



# LAPORAN TAHUNAN LAPTAH 2024

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN  
PUSAT KANKER NASIONAL RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS**

## LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI

### LAPORAN TAHUNAN RSK DHARMAIS TAHUN 2024

#### DISAHKAN OLEH : DIREKSI RSK DHARMAIS

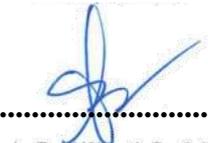
**1. Direktur Utama**

dr. R. Soeko W Nindito D, MARS

(  )

**2. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan**

dr. Reni Wigati, Sp.A (K)

(  )

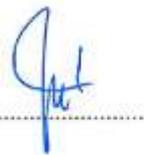
**3. Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara**

Ferry Muhammad Robbani, SE, MBA

(  )

**4. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian**

drg. Ina Torisia Hatang, MKM

(  )

**5. Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan**

Anjari, S.Kom, SH, MARS

(  )

**6. Direktur Layanan Opeasional**

dr. Juliana Aritonang, MARS

(  )

## LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

### LAPORAN TAHUNAN RSK DHARMAIS TAHUN 2024

DISAHKAN OLEH :  
DEWAS RSK DHARMAIS

1. **Ketua**

Dr. Dra. Lucia Rizka Andalusia, Apt,M.Pharm, MARS



2. **Anggota**

Prof. dr. Ario Djatmiko, Sp.B.Onk



3. **Anggota**

Dr. Bambang Widiyanto, M.A



4. **Anggota**

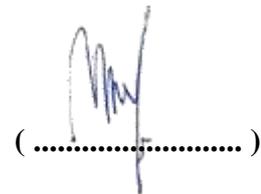
Parjiono, S.E., M.P.P., Ph.D



( ..... )

5. **Anggota**

Arif Wibawa, S.Sos, MM



( ..... )

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, Laporan Berkala (LAPTAH) tahun 2024 dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Laporan berkala tahun 2024 merupakan pertanggungjawaban terhadap pelaksanaan kontrak kinerja periode Januari-Desember 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (Dirjen Yankes) dengan Direktur Utama RSK Dharmais. Laporan ini juga sekaligus bertujuan untuk memenuhi Peraturan Menteri Keuangan No. 249/PMK.02/2011 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara / Lembaga dan Keputusan Menteri Kesehatan 1099/Menkes/SK/IV/2011 tentang Indikator Kinerja Utama Tingkat Kementerian Kesehatan 2010-2014.

Laporan Berkala Tahun 2024 ini berisikan capaian kinerja yang telah direncanakan sebagai berikut :

1. Pencapaian kinerja berdasarkan 68 (enam puluh delapan) indikator dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang merupakan perjanjian kinerja Direktur Utama RSK Dharmais dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,
2. Pencapaian kinerja berdasarkan 13 (tiga belas) Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang merupakan kontrak antara Direktur Utama RSK Dharmais dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan.
3. Pencapaian Kinerja berdasarkan 54 (lima puluh empat) Indikator Kinerja Kesehatan BLU
4. Laporan Keuangan per 31 Desember 2024
5. Kegiatan – Kegiatan RS Kanker Dharmais Periode Tahun 2024
6. Penghargaan – Penghargaan Yang di Terima RS Kanker Dharmais Periode Tahun 2024

Berdasarkan Laporan Berkala (LAPTAH) tahun 2024 ini dapat memberikan gambaran secara menyeluruh mengenai kegiatan dan upaya-upaya yang telah dilaksanakan selama 1 (satu) Tahun. Berbagai masukan dan umpan balik yang konstruktif dari stakeholder dan berbagai pihak sangat kami harapkan untuk perbaikan kinerja RS Kanker Dharmais di masa mendatang

Direksi Rumah Sakit Kanker Dharmais mengucapkan terimakasih dan memberikan penghargaan yang tinggi kepada seluruh unit kerja yang telah membantu, sehingga Laporan Berkala (LAPTAH) tahun 2024 dapat disajikan tepat waktu.

Jakarta, Januari 2025

Direksi Rumah Sakit Kanker Dharmais

Direktur Utama



dr. R. Soeko W. Nindito D., MARS  
NIP. 196712212002121002

## DAFTAR ISI

Lembar Pengesahan Direksi.....	ii
Lembar Pengesahan Dewan Pengawas .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel .....	vii
Daftar Gambar.....	viii
Daftar Grafik .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A.Latar Belakang .....	1
B.Maksud dan Tujuan Laporan.....	2
C.Ruang Lingkup Laporan.....	3
<b>BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN.....</b>	<b>4</b>
A.Hambatan Tahun Lalu.....	4
B.Kelembagaan.....	4
C.Analisis Ats Efisiensi Penggunaan Sumber Daya.....	7
1.Sumber Daya Manusia .....	7
2.Sumber Daya Sarana & Prasarana .....	9
3.Sumber Daya Anggaran .....	10
<b>BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....</b>	<b>12</b>
A.Dasar Hukum .....	12
B.Tujuan, Sasaran dan Indikator.....	13
<b>BAB IV STRATEGI PELASANAAN .....</b>	<b>34</b>
A.Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	34
B.Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi.....	35
C.Tantangan Strategis RSK Dharmais 2020-2024 .....	35
D.Upaya Tindak Lanjut.....	36
<b>BAB V HASIL KERJA.....</b>	<b>39</b>
A.Pencapaian Kinerja.....	39
I.Kegiatan RSK Dharmais .....	39
II.Penghargaan yang Diraih RSK Dharmais .....	52
III.Pencapaian Kinerja Organisasi.....	54
IV.Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja Secara Alternatif Solusi yang Telah Diberlakukan .....	66
B.Capaian Produktifitas Layanan Tahun 2024 .....	115
C.Efisiensi Pemakaian Energi Tahun 2024.....	122
D.Sumber Daya Anggaran c .....	124
E.Layanan Unggulan.....	126
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>127</b>
A.Kesimpulan .....	127
B.Rekomendasi .....	127
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>129</b>
1. Penetapan RSKD sebagai Pusat Kanker Nasional .....	129
2. Laporan Arus Kas Per 31 Desember 2024.....	130
3. Laporan Operasional Per 31 Desember 2024.....	133
4. Neraca ( <i>Face</i> ) per 31 Desember 2024.....	134

---

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1. Data Sumber Daya Manusia RSK Dharmais Per 31 Desember 2024.....	7
Tabel 2. Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	10
Tabel 3. Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNBP/BLU Tahun 2023 dan 2024 .....	11
Tabel 4. Sasaran Strategis, KPI, Bobot, PIC Dan Target RSK Dharmais Tahun 2020 – 2024. 14	
Tabel 5. Inisiatif Strategis I : Penguatan <i>Stakeholder Engagement</i> .....	16
Tabel 6. Inisiatif Strategis 2 : Penguatan <i>Cost-leadership</i> .....	18
Tabel 7. Inisiatif Strategis 3: Penguatan Misi Nasional .....	18
Tabel 8. Inisiatif Strategis 4: Pengembangan Inovasi dan Layanan Unggulan .....	20
Tabel 9. Inisiatif Strategis 5: Penguatan Mutu Kelembagaan Organisasi .....	21
Tabel 10. Inisiatif Strategis 6: Penguatan SDM dan Sarpras .....	24
Tabel 11. Inisiatif Strategis 7 : Penguatan Kemandirian BLU dan Financial .....	26
Tabel 12. Indikator Aspek Keuangan .....	29
Tabel 13. Indikator Kinerja Pelayanan dan Mutu Manfaat Bagi Masyarakat .....	29
Tabel 14. Tiga Belas Indikator Kinerja Terpilih ( IKT ) Tahun 2024.....	31
Tabel 15. Program Rumah Sakit Berseri .....	32
Tabel 16. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran .....	34
Tabel 17. Budaya Kerja RSK Dharmais.....	37
Tabel 18. Capaian indikator RSB tahun 2024 .....	55
Tabel 19. Perbandingan Rata-rata Capaian indikator RSB tahun 2023 dan 2024.....	60
Tabel 20. Indikator Kinerja Keuangan .....	107
Tabel 21. Indikator Kinerja Operasional Dan Indikator Mutu Dan Manfaat Bagi Masyarakat	108
Tabel 22. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) tahun 2024.....	111
Tabel 23. Realisasi Hasil Program Rumah Sakit Bersih .....	113
Tabel 24. Produktivitas Rawat Inap Tahun 2024 .....	117
Tabel 25. Layanan Kemoterapi Tahun 2024 .....	120
Tabel 26. Sepuluh Besar Kasus Kanker Baru Tahun 2024 .....	121
Tabel 27. Konservasi Energi.....	122
Tabel 28. Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	124
Tabel 29. Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNBP/BLU Tahun 2023 dan 2024 .....	125

