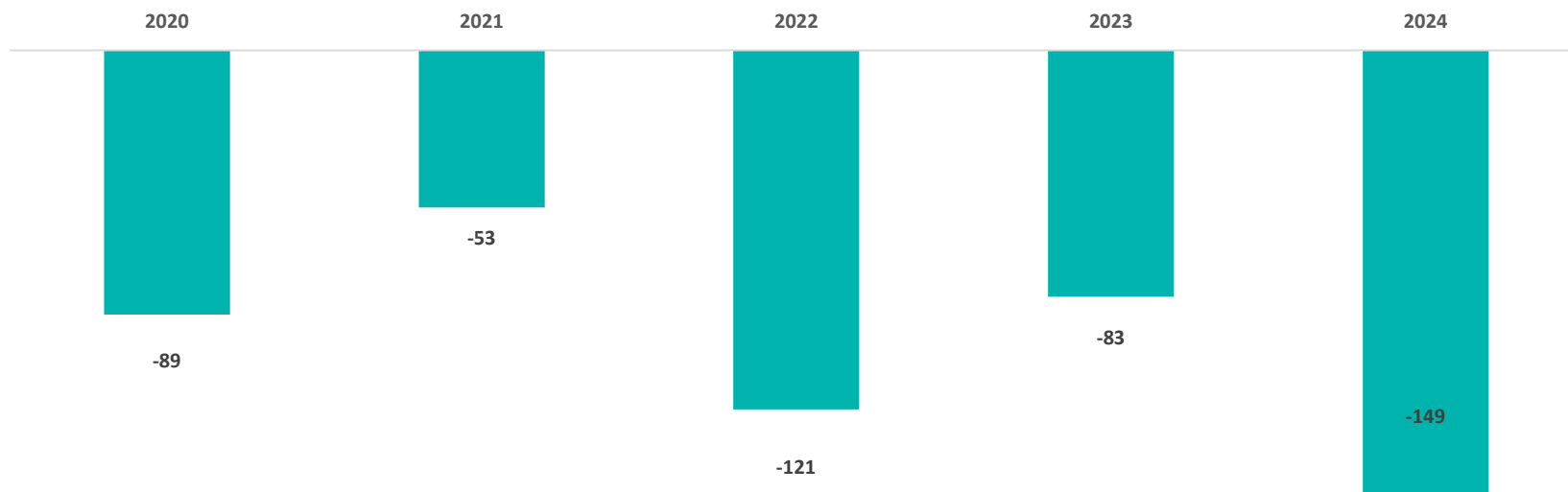


Lampiran 22. Profil Risiko

NO	UNIT KERJA PEMILIK RISIKO	RISIKO	KODE RISIKO	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	PRIORITAS RISIKO	URAIAN PENGENDALIAN	JADWAL PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	TARGET PENURUNAN RISIKO				
													P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO
1	RSMH/Direktorat Layanan Operasional	Belum optimalnya perbaikan fasilitas pendukung		3	3	1.43	13	Sedang	3	Penambahan area parkir diarea madang (belakang tk), depan dan samping wisma sekitar 419 kapasitas parkir R4	2025	Tim Kerja TURT/K3RS	2	2	1.8	7	Rendah
2	RSMH/Direktorat Medik dan Keperawatan	Lamanya waktu tunggu layanan		2	3	1.83	11	Sedang	3	Monev efektivitas Pemberian kartu dan notice sebagai penananda WTRJ , penjadwalan operasi melalui aplikasi SIJO, Perencanaan pulang H-1 menjadi salah satu indikator kinerja DPJP, WA Blast untuk informasi hasil pemeriksaan penunjang, Pemantauan flowpasien IGD melalui dashboard NEDOC,dan Pembentukan tim P3M untuk memantau pasien rawat inap	2025	Tim Kerja Pelayanan Medik	1	2	1.5	3	Sangat Rendah
3	RSMH/Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	Menurunnya angka kepatuhan jam kerja		3	3	1.43	13	Sedang	3	- Pengembangan aplikasi sistem penilaian kinerja non-medis - Sosialisasi remunerasi oleh kepala unit di unit kerja masing-masing	2025	Tim Kerja OSDM	2	2	1.8	7	Rendah
4	RSMH/Direktorat Medik dan Keperawatan	Prosedur Penangan Pasien tidak sesuai standar		3	4	1.46	18	Tinggi	2	- Pembentukan tim monev standar layanan klinis - Pemantauan secara berkala implementasi Panduan layanan klinis	2025	Tim Kerja Pelayanan Medik	2	2	1.8	7	Rendah
5	RSMH/Direktorat Medik dan Keperawatan	Kurangnya kepuasan pasien terhadap layanan Non-JKN		4	4	1.16	19	Tinggi	2	- Pemberlakuan kepatuhan terhadap SOP sebagai salah satu indikator kinerja unit untuk penilaian remunerasi - Perbaikan sarpras fasilitas pendukung layanan non-JKN - Pengembangan sistem ASIK untuk pemantauan remunerasi non-medis - Perbaikan alur/sistem pembayaran secara aplikasi/sistem informasi - Kepastian waktu dan alur layanan	2025	Tim Kerja Pelayanan Medik	2	2	1.8	7	Rendah
6	RSMH/Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	Rendahnya riset/penelitian yang dilakukan oleh karyawan		4	2	1.19	10	Sedang	3	Mewajibkan setiap unit untuk membuat penelitian sesuai tupoksi	2025	Tim Kerja Penelitian	2	2	1.8	7	Rendah
7	RSMH/Direktorat Perencana dan Keuangan	Tarif layanan tidak sesuai dengan biaya		4	4	1.16	19	Tinggi	2	Melakukan evaluasi tarif dengan melibatkan profesional (pihak ketiga)	2025	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	2	2	1.8	7	Rendah
8	RSMH/Direktur Utama	Proses pengadaan barang dan jasa secara mandiri		4	2	1.19	10	Sedang	3	Mengusulkan agar pengadaan alkes dilakukan secara konsolidasi dengan RSV lainnya	2025	Unit Layanan Pengadaan	3	1	1.17	4	Sangat Rendah
9	RSMH/Direktorat Perencana dan Keuangan	Tarif INA-CBG's lebih rendah dari tarif Rumah Sakit		4	3	1.3	16	Tinggi	2	- Evaluasi tarif layanan melalui berdasarkan pelaksanaan CP untuk kasus tarif INA-CBG's yang lebih rendah dari tarif rumah sakit - Mengusulkan perubahan tarif INA-CBG's berdasarkan hasil evaluasi tarif layanan	2025	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	2	2	1.8	7	Rendah
10	RSMH/Direktorat Medik dan Keperawatan & Direktorat Layanan Operasional	Pemenuhan kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan belum maksimal		4	3	1.3	16	Tinggi	2	Mengajukan usulan bantuan dana PHLN untuk pengadaan sarpras dan alkes	2025	Tim Kerja Pelayanan Penunjang & Tim Kerja TURT	2	2	1.8	7	Rendah
11	RSMH/Direktorat Medik dan Keperawatan	Layanan klinis yang dikembangkan tidak efektif dan efisien		4	3	1.3	16	Tinggi	2	- Resosialisasi panduan pengembangan layanan - Pengembangan aplikasi evaluasi pengembangan layanan yang terintegrasi dengan aplikasi program kerja - Pengembangan layanan klinis berbasis analisa/riset kebutuhan masyarakat	2025	Tim Kerja Pelayanan Medik	2	2	1.8	7	Rendah