---

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Struktur Organisasi Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta.....	6
Gambar 2. Data Nilai Barang Milik Negara (BMN) tahun 2024 .....	9
Gambar 3. Perjanjian Kinerja Direktur Utama RSK Dharmais dengan Dirjen Yankes Tahun 2024 .....	27
Gambar 4. LOGO Value RS.Kanker Dharmais .....	37
Gambar 5. RSK Dharmais Masuk Daftar Rumah Sakit Khusus Terbaik Asia Pasifik Versi Newsweek.....	39
Gambar 6. <i>Visitasi dan Meeting ImPACT Review</i> .....	40
Gambar 7. Penilaian Kesiapan untuk Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan di Pusat Kanker Nasional .....	42
Gambar 8. Peresmian Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak di RSK Dharmais oleh Presiden Joko Widodo.....	44
Gambar 9. Menteri Kesehatan RI, Budi Gunadi Sadikin didampingi direktur Utama RSK Dharmais memaparkan alat kesehatan dengan teknologi canggih kepada Presiden Joko Widodo bersama Presiden IsDB dalam acara peresmian Gedung Layanan Ibu dan Anak.....	46
Gambar 10. sharing knowledge live surgery workshop bersama University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center Seoul-Korea Selatan .....	48
Gambar 11. Operasi transplantasi sumsum tulang pada kanker anak .....	49
Gambar 12. Penghargaan PERSI Award untuk RSK Dharmais .....	52
Gambar 13. Penghargaan dari Menteri Kesehatan RI yang diselenggarakan oleh Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia (ARSKI). .....	53

---

**DAFTAR GRAFIK**

Grafik 1. Data SDM berdasarkan kelompok Umur .....	8
Grafik 2. Data SDM berdasarkan jenis pendidikan .....	8
Grafik 3. Data SDM berdasarkan status kepegawaian .....	8
Grafik 4. Data SDM berdasarkan jenis kelamin .....	8
Grafik 5. Kunjungan dan Tindakan Layanan Rawat Jalan, Paliatif, Cendana, Pengunjung dan Penunjang, Bedah Sentral .....	115
Grafik 6. Produktifitas Rawat Inap Tahun 2024.....	119
Grafik 7. Layanan Kemoterapi Tahun 2024 .....	120
Grafik 8. Sepuluh Besar Kasus Kanker Baru Tahun 2024 .....	121

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor: XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme serta Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang hal yang sama telah diterbitkan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Instruksi Presiden tersebut mewajibkan setiap Instansi Pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas, fungsi, dan peranannya dalam pengelolaan sumber daya dan kebijakan yang dipercayakan kepadanya berdasarkan perencanaan strategis dan indikator kinerja lainnya yang sudah ditetapkan.

Laporan Berkala Tahunan Institusi Pemerintah disusun sebagai bentuk pertanggung-jawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSK Dharmais yang meliputi pengelolaan sumber daya, keuangan, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia. Ini merupakan rangkuman dari suatu proses dimana setiap departemen/unit kerja melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam mencapai kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 2024 yang wajib dipertanggungjawabkan, sehingga bila terjadi kegagalan kedepannya dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan serta langkah-langkah perbaikan baik dari sisi bisnis proses maupun manajemennya, dan perlu dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambatnya. Demikian juga bila suatu kinerja dikatakan baik apabila capaian kinerja setiap tahunnya meningkat / paling tidak sama dengan tahun sebelumnya dan perlu dicarikan strategi yang tepat untuk inovasi selanjutnya.

Rencana Kinerja Tahunan di tahun 2024 merupakan proses penetapan sistematis dan berkesinambungan antar program kerja dan kegiatan selama 1 tahun, dimana tercantum sasaran strategis, program kerja, kegiatan, target, serta Indikator Kinerja berdasar *Key Performance Indicator* (KPI) atau indikator kinerja yang telah disesuaikan dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS. Kanker Dharmais Tahun 2020 - 2024.

RSK Dharmais sebagai unit pelaksana teknis Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melalui penetapan SK Menkes Nomor 037/MENKES/SK/II/2012 sebagai Rumah sakit Khusus

Kanker Kelas A dengan kegiatan utama pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis Kanker semakin dituntut untuk memperhatikan keberhasilan pencapaian Visi, yaitu Rumah Sakit Kanker Dharmais “**Menjadi *Caring & Smart National Cancer Center***”

Untuk mencapai Visi tersebut, RSK Dharmais perlu mengarahkan segala upaya dan sumber daya yang ada berguna bagi seluruh lapisan masyarakat dan meningkatkan pelayanan kesehatan secara optimal. Hal ini telah dituangkan dalam rumusan RSB RS. Kanker Dharmais tahun 2020 - 2024 yang mengacu pada visi dan misi sebagai upaya pengelolaan sumber daya secara efektif, efisien, adil dan merata.

Tujuan untuk menjadikan RSK Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional (INCC: *Indonesian National Cancer Center*) di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI mempunyai beberapa fungsi yaitu:

- a. Pusat pelayanan kesehatan kanker komprehensif (DHCCC: *Dharmais Hospital Comprehensive Cancer Center*),
- b. Pusat Pendidikan dan Informasi Kanker Nasional (NCEIS: *National Cancer Educational and Information System*),
- c. Pusat pendidikan jejaring RS Pendidikan, serta
- d. Pusat Data dan Riset Kanker Nasional (NDRC: *National Data and Research Center*) sebagai Pusat penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan kanker, merupakan inti permasalahan yang harus dapat diidentifikasi secara fokus, tajam, mudah dimengerti dan terstruktur.

Isu strategis besarnya adalah kenyataan bahwa efektifitas manajemen penanganan penyakit kanker saat ini belum ada satu metode pun yang secara ilmiah mengklaim keberhasilan mengeradikasi segala jenis penyakit kanker dan penyebabnya.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Maksud dan tujuan penyusunan Laporan Berkala Tahunan RSK Dharmais adalah :

1. Sebagai instrumen pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan serta mengacu pada RSB RSK Dharmais Tahun 2020 - 2024
2. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematis untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun (*sustainable and continuous improvement*)
3. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau dengan kata lain peningkatan kinerja department/unit kerja di RSK Dharmais

4. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambat atau pendukung tercapainya kinerja serta tindakan perbaikan di masa yang akan datang

### C. RUANG LINGKUP LAPORAN

Sistematika penulisan Laporan Berkala Tahunan Rumah Sakit Kanker Dharmais adalah sebagai berikut :

Kata Pengantar  
Daftar Isi, Daftar Tabel  
Lembar Pengesahan

#### **Bab I : Pendahuluan**

Menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, Tugas Pokok dan Fungsi serta Struktur Organisasi Rumah Sakit Kanker Dharmais, isu strategis yang sedang dihadapi oleh RSK Dharmais.

#### **Bab II : Analisis Situasi Awal Tahun**

Sebagai instrumen pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan serta mengacu pada RSB RSK Dharmais Tahun 2020 - 2024

#### **Bab III : Tujuan dan Sasaran Kerja**

Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambat atau pendukung tercapainya kinerja serta tindakan perbaikan di masa yang akan datang

#### **Bab IV : Strategi Pelaksanaan**

Berisi Rencana Kinerja Tahunan dan Penetapan Kinerja yang merupakan gambaran singkat dari sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama 5 (lima) tahun dan pada tahun 2022. Indikator Kinerja dan targetnya, kebijakan dan strategi untuk mencapai Visi, Misi dan Sasaran

#### **Bab V : Hasil Kerja**

Menguraikan prestasi RSK Dharmais sepanjang tahun 2024, pengukuran dan analisis pencapaian kinerja pelayanan, keuangan, SDM dan organisasi, serta upaya tindak lanjut dan inovasi perbaikan kinerja.

#### **Bab VI : Penutup**

Berisi kesimpulan dan saran

## BAB II

### ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

#### A. Hambatan Tahun Lalu

Beberapa hambatan yang sering dihadapi dan perlu diselesaikan adalah sebagai berikut :

1. Tempat tidur (TT) ruang Rawat Inap tahun 2024 tempat tidur 345, ini juga masih sangat kecil dibanding animo masyarakat yang sangat tinggi semenjak adanya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014. Hal ini terlihat dari antrian pasien rawat inap yang akan dikemoterapi, dioperasi, dan perbaikan kondisi umum (PKU) serta radiasi, sehingga terjadi *delay treatment* yang berdampak kepada *outcome* pasien memburuk. Berkaitan dengan hal tersebut sangat diperlukan penambahan tempat tidur dan pada tahun 2024 telah diresmikan gedung *Mother and Child Cancer Center* (Tower-C) yang berada di Kompleks RSK Dharmais. Dengan dibangunnya Tower-C ini dengan kapasitas 18 lantai diharapkan semakin memantapkan peran RS Kanker Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional dan juga sebagai Pusat Rujukan Rumah Sakit Kanker di Indonesia.
2. Sistem informasi rumah sakit saat ini sudah diselenggarakan oleh Instalasi SIMRS dengan aplikasi Mandiri dan hanya sebatas *billing system*, belum sampai ke modul akuntansi dan logistik, sehingga informasi tentang keuangan secara menyeluruh belum dapat diketahui secara cepat dan akurat.
3. Belum lengkapnya penulisan diagnosis penyakit pasien pada catatan medik (sebatas diagnosis utama) oleh dokter penanggungjawab pasien (DPJP) sehingga klaim pembiayaan tidak dapat ditagihkan secara menyeluruh (menimbulkan kerugian rumah sakit yang cukup signifikan)

#### B. Kelembagaan

Rumah Sakit Kanker Dharmais dipimpin oleh Direktur Utama dan empat Direktur serta dibantu oleh SPI, 10 (sepuluh) Komite Profesi, 1 (satu) Unit Pengadaan Barang dan Jasa serta 35 (tiga puluh lima) Instalasi. Sesuai Permenkes Nomor 46 Tahun 2020 berikut organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Kanker Dharmais :

1. Kedudukan, RSKD merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Kemenkes di lingkungan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.
2. Tugas RSKD memiliki tugas pokok memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan di bidang kanker. Untuk merealisasikan tugas pokok tersebut masing-masing direktorat menjabarkan fungsinya sebagai berikut :

**a. Direktorat Medik dan Keperawatan**, menyelenggarakan fungsi :

1. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
2. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
3. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
5. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

**b. Direktorat Keuangan dan BMN**, menyelenggarakan fungsi :

1. Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
2. Pelaksanaan anggaran;
3. Pelaksanaan urusan akuntansi;
4. Pengelolaan barang milik negara;
5. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan anggaran rumah sakit; dan
6. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

**c. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian** menyelenggarakan fungsi :

1. Penataan organisasi dan tata laksana;
2. Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, Pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia
3. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan
4. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan
5. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat

**d. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan**

menyelenggarakan fungsi :

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
2. Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan
4. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat

**e. Direktorat Layanan Operasional** menyelenggarakan fungsi :

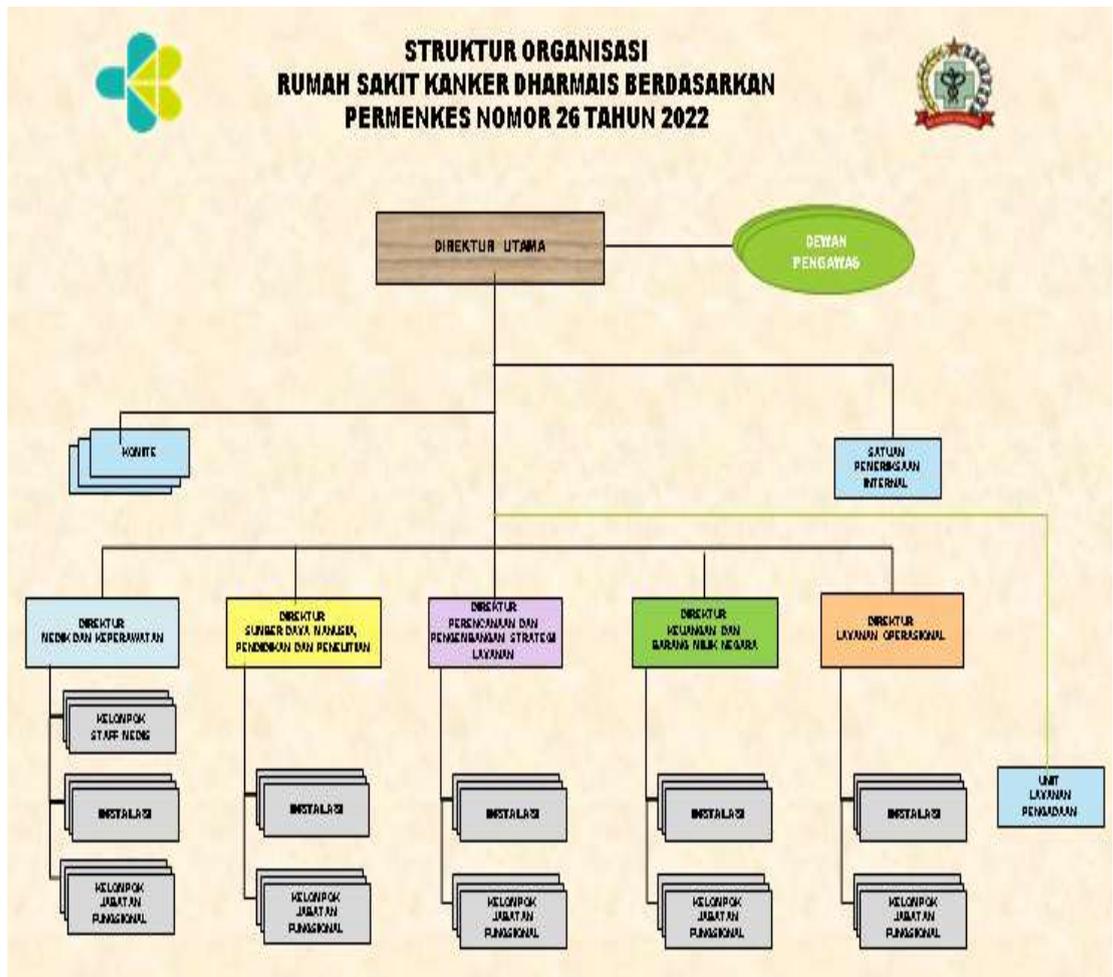
1. Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
2. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;

3. Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
4. Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
5. Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
6. Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
7. Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; dan
8. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

### Struktur Organisasi

Rumah Sakit Kanker Dharmais dipimpin oleh Direktur Utama dan empat Direktur serta dibantu oleh SPI, 9 (sembilan) Komite Profesi, 1 (satu) Unit Pengadaan Barang dan Jasa serta 39 (tiga puluh sembilan) Tim Kerja, Sesuai Permenkes Nomor 26 Tahun 2022 berikut organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Kanker Dharmais :

**Gambar 1.** Struktur Organisasi Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta



**C. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya**

**1. Sumber Daya Manusia**

Data SDM RS. Kanker Dharmais Tahun 2024 sebanyak **1922** orang.

**a. Data Sumber Daya Manusia RSK Dharmais Per 31 Desember 2024**

**Tabel 1. Data Sumber Daya Manusia RSK Dharmais Per 31 Desember 2024**

NO	JENIS TENAGA		KETERANGAN																							
			PNS		CPNS		PPPK		Pegawai BLU Tetap		Calon Pegawai BLU Tetap		Pegawai BLU Kontrak		Visiting		Pramubakti		Staf Khusus		Relawan		JML	TOTAL		
			L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P		L	P	
1	Medis	Subspesialis	35	27	0	0	4	3	1	0	0	0	1	0	16	8			0	0	0	0	95	57	38	
		Spesialis	10	20	0	0	2	13	4	5	2	3	2	6	5	2			0	1	0	0	75	25	50	
		Dokter Umum	5	17	0	0	3	9	7	12	4	4	5	11	0	1			0	0	0	0	78	24	54	
		Dokter Gigi	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	2	1	1
2	Perawat		46	238	0	0	65	133	7	21	2	6	30	87							0	0	635	150	485	
3	Perawat Manajemen		5	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							0	0	25	5	20	
4	Kesehatan Lain		62	106	0	0	46	106	12	27	4	5	23	90	0	0			0	1	0	0	482	147	335	
5	Non Medis		168	143	0	0	14	1	88	78	5	6	17	7	0	0	0	0	3	0	0	0	530	295	235	
<b>JUMLAH</b>			<b>332</b>	<b>571</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>134</b>	<b>266</b>	<b>119</b>	<b>143</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>78</b>	<b>201</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1922</b>	<b>704</b>	<b>1218</b>	
			<b>903</b>	<b>0</b>	<b>400</b>	<b>262</b>	<b>41</b>	<b>279</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1922</b>	<b>1922</b>												
<b>TOTAL KESELURUHAN PEGAWAI : 1922</b>																										

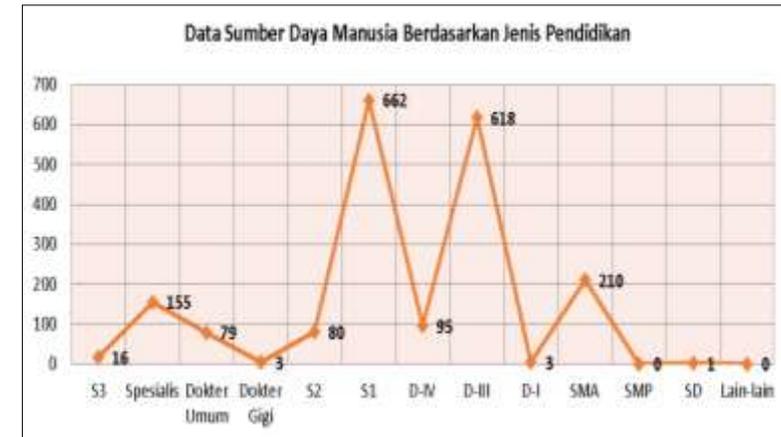
**b. Data SDM Berdasarkan Kelompok Umur**