NO	UNIT KERJA PEMILIK RISIKO	RISIKO	KODE RISIKO	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	PRIORITAS RISIKO	URAIAN PENGENDALIAN	JADWAL PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	TARGET PENURUNAN RISIKO				
													P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
										- meningkatkan promosi layanan klinis yang dikembangkan							
12	RSMH/Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	Belum semua SDM mengimplementasikan budaya kerja Ber-AKHLAK		4	2	1.19	10	Sedang	3	- Melakukan perencanaan peningkatan budaya kerja - Melakukan Knowledge Sharing dalam pertemuan/rapat	2025	Tim Kerja OSDM	2	2	1.8	7	Rendah
13	RSMH/Direktorat Layanan Operasional	Rendahnya tingkat kepuasan pasien terhadap layanan		4	2	1.19	10	Sedang	3	- Menjalin kerja sama dengan perusahaan dan menyiapkan paket layanan kesehatan khusus - Peningkatan kualitas SDM pemberi layanan - Meningkatkan kualitas sarana pendukung layanan	2025	Tim Kerja Hukmas	2	2	1.8	7	Rendah
14	RSMH/Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian & Direktorat Layanan Operasional	Terhambatnya pemenuhan SDM dan Sarpras pendukung layanan Kardiologi dan Onkologi		3	3	1.43	13	Sedang	3	- Mengajukan usulan bantuan dana PHLN untuk pengadaan sarpras pendukung - Kerjasama dengan centre layanan kardiologi dan onkologi untuk pemenuhan SDM	2025	Tim Kerja OSDM & Tim Kerja TURT	2	2	1.8	7	Rendah

Lampiran 23. Operational Profit RSMH Tahun 2020 - Tahun 2024



Lampiran 24. Monitoring Evaluasi Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO)

No	Nama Indikator	Standar Nilai	Capaian				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	EBITDA	Positif (+)	22,014,104,523	76,260,390,324	11,676,128,693	1.665.712.074	7.126.023.129
2	Net Cash Flow	Positif (+)	50.537.279.718	9.812.887.681	-39.254.110.364	1,546,807,419	-14,356,117,913
3	Pendapatan Operasional	Linear target pendapatan BLU/PNBP	549,167,667,399	710,973,369,333	677,324,730,005	858.847.896.022	1.129.398.945.761
4	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 45\%$	34%	33%	43%	44%	47%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi Terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 25\%$	42%	38%	34%	32%	32%
6	Rasio Beban Persediaan non Farmasi Terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 5\%$	4%	4%	4%	3%	3%
7	Gross Margin	$X \geq 25\%$	2%	7%	-2%	-3%	3%
8	Operating Margin	$X \geq 10\%$	-16%	-7%	-18%	-21%	-16%
9	EBITDA Margin	$X \geq 15\%$	4%	11%	2%	0,23%	1%
10	Days Receivable Turnover	≤ 40 hari	55	39	36	42	59
11	Days Inventory Turnover	≤ 60 hari	47	21	13	6	6
12	Days Payable Turnover	≤ 60 hari	16	17	24	40	42

Lampiran 25. Pendapatan Per total karyawan

	2020	2021	2022	2023	2024
Total Pendapatan	Rp628.263.515.504	Rp725.949.580.658	Rp676.978.500.298	Rp823.813.340.083	Rp1.029.693.983.829
Total Karyawan	2838	2954	3074	2724	2728
Pendapatan per Karyawan	Rp221.375.446	Rp245.751.381	Rp220.227.228	Rp302.427.805	Rp377.453.806

Dari tabel pendapatan per total karyawan dapat dilihat terus terjadi kenaikan dari tahun ke tahun, kecuali pada tahun 2022 dikarenakan terjadinya penurunan volume layanan yang dipengaruhi oleh Pandemi COVID-19 sementara tarif klaim COVID-19 yang semula (Tahun 2021) Cost Per Day menjadi Paket INA-CBG's. Pada tahun 2024 pendapatan per total karyawan kembali meningkat dari tahun 2023, hal ini mencerminkan efisiensi, produktivitas dan keuntungan yang dihasilkan oleh setiap karyawan makin membaik setiap tahunnya

Lampiran 26. Neraca Tahun 2020 - Tahun 2024

Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
Aset Lancar					
Jumlah Aset Lancar	337,104,827,536	302,213,645,301	239,560,132,504	262,834,570,372	223,401,020,188
Aset Tetap					
Tanah	4,569,765,787,000	4,569,765,787,000	4,569,765,787,000	4,583,689,349,000	4,583,689,349,000
Peralatan dan Mesin	735,544,110,891	907,456,204,966	1,042,955,188,917	1,168,878,250,627	1,186,783,165,302
Gedung dan Bangunan	697,716,292,166	689,318,085,072	694,533,922,272	732,541,785,302	729,320,351,653
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	4,474,868,261	4,474,868,261	4,474,868,261	4,474,868,261	4,474,868,261
Aset Tetap Lainnya	115,311,000	115,311,000	116,811,000	116,811,000	116,811,000
Konstruksi Dalam Pengerjaan	-	1,476,985,000	741,743,887	1,570,193,186	49,136,695,481
Akumulasi Penyusutan	(714,770,116,785)	(838,330,540,304)	(970,732,163,214)	(1,124,022,005,939)	(1,271,699,637,595)
Jumlah Aset Tetap	5,292,846,252,533	5,334,276,700,995	5,341,856,158,123	5,367,249,251,437	5,281,821,603,102
Aset Lainnya					
Jumlah Aset Lainnya	1,527,422,400	1,368,667,825	7,827,875	1,066,416,963	1,859,662,500
Total Aset	5,631,478,502,469	5,637,859,014,121	5,581,424,118,502	5,631,150,238,772	5,507,082,285,790
Kewajiban	29,020,116,867	37,824,107,909	53,019,771,283	96,878,289,931	132,873,996,044
Ekuitas	5,602,458,385,602	5,600,034,906,212	5,528,404,347,219	5,534,271,948,841	5,374,208,289,746
Jumlah Kewajiban dan Ekuitas	5,631,478,502,469	5,637,859,014,121	5,581,424,118,502	5,631,150,238,772	5,507,082,285,790

Lampiran 27. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020 - Tahun 2024

Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
BMN INTRAKOMPTABLE					
- Posisi Awal (1 Januari)	5,793,060,235,564	6,016,754,660,328	6,173,917,857,965	6,314,717,738,116	6,504,387,050,068
- Penambahan	261,213,201,216	312,586,883,188	146,192,435,151	232,417,657,286	42,036,910,744
- Pengurangan	-47,663,237,166	-155,423,685,551	-5,392,555,000	-4,874,877,334	-29,259,786,650
- Posisi Akhir (31 Desember)	6,006,610,199,614	6,173,917,857,965	6,314,717,738,116	6,542,260,518,068	6,517,164,174,162
BMN EKSTRAKOMPTABLE					
- Posisi Awal (1 Januari)	160,904,281	160,904,281	160,704,211	160,704,211	228,147,154
- Penambahan	-	200,070	120,859,440	92,567,273	3,760,000
- Pengurangan	-	-400,140	-120,859,440	-25,124,330	-500,000
- Posisi Akhir (31 Desember)	160,904,281	160,704,211	160,704,211	228,147,154	231,407,154
BMN GABUNGAN INTRA DAN EKSTRAKOMPTABLE					
- Posisi Awal (1 Januari)	5,793,221,139,845	6,016,915,564,609	6,174,078,562,176	6,312,685,979,327	6,504,615,197,222
- Penambahan	261,213,201,216	312,587,083,258	146,313,294,591	232,510,224,559	42,040,670,744
- Pengurangan	-47,663,237,166	-155,424,085,691	-5,513,414,440	-40,900,001,664	-29,260,286,650
- Posisi Akhir (31 Desember)	6,006,771,103,895	6,174,078,562,176	6,314,878,442,327	6,504,296,202,222	6,517,395,581,316
ASET TAK BERWUJUD					
- Posisi Awal (1 Januari)	3,638,772,607	3,638,772,607	3,651,297,207	3,651,297,207	3,671,297,207
- Penambahan	-	12,524,600	12,379,000	20,000,000	1,766,535,000
- Pengurangan	-	-	-12,379,000	-	-
- Posisi Akhir (31 Desember)	3,638,772,607	3,651,297,207	3,651,297,207	3,671,297,207	5,437,832,207
KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan					
- Posisi Awal (1 Januari)	101,658,484,834	-	1,476,985,000	741,743,887	1,570,193,186
- Penambahan	27,149,725,065	1,476,985,000	2,291,160,121	1,820,611,729	108,588,246,182
- Pengurangan	-	-	-3,026,401,234	-992,162,430	-61,021,743,887
- Posisi Akhir (31 Desember)	128,808,209,899	1,476,985,000	741,743,887	1,570,193,186	49,136,695,481

Lampiran 28. Sumber Barang Milik Negara Tahun 2020 - Tahun 2024

No	Nama Alat	Tahun	Harga Alat	Kriteria Penambahan
1	COBALT 60	2020	20.900.000.000	Mendukung layanan radioterapi
2	LINAC	2021	33.990.000.000	Mendukung layanan radioterapi
3	EMG EP 6 channel	2021	1.012.114.809	Mengganti alat yang rusak
4	Echocardiography dengan Probe lengkap	2021	3.626.000.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
5	Bronchoscopy set	2021	2.652.727.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
6	Image IS Rigid Endoscopy type 2	2021	1.218.495.000	Mengoptimalkan layanan bedah (THT)
7	Cardiac Instrument set	2021	11.269.060.000	Mengoptimalkan layanan bedah jantung
8	Heater Cooler	2021	1.014.605.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
9	Lampu Operasi	2021	1.091.200.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
10	Optimal Breaktable Top	2021	1.226.176.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
11	MOT	2021	8.140.000.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
12	Sternotomi set	2021	1.242.525.727	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
13	IABP	2021	1.752.330.140	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
14	Cooltip RF Ablation System	2022	1.207.108.000	Optimalisasi layanan Graha Eksekutif (OK Graha)
15	General ortopedi	2022	1.068.872.000	Pengembangan layanan Ortopedi
16	TMS	2022	1.174.770.000	Pengembangan layanan Neurologi
17	Endoscopy Spine	2022	3.925.067.000	Optimalisasi layanan ortopedi (spine)
18	OCT (Optical Coherence Tomography)	2022	1.940.514.000	Optimalisasi layanan Graha Eksekutif (poli Mata)
19	IONM	2022	1.828.973.000	Pengembangan layanan neuro intra operatif
20	CUSA Clarity	2022	2.100.000.000	Pengembangan layanan bedah onkologi
21	High Speed Burr	2022	1.117.048.000	Pengembangan layanan bedah ortopedi
22	EGD	2022	2.425.600.000	Mengoptimalkan layanan gastro hepatologi
23	Echocardiografi	2022	1.725.000.000	Menggantikan alat yang rusak untuk layanan graha eksekutif (poli jantung)
24	Electro Surgical (Cutting and Coagulation)	2022	1.100.000.000	Mengoptimalkan layanan gastro hepatologi
25	MIVS Minimal Invasive Valve Surgery Set	2023	2.848.260.000	Mengoptimalkan layanan bedah thorax dan jantung
26	FESS set Basic and Advance	2023	1.410.572.000	Mengoptimalkan layanan bedah (THT)
27	Micro surgery Bedah Plastik	2023	1.560.428.000	Mengoptimalkan layanan bedah plastik
28	Electrocardiografi (echo)	2023	2.475.000.000	Mengoptimalkan layanan alat treadmill
29	MOT (Modular Operating Theater)	2023	4.222.107.000	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
30	Sternotomy	2023	1.763.448.962	Pengembangan layanan baru Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
31	Endoscopy Instrument Bedah	2023	3.214.658.000	Pengembangan layanan bedah digestif (onkologi)
32	Microlaryng surgery set	2023	1.806.974.000	Pengembangan layanan bedah THT
33	Laparascopy Urorefro + Instrument	2023	2.717.000.000	Pengembangan layanan urorefro
34	Laser Holmium	2023	2.220.000.000	Pengembangan layanan urorefro
35	Mesin Sterilisasi Suhu Rendah (EO)	2024	1.831.000.000	Mengganti Alat yang Rusak
36	Treatment Planning System (TPS) Linac	2024	6.093.900.000	Mengoptimalkan fungsi alat Linac dan mempercepat waktu tunggu pelayanan
37	Dosimetri Linac	2024	7.328.900.000	Mengoptimalkan fungsi alat Linac dan mempercepat waktu tunggu pelayanan