**Grafik 1.** Data SDM berdasarkan kelompok Umur



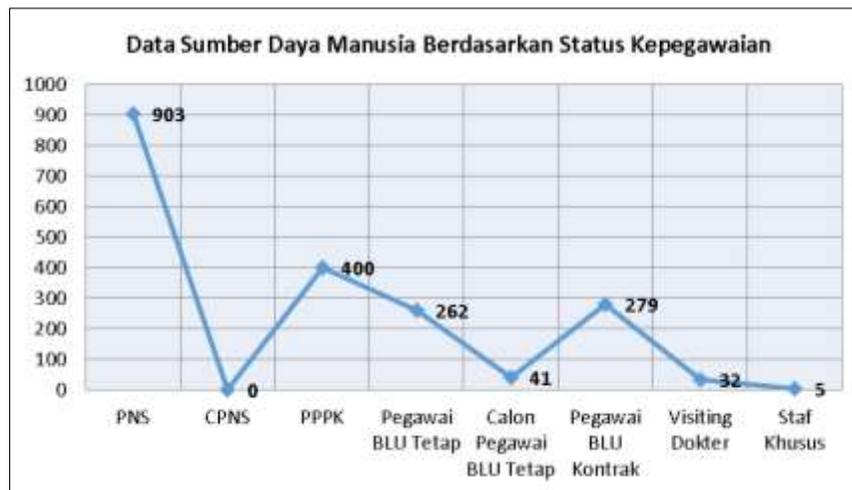
**c. Data SDM Berdasarkan Jenis Pendidikan**

**Grafik 2.** Data SDM berdasarkan jenis pendidikan



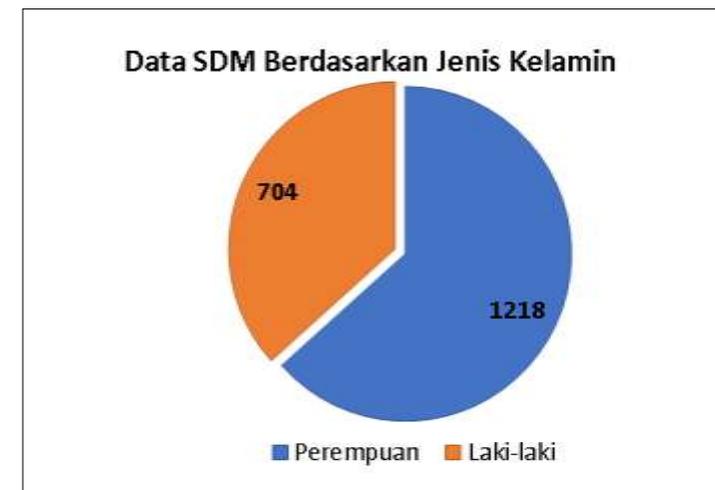
**d. Data SDM Berdasarkan Status Kepegawaian**

**Grafik 3.** Data SDM berdasarkan status kepegawaian



**e. Data SDM Berdasarkan Jenis Kelamin**

**Grafik 4.** Data SDM berdasarkan jenis kelamin



2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Gambar 2. Data Nilai Barang Milik Negara (BMN) tahun 2024



Kementerian Kesehatan  
RSK Dharmais

Jalan Letjen S. Parman Kav. 84 - 86, Slipi  
Jakarta 11420

(021) 5681570

<https://dharmais.co.id>

BERITA ACARA REKONSILIASI INTERNAL DATA BARANG MILIK NEGARA  
PADA RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS  
PERIODE SEMESTER-II TA 2024  
NOMOR : *K.N.01.07/D.XII.4.2/28/2025*

Pada hari ini Kamis tanggal Dua Bulan Januari Tahun Dua Ribu Dua Puluh Lima (02-01-2025), bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama : Winarko, SAP  
NIP : 197203151993031001  
Jabatan : Koordinator BMN

dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama penanggung jawab unit akuntansi barang pada RS. Kanker Dharmais, untuk selanjutnya disebut Pihak Pertama ;

II. Nama : Dwi Kuntari, SE, MM  
NIP : 196911271993032001  
Jabatan : Koordinator Pelaporan Keuangan

dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama penanggung jawab unit akuntansi keuangan pada RS. Kanker Dharmais, untuk selanjutnya disebut Pihak Kedua ;

menyatakan bahwa telah melakukan Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara (BMN) pada lingkup RS. Kanker Dharmais dengan cara membandingkan data BMN pada Laporan Barang Kuasa Pengguna (LBKP) yang disusun oleh unit akuntansi Keuangan untuk periode Semester-II Tahun Anggaran 2024 (SAKTI Periode-normal), dengan hasil sebagai berikut :

I. Hasil Rekonsiliasi Data BMN

No.	Akun Neraca	Nilai BMN Periode Semester-II Tahun Anggaran 2024		
		Saldo Awal	Mutasi	Saldo Akhir
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)
<b>I</b>	<b>POSISI BMN DI NERACA</b>	<b>3.130.138.870.961</b>	<b>446.378.969.167</b>	<b>3.576.517.840.128</b>
<b>A</b>	<b>ASET LANCAR</b>	<b>22.460.124.760</b>	<b>20.031.046.152</b>	<b>42.491.170.912</b>
1	Persediaan	22.460.124.760	20.031.046.152	42.491.170.912
<b>B</b>	<b>ASET TETAP</b>	<b>3.106.614.282.777</b>	<b>426.069.743.185</b>	<b>3.532.684.025.962</b>
1	Tanah	2.136.245.779.900	-	2.136.245.779.900
2	Peralatan dan Mesin	1.005.782.850.780	138.226.350.032	1.144.009.200.812
3	Gedung dan Bangunan	462.401.597.242	7.676.916.754	470.078.513.996
4	Jalan, Irigasi dan Jaringan	19.343.632.932	-	19.343.632.932
5	Aset Tetap Lainnya	517.761.678	-	517.761.678
6	Konstruksi dalam Pengerjaan	323.610.927.259	379.142.207.722	702.753.134.981
7	Akun Penyusutan Aset tetap	(841.288.267.014)	(98.975.731.323)	(940.263.998.337)
<b>C</b>	<b>ASET LAINNYA</b>	<b>1.064.463.424</b>	<b>278.179.830</b>	<b>1.342.643.254</b>
1	Kemitraan Dengan Pihak Ketiga	-	-	-
2	Aset Tidak Berwujud	4.214.204.313	573.435.000	4.787.639.313
3	Akumulasi Amortisasi	(3.149.740.889)	(295.255.170)	(3.444.996.059)
4	Aset Lain-lain	10.379.876.225	(201.848.556)	10.178.027.669
5	Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan da	-	-	-
6	Akun Penyusutan Atas Aset Lainnya	(10.379.876.225)	201.848.556	(10.178.027.669)
7	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud y	-	-	-
<b>II</b>	<b>BMN NON NERACA</b>	<b>128.806.008</b>	<b>(57.141.162)</b>	<b>71.664.846</b>
<b>A</b>	<b>EKSTRAKOMPTABLE</b>	<b>128.806.008</b>	<b>(57.141.162)</b>	<b>71.664.846</b>
1	BMN Ekstrakomptabel	1.024.719.544	(5.585.660)	1.019.133.884
2	Akun Penyusutan Ekstrakomptable	(895.913.536)	(51.555.502)	(947.469.038)
<b>B</b>	<b>BPYBDS</b>	-	-	-
<b>C</b>	<b>BARANG HILANG</b>	-	-	-
<b>D</b>	<b>BARANG RUSAK BERAT</b>	-	-	-
<b>TOTAL (I + II)</b>		<b>3.130.267.676.969</b>	<b>446.321.828.005</b>	<b>3.576.589.504.974</b>

**3. Sumber Daya Anggaran**

1. Tabel berikut adalah data program/ kegiatan dan sumber dana tahun 2024 per 31 Desember 2024.

**Tabel 2. Realisasi Anggaran Tahun 2024**

No	Jenis Belanja		Anggaran	Realisasi 2023	
				Rp.	%
1	2		3	4	5
	<b>Sumber Dana Rupiah Murni</b>				
1	51	Belanja Pegawai	95.803.548.000	95.642.470.918	99,83
2	52	Belanja Barang	1.800.000.000	1.373.278.729	76,29
<b>Sub Total</b>			<b>97.603.548.000</b>	<b>97.015.749.647</b>	<b>99,40</b>
	<b>Sumber Dana PHLN</b>				
1	53	Belanja Modal	406.039.033.000	406.005.281.599	99,99
<b>Sub Total</b>			<b>406.039.033.000</b>	<b>406.005.281.599</b>	<b>99,99</b>
	<b>Sumber Dana BLU</b>				
1	52	Belanja Pegawai	321.532.232.000	316.609.563.922	98,47
2	52	Belanja Barang	631.912.717.000	595.487.590.572	94,24
3	53	Belanja Modal	235.319.394.000	208.218.265.122	88,48
		– Pengadaan Alat Medik	121.626.358.000	108.086.368.811	88,87
		– Pengadaan Mobil Ambulance	1.075.000.000	-	-
		– Alat Pengolah Data	11.960.951.000	11.035.764.340	92,26
		– Software Antivirus	1.416.891.000	592.861.000	41,84
		– Pembangunan Gedung Parkir Tahap 1	45.573.900.000	43.499.390.850	95,45
		– Renovasi Gedung Foodcourt	7.204.000.000	4.539.058.100	63,01
		– Peralatan Non Medik	33.111.870.000	30.956.695.365	93,49
		– Peralatan Kantor	8.465.955.000	5.607.799.900	66,24
		– Renovasi Gedung UTDRS	3.766.000.000	3.137.858.654	83,32
		– Renovasi Ruang RIIM	356.000.000	-	-
		– Konsultan DED IsDB	762.469.000	762.468.102	100,00
<b>Sub Total</b>			<b>1.188.764.343.000</b>	<b>1.120.315.419.616</b>	<b>94,24</b>
<b>TOTAL RM + PLN + BLU</b>			<b>1.692.406.924.000</b>	<b>1.623.336.450.862</b>	<b>95,92</b>

2. Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNBP/BLU Tahun 2023 dan 2024

**Tabel 3.** Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNBP/BLU Tahun 2023 dan 2024

Jenis Belanja	TAHUN 2024			TAHUN 2023			Kenaikan	
	PAGU	REALISASI 2024	%	PAGU	REALISASI 2023	%	Rp.	%
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Rupiah Murni</b>	<b>97,603,548,000</b>	<b>97,015,749,647</b>	<b>99.40</b>	<b>74,333,339,000</b>	<b>74,191,634,950</b>	<b>99.81</b>	<b>22,824,114,697</b>	<b>30.76</b>
Belanja Pegawai	95,803,548,000	95,642,470,918	99.83	73,099,517,000	72,957,815,950	99.81	22,684,654,968	31.09
Belanja Barang	1,800,000,000	1,373,278,729	76.29	1,233,822,000	1,233,819,000	100.00	139,459,729	11.30
<b>PHLN</b>	<b>406,039,033,000</b>	<b>406,005,281,599</b>	<b>99.99</b>	<b>165,374,552,000</b>	<b>129,957,501,137</b>	<b>78.58</b>	<b>277,413,308,599</b>	<b>212.41</b>
Belanja Barang	-	-	0.00	5,104,019,000	1,365,528,137	26.75	-	-
Belanja Modal	406,039,033,000	406,005,281,599	99.99	160,270,533,000	128,591,973,000	80.23	277,413,308,599	215.73
<b>PNBP</b>	<b>1,188,764,343,000</b>	<b>1,120,315,419,617</b>	<b>94.24</b>	<b>872,535,866,000</b>	<b>849,423,341,024</b>	<b>97.35</b>	<b>270,892,078,593</b>	<b>31.89</b>
Belanja Pegawai	321,532,232,000	316,609,563,922	98.47	269,455,000,000	269,337,783,425	99.96	47,271,780,497	17.55
Belanja Barang	631,912,717,000	595,487,590,572	94.24	488,052,998,000	472,576,075,187	96.83	122,911,515,385	26.01
Belanja Modal	235,319,394,000	208,218,265,123	88.48	115,027,868,000	107,509,482,412	93.46	100,708,782,711	93.67
<b>TOTAL</b>	<b>1,692,406,924,000</b>	<b>1,623,336,450,863</b>	<b>95.92</b>	<b>1,112,243,757,000</b>	<b>1,053,572,477,111</b>	<b>94.72</b>	<b>571,129,501,889</b>	<b>54.08</b>

---

**BAB III****TUJUAN DAN SASARAN KERJA****A. Dasar Hukum**

- a. Peraturan Presiden No 5 Tahun 2010. Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014
- b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/Menkes/SK/I/2011 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014
- c. Keputusan Menteri Kesehatan No 1099/Menkes/SK/IV/2011 tentang Indikator Kinerja Utama Tingkat Kementerian Kesehatan 2010-2014.
- d. Peraturan Menteri Kesehatan No 1981/MENKES/SK/XII/ 2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.
- e. Peraturan Menteri Keuangan No 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.
- f. Peraturan Menteri Keuangan No. 249/PMK.02/2011 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga
- g. Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS. Kanker Dharmais 2020-2024

**1. VISI Rumah Sakit Kanker Dharmais**

**“Menjadi *Caring & Smart National Cancer Center*”**

**2. MISI Rumah Sakit Kanker Dharmais**

1. Memberikan pelayanan kanker komprehensif berbasis bukti terkini, *Good Clinical Governance, Patient Safety* dan *Patient Care Center*.
2. Menyelenggarakan Pendidikan dan Pelatihan di Bidang Kanker
3. Menyelenggarakan penelitian dibidang kanker yang dapat diterapkan dalam pelayanan.
4. Menyelenggarakan registrasi kanker berbasis rumah sakit berbasis populasi sebagai Pusat Data Beban Kanker Nasional

**Budaya Kerja**

Budaya kerja yang telah ditetapkan untuk diaktualkan dalam pelaksanaan tugas oleh seluruh pegawai, mulai dari staf sampai ke tingkat pimpinan adalah “Pro Care CS” yang merupakan akronim dari :

**P** = Profesional

**C** = Care

**C** = Countinous Improvement

**S** = Synergy

---

## B. Tujuan, Sasaran Dan Indikator

Tujuan, Sasaran dan Indikator RSKD mengacu kepada Visi dan Misi Rumah Sakit seperti diuraikan berikut :

- **Tujuan**

- a. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
- b. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- c. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
- d. Peningkatan sumber daya kesehatan
- e. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

- **Sasaran Strategis**

- a. Peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan
- b. Penyempurnaan standar pelayanan kesehatan
- c. Pemanfaatan inovasi teknologi dalam pelayanan kesehatan
- d. Perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan *telemedicine*, digitalisasi rekammedis dan rekam medis *online*, dll
- e. Penguatan kemampuan RS Khusus

- **Fungsi Pusat Kanker Nasional RS Kanker Dharmais**

- a. Melaksanakan pelayanan di bidang kanker secara komprehensif dengan pendekatan multidisiplin.
- b. Melaksanakan kegiatan penelitian di bidang kanker, baik penelitian dasar, epidemiologi, penelitian klinis, dan penelitian pre-klinis.
- c. Melaksanakan penelitian translasional.
- d. Menjadi pusat pendidikan dan pelatihan berbasis teknologi terkini di bidang kanker.
- e. Menyelenggarakan registrasi kanker berbasis rumah sakit, berbasis komunitas dan pusatdata beban kanker nasional.
- f. Menjadi *center of evidence based medicine* di bidang kanker.
- g. Menjadi *center of excellent* di bidang *cancer prevention*

1. Jabaran dari sasaran di atas pada RSB ditindaklanjuti dengan sasaran strategis, KPI, bobot, PIC dan target RSK Dharmais tahun 2020-2024 seperti terlihat pada tabel-tabel di bawah ini :

**Tabel 4.** Sasaran Strategis, KPI, Bobot, PIC Dan Target RSK Dharmais Tahun 2020 – 2024

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indicator (KPI)		Base Line	TARGET				
					2020*	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan	1	Jumlah <i>Revenue</i>	552 M	564 M	631 M	707 M	792 T	887 T
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	2	POBO	95%	95%	97%	98%	99%	100%
3	Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>	3	<i>Employee Opinion Survey</i> (EOS)	84.19%	85%	87%	89%	91%	93%
		4	Indeks integritas institusi	-	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
		5	Akreditasi International	Internasional	Intern, 1 ISO	Intern, 2 ISO	Intern, 3 ISO	Intern, 4 ISO	Intern, 5 ISO
4	Terwujudnya kemandirian BLU	6	Persentase pembiayaan dari BLU	89%	90%	90%	91%	91%	92%
5	Terwujudnya Customer Experience	7	Persentase pasien dengan pencapaian kualitas hidup yang optimal	-	50%	60 %	70 %	75%	80%
		8	Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais ( <i>all cancer</i> )	-	46%	56%	60%	63%	66%
		9	Persentase peningkatan pasien pada layanan unggulan	-	NA	5%	5%	5%	5%
6	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	10	Jumlah layanan inovasi baru RS	-	5	5	5	5	5
7	Terwujudnya inovasi produk layanan RS ( <i>core&amp;non-core business</i> )	11	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan	-	1	1	1	1	1
8	Terwujudnya sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat	12	Cakupan deteksi dini	-	70%	75%	80%	85%	90%
9	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry &amp; Monitoring</i>	13	Persentase data beban kanker HBCR- PBCR sesuai standar CI 5 WHO-IARC	-	25%	50%	75%	80%	90%
		14	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM	10	12	14	16	18	20
		15	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	11	11	12	13	14	15
10	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	16	Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker	-	3	6	9	12	14
		17	Jumlah penelitian multi-center	-	2	2	2	2	2