Lampiran 29. Kebutuhan Alat Kesehatan

Layanan	Alat yang belum dimiliki	Kegunaan	Justifikasi
Kanker	PET-CT Scan	Jenis pemeriksaan pencitraan medis yang menggabungkan dua teknologi, yaitu Positron Emission Tomography (PET) dan Computed Tomography (CT).	RS Mohammad Hoesin belum memiliki PET scan untuk mendukung pelayanan onkologi maupun kardiologi
Jantung	Echocardiography	Pemeriksaan yang menggunakan gelombang suara untuk menghasilkan gambar dari jantung	Alat echo dibutuhkan untuk menunjang pelayanan Kardio Onkologi & stroke kriptogenik.
	Cathlab	Ruangan khusus yang dilengkapi dengan peralatan medis canggih untuk melakukan berbagai prosedur diagnostik dan terapeutik pada jantung dan pembuluh darah	Kebutuhan Cathlab 6 unit , yang ada 4 rusak 1, saat ini permintaan 1 untuk mengganti yang rusak, kebutuhan cathlab Biplane. RSMH belum memiliki cathlab Biplane, Cathlab Biplane dapat digunakan untuk kasus pediatrik dan Juga EP.
	OCT	Teknik pencitraan medis yang menggunakan cahaya inframerah untuk menghasilkan gambar potongan melintang dari jaringan.	Menambah kebutuhan alat
	FFR	Pengukuran yang digunakan dalam kardiologi untuk menentukan seberapa parah penyempitan pembuluh darah koroner (arteri jantung) mempengaruhi aliran darah ke otot jantung.	Menambah kebutuhan alat
	IABP	Alat bantu jantung mekanis yang digunakan untuk membantu memompa darah ke seluruh tubuh	Untuk support operasi CABG 2 pasien per hari
	TGA Pediatric Surgery Set	Alat bedah khusus yang dirancang untuk melakukan operasi pada bayi atau anak-anak yang menderita penyakit jantung bawaan yang disebut Transposisi Besar Arteri (TGA)	Support operasi jantung kongenital untuk kasus TGA
Stroke	MRI 1,5T	Jenis pemeriksaan pencitraan medis menggunakan medan magnet yang kuat untuk menghasilkan gambar detail dari organ dalam tubuh.	Saat ini di RSMH hanya tersedia MRI 1,5T milik KSO PT GSM yang masa pakainya berakhir tahun 2025. serta kebutuhan alat mencakup untuk layanan KJSU.
	CT Scan 128 Slice	Jenis CT Scan yang memiliki kemampuan menghasilkan gambar dengan detail yang sangat tinggi dan cepat.	Kondisi saat ini RSMH belum memiliki CT Scan 128 Slice sebagai persiapan tapering off alat CT Scan KSO serta back up terhadap CT Scan 256 Spectral yang eksisting saat ini
	Mikroskop Operasi Neuro	Alat medis khusus yang dirancang untuk memberikan pandangan yang sangat detail dan diperbesar pada jaringan saraf selama prosedur bedah saraf.	Menambah unit karena mikroskop yg sekarang tidak bisa fluorosence, Mikroskop operasi neuro diperlukan untuk tindakan clipping arteri operasi emergency
Urologi	Pediatric Endourology Set	Seperangkat alat bedah khusus yang dirancang untuk melakukan prosedur urologi minimal invasif pada anak-anak.	RSMH belum memiliki Pediatric Endourology Set. Alat tersebut untuk menunjang pelayanan bedah urologi anak
KIA	Transcutaneous Non Invasif Blood Gas Monitoring	Metode pemantauan kadar oksigen dan karbon dioksida dalam darah secara terus-menerus tanpa perlu mengambil sampel darah secara invasif.	Unit belum tersedia di RSMH, untuk menunjang dan meningkatkan layanan KIA di Ruang NICU dan Musi 2.2.
	Tromboelastogram (TEG)	Tes laboratorium yang digunakan untuk mengevaluasi kemampuan darah untuk membeku	Unit belum tersedia di RSMH, untuk menunjang layanan KIA Meningkatkan layanan dalam memantau hemostasis pasien di GICU.
	Blanketroll	Selimut gulung yang berfungsi sebagai pengatur suhu tubuh pasien.	Alat belum ada di NICU, Jumlah alat di GICU 2 unit. Rusak 2 unit

Layanan	Alat yang belum dimiliki	Kegunaan	Justifikasi
	Vein Finder	Alat yang dirancang untuk menemukan vena pada pasien	Alat belum ada di ICU Dewasa
	Ultrasonic Cardiac Output Monitor (USCOM)	Alat medis yang digunakan untuk mengukur secara non-invasif (tanpa perlu menusuk tubuh) seberapa banyak darah yang dipompa oleh jantung dalam satu menit.	Alat belum ada di ICU Dewasa
	Mesin Anestesi Pediatric	Alat medis khusus yang dirancang untuk memberikan anestesi (pembiusan) pada anak-anak selama prosedur medis	Saat ini belum ada mesin anestesi khusus pediatric, dan OK Graha masih kekurangan mesin anestesi dikarenakan mesin yang ada sekarang rusak 1 unit.
	Alat pemeriksaan otoacoustic Emission (OAE)	Alat ini digunakan untuk mengukur respon telinga bagian dalam terhadap suara.	Meningkatkan layanan dalam skrining bayi dalam monitoring pendengaran di ruang NICU, Musi 2.2 (NICU)
	Set AGD I Stat (Istat Analyzer Type 300G, Istat Electronic Simulator Type 300G, printer Istat Type 300G, ducking)	Alat yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan analisa gas darah (AGD) secara cepat dan portabel.	Ruang Musi 2.2, Musi 1.1 dan CVICU alat belum ada, Meningkatkan layanan dengan mengurangi tindakan yang sangat invasif
	Alat pemeriksaan bilirubin in vitro/ POCT/Jaundice Meter JM 105	Alat medis yang dirancang khusus untuk mengukur kadar bilirubin dalam darah secara cepat dan akurat.	Meningkatkan layanan dengan mengurangi tindakan yang invasif di NICU, Musi 2.2 (NICU)
	USG ECHO portable Neonatus	Alat ini digunakan untuk menghasilkan gambar dari jantung bayi baru lahir dengan menggunakan gelombang suara.	Meningkatkan layanan diagnostik yang lebih akurat di Musi 2.2 (NICU)
	Inkubator-Infant warmer bayi	Alat ini berfungsi sebagai lingkungan buatan yang terkontrol untuk menjaga bayi tetap hangat, aman, dan nyaman.	Meningkatkan layanan pada bayi prematur di Musi 2.2 (NICU)
	Ventilator Transport	Alat medis khusus yang dirancang untuk membantu pasien yang mengalami kesulitan bernapas selama proses transportasi.	Meningkatkan tatalaksana pada pasien yang mengalami gagal napas dalam proses tranport di Musi 2.2 (NICU, CVICU)
	Cardiotocography (CTG)	Alat yang digunakan untuk memantau kondisi janin dalam kandungan. Alat ini merekam detak jantung janin dan kontraksi rahim secara bersamaan.	Meningkatkan layanan ibu hamil dan mendeteksi gawat janin di GICU
	Set Pemeriksaan Syndromic Testing Analyzer	Alat diagnostik yang dirancang untuk mendeteksi berbagai macam patogen (virus, bakteri, jamur, atau parasit) secara cepat dan akurat dalam satu sampel	Pengembangan pelayanan dan penunjang pengampuan KIA yang paripurna untuk layanan biologi molekuler

Kebutuhan alat kesehatan diatas menjadi prioritas dalam investasi selama periode RSB 5 tahun kedepan untuk mewujudkan layanan unggulan dan layanan prioritas KJSU-KIA. Pada tahun 2023 dan 2024, RS Mohammad Hoesin telah mengusulkan pengadaan alat kesehatan tersebut melalui Project SIHREN dan mengupayakan agar dapat dialokasikan pada anggaran belanja 5 tahun kedepan

Lampiran 30. Pembangunan Gedung 2020-2024

Pembangunan	2020	2021	2022	2023	2024
Konstruksi pembangunan gedung inst ranap tahap IV	26,975,000,000				
Penyelesaian sisa pembangunan gedung irnas tahap III	1,700,735,000				
Pembuatan pagar halaman parkir depan igd	53,129,000				
Pembangunan selasar radioterapi ke gedung linac		504,416,000			
Pembangunan pagar eks TK			185,522,000		
Pembangunan renovasi kolam retensi				190,000,000	
Pembangunan gedung rawat inap standart KRIS tahap I					48,308,246,182
Pembangunan gedung onkologi					60,280,000,000

Lampiran 31. Renovasi Besar 2020-2024

Renovasi/Perbaikan	2020	2021	2022	2023	2024
Pekerjaan interior disain grafis lantai ground floor gedung 8 lantai	3,155,398,000				
Renovasi gedung enim		1,773,591,000	1,763,000,000		
Renovasi gedung rawas		519,513,000			
Renovasi gedung lakitan		757,235,000			
Perbaikan Jalan parkir		3,199,795,000			
Renovasi gedung radioterapi			1,554,000,000		
Renovasi Gedung Bagian Umum dan Penunjang			200,000,000		
Penyelesaian sisa pekerjaan perbaikan jalan dan lahan parkir			1,387,000,000		
Perbaikan jalan gedung BHC			145,200,000		
Renovasi selasar			4,829,000,000	4,210,200,000	
Renovasi gedung bhc/pjt			10,914,000,000	9,380,953,000	

Dari tahun 2020 sampai tahun 2024, RS Mohammad Hoesin Palembang terus melakukan renovasi gedung existing dan penambahan gedung rawat inap standart KRIS tahap I dan Gedung Onkologi Tahap I di tahun 2024. Namun secara keseluruhan masih diperlukan penambahan investasi gedung dan bangunan sesuai dengan Master Plan.

Lampiran 32. Analisa Indikator Kinerja Utama belum tercapai Tahun 2024

No	Indikator	Analisa
1	Capaian WBK.WBBM	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditee menolak untuk menyelesaikan hasil temuan walau sudah dilakukan penagihan sebanyak 3 (tiga) kali. - Temuan Pemeriksaan Tidak Dapat Ditindaklanjuti (TPTD) diajukan ke ltjen Kemenkes namun ditolak. <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPI berkoordinasi dengan Direksi dan Dewan Pengawas yang merekomendasikan agar RSMH kembali menyampaikan dokumen tagihan sesuai regulasi dan dokumentasi secara langsung dengan Berita Acara; telah dilakukan dan Auditee tetap menolak. Rencana selanjutnya adalah melimpahkan penagihan piutang tersebut ke KPKNL.
2	Tingkat Kesehatan BLU	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspek Layanan : Masih adanya indikator dengan skor ≤ 0.5 (sangat rendah) yaitu indicator Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan karena aplikasi yang kurang user friendly dan karena visite DPJP belum 100%. - Aspek Keuangan : Indikator Cash Ratio, Indikator ini tidak tercapai karena tingginya angka utang d akhir tahun 2024, Skor terkait dengan Aset yaitu perputaran aset tetap dan imbalan aset tetap tidak tercapai dikarenakan belum optimalnya manfaat asset sehingga asset tetap yang dimiliki belum menghasilkan keuntungan secara optimal. <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspek Layanan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Feedback capaian kelengkapan rekam medik elektronik secara rutin kepada PPA 2. Penyederhanaan RME atau penggantian aplikasi RME 3. Perbaikan jaringan internet 4. Penambahan indikator Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan sebagai salah satu unsur penilaian dalam remunerasi PPA - Aspek Keuangan : <p>Membuat Bisnis Plan sebelum melakukan investasi, Monitoring utilitas alat kesehatan, meningkatkan kualitas klaim dengan mengoptimalkan tim casemix, perbaikan flow pasien dan LOS melalui program PJRM, Pracoding, Case Manager untuk kendali biaya diruang rawat serta meningkatkan utilitas kamar operasi</p>

No	Indikator	Analisa
3	Tingkat Kepuasan Karyawan	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih rendahnya Tingkat kepuasan terhadap sistem penghargaan dan kompensasi <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian ulang secara berkala setiap tiga bulan terhadap sistem remunerasi yang diberikan kepada karyawan - Perlu dilakukan sosialisasi tentang remunerasi kepada seluruh pegawai, meliputi kebijakan remunerasi, pedoman remunerasi, serta grade masing-masing pegawai - Pembuatan aplikasi remunerasi untuk seluruh pegawai - Menambah SDM sesuai ABK agar beban kerja tidak terlalu tinggi, terutama di unit pelayanan. Saat pembuatan layanan baru juga perlu dipertimbangkan ketersediaan SDM yang diperlukan. - Meningkatkan kesempatan karyawan untuk berkembang dan maju dalam karir, misalnya dengan melakukan pengangkatan karyawan sebagai Ka. Unit kerja atau pemegang jabatan lainnya dengan membentuk Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan, (Baperjakat). - Meningkatkan fasilitas untuk menunjang pekerjaan, misalnya dengan memperbaiki EMR, melengkapi peralatan yang dibutuhkan untuk pelayanan kepada pasien, serta meningkatkan fasilitas lainnya - Meningkatkan penghargaan oleh manajemen kepada karyawan, misalnya dengan cara pemberian apresiasi kepada karyawan yang rajin dan berprestasi serta pemberian apresiasi kepada karyawan yang rajin melaporkan insiden keselamatan pasien - Memperbaiki komunikasi antar unit dengan melengkapi bukti komunikasi (TBAK) di EMR, melengkapi bukti serah terima, serta meningkatkan sosialisasi senyum, salam, dan sapa tidak hanya kepada pasien namun juga antar karyawan. - Memperbaiki layanan parkir meliputi memperluas lahan parkir serta memperbaiki sistem parkir dan lahan parkir.
4	Jumlah layanan baru melalui program sister hospital	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antrian dari Dresden University tidak dilakukan secara transparan <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi dengan Kementerian Kesehatan
5	Waktu tunggu pelayanan radioterapi	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sering terjadi kerusakan alat radiasi sehingga downtime paling cepat 2x24 jam - Masih kurangnya tenaga SDM fisikawan medis, perawat dan administrasi - Adanya SDM baru (RTT) yang masih belum terlatih <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementasi 2 (dua) shift kerja untuk Radiografer Radioterapi. - Penjadwalan harian pasien radiasi di tiap alat radioterapi. - Pengajuan penambahan Fisikawan Medis (S1). - Mengadakan pelatihan internal untuk staf radioterapi (Radiografer Radioterapi, Fisikawan Medis, dan Perawat), sehingga menjadi lebih terampil, efektif, dan efisien dalam bekerja namun tetap memperhatikan kualitas layanan. - Mengajukan untuk perbaikan sistem administrasi dan EMR sehingga layanan lebih ramah pasien dan petugas kesehatan. - Koordinasi rutin dengan IPSPRS - Monev pelaksanaan QA/QC alat