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indicator (KPI)		Base Line	TARGET				
					2020*	2021	2022	2023	2024
11	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	18	<i>Patient Management Time</i>	-	NA	60%	70%	80%	95%
12	Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	19	Presentase pasien yang dilayani sesuai dengan <i>ICP</i> prioritas	NA	60%	70%	80%	90%	100%
13	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	20	Jumlah pasien baru non BPJS		4.807	6.400	8.000	9.600	11.100
14	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yg profesional & kompetitif	21	Persentase pegawai berkinerja ekselen	NA	5%	10%	15%	20%	25%
15	Terwujudnya perbaikan proses bisnis RS yang terukur dan <i>lean (SMART HOSPITAL)</i>	22	Jumlah inovasi ( <i>break trough project</i> ) perbaikan proses bisnis lintas unit	-	NA	3	3	3	3
16	Terwujudnya budaya kinerja	23	Indeks Budaya Kinerja RS	81%	83%	85%	87%	89%	91%
		24	Indeks Budaya Keselamatan	Reaktif	Reaktif	Proaktif	Proaktif	Generatif	Generatif
17	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>	25	Level 5 Maturitas HIS	-	30%	60%	70%	80%	100%
18	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien ( <i>GREEN HOSPITAL</i> )	26	Level pencapaian <i>Green Hospital</i>		85%	90%	90%	95%	95%
19	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	27	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi & Sangat Tinggi	-	10%	11%	12%	13%	14%
		28	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	NA	70%	75%	80%	85%	90%
20	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	29	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	-	53%	60%	70%	85%	100%

Peta strategi menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial, yang disusun dan diadaptasi dari pendekatan *the Balanced Scorecard*. Peta strategi RSK Dharmais periode tahun 2020 – 2024 disusun atas 19 (sembilan belas) sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan hasil rumusan tantangan strategis, penurunan tujuan strategis, dan analisa TOWS .

Dari peta strategi tersebut dapat diturunkan inisiatif strategis RSK Dharmais periode 2020-2024 yang merangkai beberapa sasaran strategis sebagai berikut :

**Tabel 5. Inisiatif Strategis I : Penguatan Stakeholder Engagement**

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya Stakeholder Engagement	Pengembangan sistem penilaian kinerja (remunerasi)	Pengembangan pola dan jenjang karier pegawai	Pengembangan kompetensi SDM	Perbaikan sistem kerja pegawai	Perbaikan sistem reward and konsekuensi
		<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 85%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 87%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 89%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 91%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 93%</i>
		Pembangunan zona integritas	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)
		<i>Indeks integritas institusi ≥ 90</i>	<i>Indeks integritas institusi ≥ 90</i>	<i>Indeks integritas institusi ≥ 90</i>	<i>Indeks integritas institusi ≥ 90</i>	<i>Indeks integritas institusi ≥ 90</i>
		-	-	-	Tindak lanjut terhadap rekomendasi pemeriksaan BPK	Tindak lanjut terhadap rekomendasi pemeriksaan BPK
		-	-	-	<i>Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti = 92.5%</i>	<i>Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti = 92.5%</i>
		Persiapan akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Pre-survey akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Survey akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Survey akreditasi Paripurna, Sertifikasi ISO unit terpilih	Sertifikasi ISO unit terpilih
		<i>Sertifikasi ISO 1 unit</i>	<i>Sertifikasi ISO 2 unit</i>	<i>Accredited; Sertifikasi ISO 3 unit</i>	<i>Akreditasi Paripurna &amp; Sertifikasi ISO 4 unit</i>	<i>Sertifikasi ISO 5 unit</i>
2	Mewujudkan Customer Experience	-	-	-	perbaikan fasilitas pendukung (parkir)	Perbaikan fasilitas pendukung
		-	-	-	<i>Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar = 65%</i>	<i>Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar = 70%</i>
		-	-	-	Survey tentang kepuasan pasien	Survey tentang kepuasan pasien
		-	-	-	<i>Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan = 85%</i>	<i>Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan = 85%</i>

		-	-	-	Survey kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan di RSKD	Survey kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan di RSKD
		-	-	-	Indeks Kepuasan Masyarakat = >80	Indeks Kepuasan Masyarakat = >80
		Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring
		Angka survival 5 tahun = 46%	Angka survival 5 tahun = 56%	Angka survival 5 tahun = 60%	Angka survival 5 tahun = 55%	Angka survival 5 tahun = 57%
		-	-	-	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien rawat jalan	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien rawat jalan
		-	-	-	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang = 70%	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang = 70%
		-	-	-	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien operasi	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien OP
		-	-	-	Persentase penundaan waktu operasi elektif = 5%	Persentase penundaan waktu operasi elektif = 5%
					Melakukan pengukuran ketepatan waktu pelayanan dokter	Melakukan pengukuran ketepatan waktu pelayanan dokter
					Ketepatan waktu visite pelayanan di Poliklinik = 70%	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik = 70%
					Melakukan pengukuran ketepatan waktu visite dokter	Melakukan pengukuran ketepatan waktu visite dr
					Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI = 80%	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI = 80%

**Tabel 6.** Inisiatif Strategis 2 : Penguatan *Cost-leadership*

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	Penyempurnaan sistem pendataan pasien baru; Penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>
		<i>Patient Management Time</i> = NA	<i>Patient Management Time</i> = 60%	<i>Patient Management Time</i> = 70%	<i>Patient Management Time</i> = 80%	<i>Patient Management Time</i> = 95%
2	Mewujudkan sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	-	-	-	Penerapan standar klinis menggunakan clinical pathway	Penerapan standar klinis menggunakan clinical pathway
		-	-	-	Kepatuhan clinical pathway setiap Kelompok Staf Medik = $\geq 80\%$	Kepatuhan clinical pathway setiap Kelompok Staf Medik = $\geq 80\%$
		-	-	-	Menghitung capaian indikator klinis layanan kanker	Menghitung capaian indikator klinis layanan kanker
		-	-	-	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker = 80%	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker = 80%

**Tabel 7.**Inisiatif Strategis 3: Penguatan Misi Nasional

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry &amp; Monitoring</i>	Perbaikan manajemen data PBCR; Pembuatan sistem follow-up; Penguatan kualitas data melalui kerjasama dengan perhimpunan	Pembuatan sistem IT yang terintegrasi; Pembuatan sistem pelaporan data kematian; Pembuatan SOP Sosialisasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi
		Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 1	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 3	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 6	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 10	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 14

		Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi
		Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 12	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 14	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 16	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan = 18	Kesehatan = 20 Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan = 15
		Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran
		Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=11	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=12	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=13	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=14	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=15
		Identifikasi jejaring; Penyusunan SOP; Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan	Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 14 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 14 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 195 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 195 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 336 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 336 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi
		Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 3	Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 6	Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 9	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 196	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 336
		Pengembangan pohon penelitian bersama; Pembiayaan penelitian multi-center	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring
		Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2
2	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM sesuai strata paripurna	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM sesuai strata paripurna
		-	-	-	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna = 1	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna = 1
		-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk

					RSU Pendidikan dengan layanan kanker strata utama	RSU Pendidikan dengan layanan kanker strata utama
		-	-	-	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama = 1	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama = 1
		-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSUD dengan layanan kanker strata utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSUD dengan layanan kanker strata utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan
		-	-	-	Jumlah RSUD yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan = 1	Jumlah RSUD yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan = 1
3	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE
		Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

**Tabel 8.** Inisiatif Strategis 4: Pengembangan Inovasi dan Layanan Unggulan

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (core & non-core business)	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut
		Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5
2	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler dan Imunoterapi			
		Jumlah produk penelitian	Jumlah produk penelitian	Jumlah produk penelitian	Jumlah produk penelitian baru	Jumlah produk penelitian baru

		baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	RSKD yang siap dipasarkan = 1	RSKD yang siap dipasarkan = 1
		-	-	-	Pengembangan layanan unggulan bertaraf internasional	Pengembangan layanan unggulan bertaraf internasional
		-	-	-	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional = 1 layanan	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional = 1 layanan
		-	-	-	Pengembangan layanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai RBA	Pengembangan layanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai RBA
		-	-	-	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran = 1 layanan	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran = 1 layanan
3	Mewujudkan sistem deteksi dini dan terapi cepat&tepat	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif Cakupan deteksi dini = 70%	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif Cakupan deteksi dini = 75%	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif Cakupan deteksi dini = 80%	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif Cakupan deteksi dini = 85%	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif Cakupan deteksi dini = 90%