No	Indikator	Analisa
6	Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan Prioritas Di RSMH	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk layanan kanker Belum adanya layanan kedokteran nuklir di RSMH sehingga menjadi hambatan signifikan dalam mencapai persentase capaian paripurna untuk layanan prioritas di RSMH. Layanan nuklir memainkan peran yang sangat penting dalam diagnosis, pengobatan, dan pemantauan berbagai penyakit serius, terutama kanker dan gangguan metabolik lainnya. Oleh karena itu, penyediaan fasilitas kedokteran nuklir harus menjadi prioritas agar RSMH dapat memberikan layanan medis yang lebih lengkap, efektif, dan efisien. - Untuk layanan Uronefrologi menunggu Surat Keputusan penetapan sertifikatnya akan ditanda tangani Menteri Kesehatan untuk seluruh Rumah Sakit yang mandiri transplantasi <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Set Up layanan kedokteran nuklir layanan kanker menunggu alat untuk layanan kedokteran nuklir. - Follow up untuk proses penetapan sertifikat mandiri pengampuan di Direktorat Pelayanan Kesehatan Lanjutan
7	Persentase Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antrian Kamar Operasi yang cukup panjang - Kurangnya kepatuhan penjadwalan dan pelaksanaan Operasi - Respon time pelayanan kepada pasien terkesan lambat - Sikap petugas pemberi layanan yang kurang komunikatif - Jam mulai pelayanan poliklinik rawat jalan tidak tepat waktu - Hasil pemeriksaan radiologi belum dapat di terima pasien dan keluarga melalui WA dan belum tersosialisasinya nomor WA radiologi untuk mengkomunikasikan hasil pemeriksaan radiologi - Pasien paliatif yang memerlukan perawatan yang lama , kondisi pasien di pulangkan dalam keadaan stabil <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengadakan pelatihan pelayanan prima bagi petugas pelayanan terdepan (Petugas admisi, perawat, dokter, satpam dan petugas lainnya) - Mensosialisasikan kembali saluran pengaduan yang tersedia - Monev aplikasi SIJO (Sistem penjadwalan operasi) - Berkoordinasi dengan unit terkait mengusulkan penambahan kamar operasi dan sarana prasarana pendukung
8	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	<p>Faktor Penghambat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih tingginya beban operasional, peningkatan pendapatan berbanding lurus dengan peningkatan beban operasional, beban yang meningkat signifikan di tahun 2024 yaitu beban persediaan dan beban pegawai <p>Upaya Tindak Lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Kendali Biaya Farmasi. - Melakukan Evaluasi terhadap beban pegawai dan penerapan Zero Growth 100%. - Peningkatan Klaim BPJS, perbaikan flow pasien dan LOS melalui program PJRM, Pracoding, case Manager untuk kendali biaya diruang rawat - Meningkatkan pendapatan dari Pasien Eksekutif - Optimalisasi Utilisasi Kamar Operasi

Lampiran 33. Analisa *Strength & Weakness*

Kekuatan (<i>Strength</i>)	Kelemahan (<i>Weakness</i>)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokasi SDM dan finansial yang efektif dan efisien dengan fokus pada layanan unggulan: kardiologi dan onkologi 2. Memiliki SDM, alat, dan jumlah case yang menunjang M. Hoesin menjadi jejaring Rumah Sakit Pendidikan (seperti menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama bagi berbagai fakultas di Universitas Sriwijaya) 3. Menjalani kerja sama dengan Utah University Hospital sebagai sister hospital M. Hoesin 4. Menjalani kerja sama B2B (seperti MCU) yang paling banyak dibandingkan kompetitor lain di Sumbagsel, contohnya ~9 dari 17 Pemda Kabupaten/Kota 5. Tenaga dokter spesialis dan subspecialis dengan kompetensi dan disiplin ilmu terlengkap di Sumbagsel, khususnya seperti bidang kardiologi memiliki kompetensi yang terbaik di Sumatera karena telah mampu melaksanakan tindakan bedah jantung terbuka secara mandiri 6. Memiliki sarana dan prasarana (SPA) penunjang medis untuk KJSU-KIA terlengkap di Sumbagsel, terutama untuk layanan unggulan kardiologi yang telah memiliki layanan integrasi jantung intervensional dan bedah terbuka serta onkologi yang telah memiliki layanan radiasi eksterna yang lengkap (brakiterapi dan linac) 7. Memiliki peneliti klinis (clinical investigator) yang sudah tersertifikasi Good Clinical Practice (GCP), ~193 dari 236 peneliti dan termasuk mature (hanya ada 20 RS di Indonesia yang sudah mature) 8. Memiliki unit penyelenggaraan pelatihan dengan akreditasi A yang aktif menyelenggarakan pelatihan 9. Tersedianya lahan yang luas dan rencana pengembangan meningkatkan proporsi Ruang Terbuka Hijau (RTH) 10. Memiliki sistem dan SDM mumpuni untuk menangani customer complaint yang bersifat non-medis, seperti isu SPA, keamanan, dan kebersihan 11. Memiliki sistem remunerasi in-house (ASIK) yang dapat melihat take home pay dan produktivitas tenaga medis secara real-time 12. Memiliki SDM tenaga IT yang aktif dan mampu mengembangkan sistem informasi secara mandiri 13. Satu-satunya RS di Sumbagsel yang memiliki dokter spesialis on-site di IGD untuk 5 spesialis utama (Bedah, Penyakit Dalam, Anestesi, Obygn, dan Anak) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem Informasi RS dari berbagai unit belum terintegrasi satu sama lain karena belum memiliki IT Masterplan 2. Budaya riset SDM masih rendah; fungsi penelitian saat ini masih didominasi oleh peserta didik 3. Belum ada kemampuan untuk melaksanakan penelitian non-medis, seperti identifikasi tren pasar dan identifikasi efisiensi operasional 4. Utilisasi beberapa alat kesehatan masih rendah 5. Produktivitas dokter (secara revenue) untuk beberapa KSM masih di bawah target 50 juta per bulan 6. Penggunaan barang-barang sebenarnya masih melebihi batas efisiensi yang telah ditetapkan karena masih menggunakan barang-barang lebih mahal yang tidak memiliki benefit tambahan 7. Belum ada sistem pengendalian untuk penggunaan barang-barang, contohnya batas BMHP maksimum ~20%, tetapi saat ini yang terjadi hingga ~42% 8. Evaluasi PPK saat ini belum optimal karena baru hanya mencakup layanan unggulan 9. Budaya kerja belum berorientasi pada pasien (patient-centric), sekalipun SOP-nya sudah ada 10. Kegiatan sister hospital luar negeri terkait pengembangan layanan belum optimal, seperti fellowship dan co-branding 11. Kedisiplinan DPJP dalam melaksanakan fungsi pelayanan di Rumah Sakit masih belum optimal 12. Fungsi sales and marketing untuk pelayanan eksekutif belum dilakukan secara optimal sehingga memengaruhi jumlah pasien non-JKN yang masih rendah 13. Fasilitas penunjang pelayanan non-medis masih perlu ditingkatkan, seperti jadwal poli (eksekutif) di hari Sabtu-Minggu, registrasi pasien secara online, dan fasilitas parkir yang memadai 14. Waktu pelayanan IGD dan rawat inap belum sesuai standar karena tata kelola dan compliance yang belum sesuai standar dan proses visite yang menghambat pemulangan pasien 15. Evaluasi clinical pathway belum dilakukan secara menyeluruh, dan masih terdapat beberapa clinical pathway yang belum ada (saat ini hanya ada untuk onkologi) 16. Sarana dan prasarana untuk mendukung CRU masih belum memenuhi standar 17. Proses internal untuk mendukung CRU masih inefisien karena melibatkan banyak stakeholders dengan tahapan yang panjang 18. Data yang ada saat ini (seperti RME) belum dapat memfasilitasi penelitian secara efisien karena memerlukan data cleansing secara manual