**Tabel 9.** Inisiatif Strategis 5: Penguatan Mutu Kelembagaan Organisasi

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	MoU dan kerjasama dengan mitra non-bpjs; Penyempurnaan kebijakan dan prosedur sistem pemasaran	Evaluasi efektivitas MoU dengan mitra non-bpjs; Penyempurnaan sistem pemasaran online	Peningkatan pemasaran produk layanan	Peningkatan pemasaran produk layanan	Peningkatan pemasaran produk layanan
		Jumlah pasien baru non BPJS = 4.807	Jumlah pasien baru non BPJS = 6.400	Jumlah pasien baru non BPJS = 8.000	Jumlah pasien baru non BPJS = 4.500	Jumlah pasien baru non BPJS = 5.000
		-	-	-	Promosi layanan unggulan VVIP	Promosi layanan unggulan VVIP
		-	-	-	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP = 10%	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP = 10%
2	Terwujudnya	-	-	-	Survey kepuasan staf	Survey kepuasan staf

	sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	-	-	-	Tingkat kepuasan staf = $\geq 50\%$	Tingkat kepuasan staf = $\geq 50\%$
3	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	-	-	-	promosi program deteksi dini	promosi program deteksi dini
		-	-	-	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = 2.5%	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = 3%
		-	-	-	Membuat laporan audit medis secara berkala setiap 6 bulan	Membuat laporan audit medis secara berkala setiap 6 bulan
		-	-	-	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan = 2 kali	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan = 2 kali
4	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan	-	-	-	Membuat laporan capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	Membuat laporan capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit
		-	-	-	Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator = 12 laporan	Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator = 12 laporan
		-	-	-	Melakukan sosialisasi kebersihan tangan dan monitoring kepatuhan	Melakukan sosialisasi kebersihan tangan dan monitoring kepatuhan
		-	-	-	Kepatuhan kebersihan tangan = $\geq 90\%$	Kepatuhan kebersihan tangan = $\geq 90\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi penggunaan APD dan kepatuhan penggunaan APD	Melakukan sosialisasi penggunaan APD dan kepatuhan penggunaan APD
		-	-	-	Kepatuhan penggunaan APD = 100%	Kepatuhan penggunaan AP = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi identifikasi pasien dan monitoring kepatuhan identifikasi pasien	Melakukan sosialisasi identifikasi pasien dan monitoring kepatuhan identifikasi pasien
		-	-	-	Kepatuhan identifikasi pasien = 100%	Kepatuhan identifikasi pasien = 100%

		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring waktu tunggu R.Jalan	Melakukan sosialisasi dan monitoring waktu tunggu R Jalan
		-	-	-	Waktu tunggu rawat jalan = $\geq 80\%$	Waktu tunggu rawat jalan = $\geq 80\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring hasil kritis Lab	Melakukan sosialisasi dan monitoring hasil kritis Lab
		-	-	-	Pelaporan hasil kritis Laboratorium = 100%	Pelaporan hasil kritis Laboratorium = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan kepatuhan penggunaan formularium nasional	Melakukan sosialisasi dan kepatuhan penggunaan formularium nasional
		-	-	-	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional = $\geq 90\%$	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional = $\geq 90\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan terhadap alur klinis	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan terhadap alur klinis
		-	-	-	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Patway) = $\geq 85\%$	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Patway) = $\geq 85\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
		-	-	-	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh = 100%	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kecepatan waktu tanggap komplain	Melakukan sosialisasi dan monitoring kecepatan waktu tanggap komplain
		-	-	-	Kecepatan waktu tanggap komplain = $\geq 80\%$	Kecepatan waktu tanggap komplain = $\geq 80\%$
		-	-	-	Sosialisasi dan monitoring jumlah laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Sosialisasi dan monitoring jumlah laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
		-	-	-	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan

					target kejadian sentinel nol = 12 laporan	target kejadian sentinel nol = 12 laporan
--	--	--	--	--	--	--

**Tabel 10.** Inisiatif Strategis 6: Penguatan SDM dan Sarpras

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya budaya kinerja	Program transformasi budaya	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Pemetaan talent pool	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Impelementasi sistem manajemen talenta	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Evaluasi dan monitoring talenta	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Evaluasi dan monitoring talenta
		Indeks Budaya Kinerja RS = 83%	Indeks Budaya Kinerja RS = 85%	Indeks Budaya Kinerja RS = 87%	Indeks Budaya Kinerja RS = 89%	Indeks Budaya Kinerja RS = 91%
		Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)
		Indeks Budaya Keselamatan = Reaktif	Indeks Budaya Keselamatan = Proaktif	Indeks Budaya Keselamatan = Level 4	Indeks Budaya Keselamatan = Level 4	Indeks Budaya Keselamatan = Level 5
2	Terwujudnyasistem ICT yang terintegrasi dan user-friendly	-	-	-	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
		-	-	-	% Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record = 100%	% Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record = 100%
		-	-	-	Digitalisasi sistem informasi surveillans	Digitalisasi sistem informasi surveillans
		-	-	-	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital = 1 sistem	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital = 1 sistem
		-	-	-	Monitoring pelaksanaan RME	Monitoring pelaksanaan RME
		-	-	-	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan,	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan,

					OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi = 100%	OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi = 100%
3	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien	-	-	-	Pemenuhan sarpras dan alat kesehatan sesuai standar	Pemenuhan sarpras dan alat kesehatan sesuai standar
		-	-	-	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar = 95%	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar = 95%
		Konservasi energi, Pembuatan Area Parkir sepeda; Pembuatan Taman Hidroponik; Pembuatan Bank Sampah.	Konservasi energi ; Penggunaan energi terbarukan (solar panel) untuk penerangan; Efisiensi penggunaan energi listrik dari transportasi dalam gedung RS (lift); penerapan Health & Green Design.	Penghematan dan konservasi air (Revitalisasi WTP); pembuatan Healing Garden.	Penerapan dan pengembangan konsep taman hijau dan healing garden dan energi terbarukan	Penerapan konsep energi baru dan terbarukan dan pemantauan serta evaluasi program penghematan energy
		Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 85%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 90%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 90%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 95%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 95%
4	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	Penataan jenjang karier pegawai	Peningkatan kompetensi pegawai	Penataan jenjang karier pegawai	Peningkatan kompetensi pegawai	Penataan jenjang karier pegawai
		% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 10 %	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 11%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 12%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 13%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 14%
		Evaluasi dan pelaksanaan <i>Man power planning</i> Advokasi & Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen
		Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 70%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 75%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 80%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 85%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 90%
5	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	-	-	-	Pengembangan layanan kanker berbasis genomic	Pengembangan layanan kanker berbasis genomic
		-	-	-	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic = 1	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic = 1
		-	-	-	Pengumpulan sample untuk pemeriksaan HWGS	Pengumpulan sample untuk pemeriksaan
		-	-	-	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS = 1500	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS = 1500

**Tabel 11. Inisiatif Strategis 7 : Penguatan Kemandirian BLU dan Financial**

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran	Monitoring dan evaluasi pertumbuhan pasien baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru
		Rp564.000.000.000	Rp631.000.000.000	Rp707.000.000.000	Rp792.000.000.000	Rp887.000.000.000
		-	-	-	Meningkatkan kualitas, inovasi, dan pemasarannya	Meningkatkan kualitas, inovasi, dan pemasarannya
		-	-	-	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU = 95%	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU = 95%
		-	-	-	Monitoring dan evaluasi realisasi anggar RM	Monitoring dan evaluasi realisasi anggar RM
		-	-	-	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni = 97%	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni = 97%
		-	-	-	Monitoring dan evaluasi realisasi anggar BLU	Monitoring dan evaluasi realisasi anggar BLU
		-	-	-	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU = 95%	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU = 95%
		-	-	-	Mengemas pelayanan baru melalui pemasaran yang baik	Mengemas pelayanan baru melalui pemasaran yang baik
		-	-	-	Persentase nilai EBITDA Margin $\geq 20\%$	Persentase nilai EBITDA Margin $\geq 20\%$
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Peningkatan kesadaran cost-effectiveness 95%	Pengembangan sistem monitoring pembiayaan unit kerja 97%	Pilot project peningkatan cost effectiveness unit kerja Tahap 1 98%	Project peningkatan cost effectiveness unit kerja Tahap 2 99%	Project peningkatan cost effectiveness unit kerja Tahap 3 100%
3	Terwujudnya Kemandirian BLU	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan
		% pembiayaan dari BLU = 90%	% pembiayaan dari BLU = 90%	% pembiayaan dari BLU = 91%	% pembiayaan dari BLU = 91%	% pembiayaan dari BLU = 92%

## 2. Perjanjian Kinerja (PK)

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RS Kanker Dharmais tahun 2023 yang ditetapkan dalam dokumen Penetapan Kinerja Tahun 2023 dalam bentuk Pernyataan Penetapan Kinerja antara Direktur Utama RS Kanker Dharmais dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI tahun 2023 (data terlampir).

Untuk melihat penilaian indikator kinerja pelayanan, rumah sakit mengacu pada pedoman penyusuna RBA dan penilaian kinerja, dimana hasil capaian tersebut diukur berdasarkan target yang sudah ditetapkan sesuai dengan format penilaian kinerja yang sudah ditetapkan. Hal ini untuk mengetahui pencapaian kinerja dari seluruh kegiatan yang sudah dilaksanakan antara target dan realisasi yang dicapai pada tahun berjalan, sehingga dengan demikian rumah sakit sudah dapat mengukur indikator kinerja.