Lampiran 34. Analisa Opportunity & Threat

Peluang (<i>Opportunity</i>)	Ancaman (<i>Threat</i>)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Potensi peningkatan efisiensi belanja operasional karena RS mendapatkan dukungan finansial dari pemerintah berupa APBN, rupiah murni, dan PHLN 2. Potensi peningkatan volume pasien yang lebih banyak daripada kompetitor karena ditunjuk oleh pemerintah sebagai RS rujukan nasional untuk Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Lampung, Bengkulu, dan Jambi 3. Potensi peningkatan efisiensi operasi internal RS karena adanya Kebijakan SPBE (Aplikasi Srikandi, EMR dan aplikasi lainnya) dalam pelaksanaan kegiatan administrasi layanan sehingga proses lebih cepat dan kontrol lebih mudah 4. Mendapatkan akses alat kesehatan berbasis teknologi mutakhir karena mendapatkan dukungan dari kementerian kesehatan (berupa subsidi) 5. Potensi peningkatan volume pasien non-JKN dari kerja sama dengan asuransi swasta dan perusahaan (untuk B2B) 6. Kemudahan pengadaan barang dan jasa (termasuk sistem payroll dan inventory) karena adanya kerja sama dengan bank sebagai fasilitator investasi 7. Peningkatan efisiensi operasional karena adanya kerja sama dengan pihak perbankan 8. Potensi peningkatan kualitas layanan dan kesehatan finansial RS karena adanya perbaikan referral system melalui ditunjuknya RS sebagai pengampu regional untuk 9 layanan prioritas 9. Potensi untuk mengembangkan program fellowship bersama Utah University Hospital (untuk kardiologi) dan Carl Gustav Hospital (untuk radioterapi) 10. Pengembangan layanan baru, seperti kardiologi, bersama dengan Utah University Hospital 11. Sebagai 1 dari 17 CRU di Indonesia sehingga memiliki potensi pengembangan lanjut produk berbasis riset, dengan fokus CRU di bidang layanan unggulan dan pengampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potensi penurunan volume pasien karena lebih banyak kompetitor dari luar negeri yang masuk ke Sumbagsel dengan harga yang lebih murah dan transparan 2. Potensi penurunan volume pasien karena lebih banyak kompetitor yang muncul di Sumbagsel dengan layanan yang serupa, penetapan tarif yang lebih transparan, dan kegiatan pemasaran yang lebih aktif (cth : RSUD Siti Fatima, RS Hermina, RS Bunda, dll) 3. Potensi penurunan volume pasien, karena meningkatnya ekspektasi pasien terhadap kualitas pelayanan, transparansi harga dan brand image 4. Potensi penurunan volume pasien karena perkembangan kompetitor dengan layanan unggulan kardiologi dan onkologi di skala nasional dan Asia 5. Potensi kerugian operasional karena biaya kegiatan pendidikan kedokteran yang saat ini terjadi di RS masih ditanggung sepenuhnya oleh RS 6. Potensi kerugian operasional karena biaya pelayanan yang sebenarnya terus meningkat, tetapi tarif INA-CBG's tidak diperbarui secara berkala untuk menyamakan dengan biaya pelayanan yang sebenarnya 7. Potensi kerugian operasional karena harga barang dan jasa TKDN di e-catalogue lebih mahal daripada harga pasar 8. Risiko loyalitas tenaga medis dan non-medis terhadap RS karena dokter mengharapkan sistem remunerasi yang lebih transparan dan tinggi

Lampiran 35. Kamus Indikator Kinerja Utama
IKU 1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

Perspektif	:	Stakeholders
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya layanan terbaik level Asia
IKU	:	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"> • Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. • Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: 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. • Metode Pelaksanaan : Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara Elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.

- Metode pengolahan data

1. Menghitung Nilai Pencapaian untuk Satu Unsur

- 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

- Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit

3. Menghitung Kepuasan Pasien di RS

- 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 – 76,80	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

Formula

:

• Bobot nilai rata-rata tertimbang =
(Jumlah Unsur)

	:	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang • Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan* 25 • Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survey kepuasan tiap unsur. 										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur Layanan Operasional										
Sumber Data	:	Tim Kerja Hukum dan Humas										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baik</td> <td>Baik</td> <td>Baik</td> <td>Sangat Baik</td> <td>Sangat Baik</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik
2025	2026	2027	2028	2029								
Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik								

IKU 2. % Pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target

Perspektif	:	Stakeholders										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas										
IKU	:	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target										
Definisi	:	<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, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak. 										
Formula	:	$(\text{rumah sakit yang berhasil diampu} \div \text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}) \times 100\%$										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur Medik dan Keperawatan										
Sumber Data	:	Tim Kerja Pelayanan Medik										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>57,5%</td> <td>65%</td> <td>72.5%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	50%	57,5%	65%	72.5%	80%
2025	2026	2027	2028	2029								
50%	57,5%	65%	72.5%	80%								

IKU 3. % Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Perspektif	:	Stakeholders										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan										
IKU	:	% Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian										
Definisi	:	<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. 										
Formula	:	$(\text{total pendapatan dari semua penelitian CRU} \div \text{total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Tim Kerja Penelitian										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2%</td> <td>2%</td> <td>2%</td> <td>2%</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	2%	2%	2%	2%	2%
2025	2026	2027	2028	2029								
2%	2%	2%	2%	2%								

IKU 4. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
IKU	:	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
Definisi	:	<ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i>. • Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i>. <ol style="list-style-type: none"> a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%) b. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%) c. Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>₂: (W: 20%) d. Persentase integrasi <i>Human Resources Information System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS₃: (W: 20%) e. Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS₄: (W: 20%) <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat 2. Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Inventori 3. Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan system 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

	:	4. Sistem <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										
Formula	:	$(\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW))$ * W = weight/bobot										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur Layanan Operasional										
Sumber Data	:	Instalasi SIMRS										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	25%	50%	75%	90%	100%
2025	2026	2027	2028	2029								
25%	50%	75%	90%	100%								

IKU 5. Skor BLU Maturity Rating

Perspektif : Proses Bisnis Internal

Sasaran Strategis : Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel

IKU : Skor BLU Maturity Rating

Definisi :

RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance Maturity Rating* (BLUSmart)

A. Result Based

- 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 *result based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan.

B. Process Based

- 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 *process based* 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: Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing

Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU

Formula : Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas

<i>Person in charge</i>	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Satuan Pemeriksaan Internal										
Pengumpulan Data	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"><thead><tr><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th><th>2028</th><th>2029</th></tr></thead><tbody><tr><td>Level 3</td><td>Level 4</td><td>Level 4</td><td>Level 4</td><td>Level 4</td></tr></tbody></table>	2025	2026	2027	2028	2029	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
2025	2026	2027	2028	2029								
Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4								

IKU 6. Bed Occupany Rate (BOR)

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien										
IKU	:	Bed Occupany Rate (BOR)										
Definisi	:	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu										
Formula	:	$\left[\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur Layanan Operasional										
Sumber Data	:	Instalasi Rekam Medis										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	70%	70%	70%	70%	70%
2025	2026	2027	2028	2029								
70%	70%	70%	70%	70%								

IKU 7. Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
IKU	:	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates
Definisi	:	<p><i>Surveillance HAIs</i> merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</p> <p>Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi :</p> <p>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</p> <p>*) 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</p>
Formula	:	<p>A: Σ insiden CAUTI B: Σ insiden VAP C: Σ insiden CLABSI D: Σ insiden SSI</p> <p>A: (jumlah kasus CAUTI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 catheter urinary-days B: (jumlah kasus VAP1 ÷ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 ventilator days C: (jumlah kasus CLABSI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 central-days D: (jumlah kasus SSI1 ÷ jumlah tindakan operasi) x 100 1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)</p>

<i>Person in charge</i>	:	Direktur Utama				
Sumber Data	:	Komite Pecegahan dan Pengendalian Infeksi				
Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Target	:	2025	2026	2027	2028	2029
		< 1‰	< 1‰	< 1‰	< 1‰	< 1‰

IKU 8. % standar klinis yang tercapai

Perspektif	:	Bisnis Internal																					
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten																					
IKU	:	% standar klinis yang tercapai																					
Definisi	:	<p>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.</p> <p>Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut:</p> <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 <p style="text-align: center;">Indikator Standar Klinis Layanan Unggulan RSMH</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Inisiatif</th> <th>Indikator</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Layanan Kanker</td> <td>Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td>Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td>Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Layanan Jantung</td> <td>"Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td>Terapi Fibrinolitik: "door to needle" ≤ 30 menit pada pasien STEMI</td> <td>> 80%</td> </tr> <tr> <td>Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1</td> <td>< 10%</td> </tr> <tr> <td>Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1</td> <td>> 95%</td> </tr> </tbody> </table>	Inisiatif	Indikator	Target	Layanan Kanker	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP	> 80%	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%	Layanan Jantung	"Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%	Terapi Fibrinolitik: "door to needle" ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%	Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%
Inisiatif	Indikator	Target																					
Layanan Kanker	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%																					
	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP	> 80%																					
	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%																					
	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%																					
Layanan Jantung	"Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%																					
	Terapi Fibrinolitik: "door to needle" ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%																					
	Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%																					
	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%																					

Formula	$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = (\text{Jumlah Indikator Tercapai}) / (\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS}) \times 100\%$				
<i>Person in charge</i>	: Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	: Tim Kerja Pelayanan Medik				
Pengumpulan Data	: Bulanan				
Target	:				
	2025	2026	2027	2028	2029
	80%	80%	80%	80%	80%

IKU 9. % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Perspektif	:	Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan										
IKU	:	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS										
Definisi	:	<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 pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022 										
Formula	:	$(\text{Pendapatan non JKN} \div \text{total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur Layanan Operasional										
Sumber Data	:	Tim Kerja Promosi Kesehatan										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	25%	30%	40%	50%	50%
2025	2026	2027	2028	2029								
25%	30%	40%	50%	50%								

IKU 10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Perspektif	:	Learning & Growth
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
IKU	:	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
Definisi	:	<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</p> <p>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>Metode Pelaksanaan</p> <p>Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p>
Formula	:	<ul style="list-style-type: none"> • Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/(Jumlah Unsur) • Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Perunsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang • Konversi Nilai survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan * 25

- Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur

Person in charge : Direktur Utama

Sumber Data : Komite Mutu

Pengumpulan Data : Tahunan

Target :

2025	2026	2027	2028	2029
Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas

IKU 11. Training Effectiveness Index (TEI)

Perspektif	:	Learning & Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK										
IKU	:	Training Effectiveness Index (TEI)										
Definisi	:	<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 										
Formula	:	TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit										
<i>Person in charge</i>	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Tim kerja Pendidikan dan Pelatihan										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70%</td> <td>73,75%</td> <td>77,5%</td> <td>81,25%</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
2025	2026	2027	2028	2029								
70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%								

IKU 12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)

Perspektif	:	Finansial										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal										
IKU	:	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)										
Definisi	:	<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. • Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022. <p>*) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024</p>										
Formula		$(EBITDA \div \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan dan Keuangan										
Sumber Data	:	Tim Kerja Akuntansi dan BMN										
Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>15%</td> <td>15%</td> <td>15%</td> </tr> </tbody> </table>	2025	2026	2027	2028	2029	10%	10%	15%	15%	15%
2025	2026	2027	2028	2029								
10%	10%	15%	15%	15%								

Lampiran 36. Jumlah Pegawai Keseluruhan