**Gambar 3.** Perjanjian Kinerja Direktur Utama RSK Dharmais dengan Dirjen Yankes Tahun 2024

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN			
 <b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023</b>			
<p>Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini</p> <p>Nama : dr. R. Soeko W. Nindito D, MARS                      Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Kanker Dharmais</p> <p>selanjutnya disebut pihak pertama</p> <p>Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS                      Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan</p> <p>selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua</p> <p>Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.</p> <p>Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.</p> <p style="text-align: right;">Jakarta, Januari 2023</p> <p>Pihak Kedua,  Pihak Pertama, </p> <p>dr. Azhar Jaya, SKM, MARS NIP.197106262000031002 dr. R. Soeko W. Nindito D, MARS NIP.196712212002121002</p>			
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023 RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS			
No	Sasaran Strategis/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2023
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran	Jumlah Revenue	792 M
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		Persentase nilai EBITDA Margin	≥ 20%
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	POBO	99%
3	Terwujudnya Stakeholder Engagement	Employee Opinion Survey (EOS)	91%
		Indeks integritas institusi	≥ 90
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.50%
		Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna; 5 ISO
4	Terwujudnya kemandirian BLU	Persentase pembiayaan dari BLU	91%
5	Terwujudnya Customer Experience	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	65%
		Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	85%
		Indeks Kepuasan Masyarakat	≥ 80
		Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (all cancer)	63%

	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	70%
	Penundaan waktu Operasi Elektif	5%
	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	70%
	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	80%
6	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	Jumlah layanan inovasi baru RS : 5 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional : 1 layanan Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran : 1 layanan
7	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (core & non-core business)	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan : 1
8	Terwujudnya sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat	Cakupan deteksi dini : 85%
9	Terwujudnya Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan : 18 Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran : 14 Jumlah wilayah PCR dengan kualitas data setingkat CIS : 10
10	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker : 195 Jumlah penelitian multi-center : 2 Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna : 1 RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama : 1

		Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	1
11	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	Patient Management Time	80%
12	Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	Kepatuhan clinical pathway setiap Kelompok Staf Medik Tercapainya target indikator klinis layanan kanker	≥80% 80%
13	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	Jumlah pasien baru non BPJS Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	4.500 10%
14	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	Tingkat kepuasan staf	≥ 50%
15	Terwujudnya budaya kinerja	Indeks Budaya Kinerja RS Indeks Budaya Keselamatan	89% Level 4
16	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan user-friendly	Persentase integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100% 1 sistem 100%
17	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar Level pencapaian Green Hospital	95% 95%

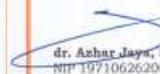
18	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	13% 85%
19	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
20	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	< 2.5% 2 kali
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Kepatuhan kebersihan tangan Kepatuhan penggunaan APD Kepatuhan identifikasi pasien Waktu tunggu rawat jalan Pelaporan hasil kritis laboratorium Kepatuhan penggunaan formulir nasional Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Kecepatan waktu tanggap komplain Jumlah laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan ≥90% 100% 100% ≥80% 100% ≥90% ≥85% 100% ≥80% 12 Laporan

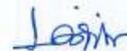
22	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	1 1500
----	--	---	-----------

Program : Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan  
Anggaran : Rp 821.152.183.000,-

Pihak Kedua, ✓

Pihak Pertama,

  
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS  
NIP 197106262000031002

  
dr. R. Soeko W. Nindito D. MARS  
NIP 196712212002121002

**3. Indikator Tingkat Kesehatan Badan Layanan Umum (BLU) 58 Indikator**

Dalam penyusunan indikator tersebut telah diperhatikan input, proses dan output yang ada di rumah sakit. Penilaian kinerja untuk rumah sakit berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor : PER-24/PB/2018 meliputi 3 (tiga) aspek yaitu:

1. Aspek Keuangan dengan skor paling tinggi 30:
2. Aspek Pelayanan dengan skor paling tinggi 35
3. Aspek Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat 35

**Tabel 12. Indikator Aspek Keuangan**

No	Kegiatan	Output	Bobot
	Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengelolaan keuangan RS	<b>A. Rasio Keuangan</b>	<b>19</b>
		Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )	2,25
		Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )	2,75
		Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )	2,25
		Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )	2,25
		Imbalan atas Aset Tetap ( <i>Return on Asset</i> )	2,25
		Imbalan Ekuitas ( <i>Return on Equity</i> )	2,25
		Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )	2,25
		Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,75
		<b>B. Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>	<b>11</b>
		Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2
		Laporan Keuangan Berdasarkan SAP	2
		Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)	2
		Tarif Layanan	1
		Sistem Akuntansi	1
		Persetujuan Rekening	0,5
		SOP Pengelolaan Kas	0,5
		SOP Pengelolaan Piutang	0,5
		SOP Pengelolaan Utang	0,5
		SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5
		SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5
			<b>30</b>

**Tabel 13. Indikator Kinerja Pelayanan dan Mutu Manfaat Bagi Masyarakat**

No	Kegiatan	Output	Bobot
1	Meningkatkan Kinerja Layanan		<b>35</b>
		<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>	<b>18</b>
		Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2
		Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2
		Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2
		Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2
		Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2
		Pertumbuhan Operasi	2
		Pertumbuhan Rehab Medik	2
		Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2
		Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	2

		<b>Efisiensi Pelayanan</b>	<b>14</b>
		Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan	2
		Pengembalian Rekam Medik	2
		Angka Pembatalan Operasi	2
		Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2
		Persentase Penulisan Resep sesuai Formularium	2
		Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2
		BOR (%)	2
		<b>Pertumbuhan Pembelajaran</b>	<b>3</b>
		Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1
		Persentase Dokdiknis yang Mendapat TOT	1
		Program <i>Reward dan Punishment</i>	1
2	Meningkatkan Kinerja Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat		<b>35</b>
		<b>Mutu Pelayanan</b>	<b>14</b>
		<i>Emergency response time rate</i>	2
		Waktu Tunggu Rawat Jalan	2
		Length of Stay (LOS) (hari)	2
		Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2
		Waktu tunggu sebelum operasi	2
		Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2
		Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2
		<b>Mutu Klinik</b>	<b>12</b>
		Angka Kematian di Gawat Darurat	2
		Angka Kematian/Kebutaan $\geq$ 48 jam	2
		<i>Post Operative Death Rate</i>	2
		Angka Infeksi Nosokomial :	4
		- Infeksi Dekubitus	
		- Infeksi Phlebitis	
		- Infeksi Saluran Kemih	
		- Infeksi Luka Operasi	
		Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	2
		<b>Kepedulian terhadap Masyarakat</b>	<b>4</b>
		Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan lain	1
		Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1
		Ratio tempat tidur kelas III	2
		<b>Kepuasan Pelanggan</b>	<b>2</b>
		Penanganan Pengaduan / Komplain	1
		Kepuasan Pelanggan	1
		<b>Kepedulian Terhadap Lingkungan</b>	<b>3</b>
		Kebersihan Lingkungan (Hasil Penilaian Rumah Sakit Berseri)	2
		Proper Lingkungan (KLH)**	1
			<b>70</b>

**4. Indikator Kinerja Terpilih ( IKT ) RS Kanker Dharmais**
**Tabel 14.** Tiga Belas Indikator Kinerja Terpilih ( IKT ) Tahun 2024

No	Indikator Kinerja Terpilih	NILAI STANDAR 2024				TARGET 2024			
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	75	75	75	75	90	90	90	95
2	Persentase Pencapaian Target PNBP BLU	15	40	60	100	15	40	60	100
3	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
4	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75
5	Persentas SDM Pemberi Layanan Yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	20	40	60	80	20	40	60	80
6	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (BIOS)	100	100	100	100	105	110	115	120
7	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	76,61	76,61	76,61	N/A	80	N/A	80
8	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	60	70	75	80	50	55	60	65
9	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	80	80	80	80	80	80	80	80
10	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan ( One Day Care ) dengan Clinical Pathway	80	80	80	80	80	80	80	80
11	Overall Treatment Time (TOT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna tanpa Booster) 40 Hari	80	80	80	80	80	80	80	80
NILAI IKT									
HASIL KONVERSI CN									

**5. Program Rumah Sakit Berseri**
**Tabel 15. Program Rumah Sakit Berseri**

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	Jmh
1	Kebersihan Fisik Halaman	10	<b>Kebersihan Fisik Halaman</b>	100	1000
			a. Tersedia tempat sampah tertutup yang mudah dijangkau		
			b. Tidak ada sampah berserakan		
			c. Tidak terdapat genangan air		
			d. Terdapat pohon peneduh		
			e. Pembatas jalan selalu bersih dari noda dan kotoran		
			f. Pagar pembatas selalu bersih		
			g. Tersedia penerangan luar ruangan (outdoor)		
			h. Tersedia kran air untuk pembersihan dan penyiraman		
			i. Saluran air lancar		
			j. Tidak ditemukan binatang pengganggu, seperti kucing, tikus, anjing, dll		
			k. Taman terpelihara		
2	Kebersihan Fisik Bangunan	10	<b>Kebersihan Fisik Bangunan (secara umum dari semua ruangan)</b>	100	1000
			a. Tidak terdapat sampah berserakan		
			b. Lantai bersih dan tidak licin		
			c. Dinding berwarna terang dan bersih		
			d. Ventilasi udara cukup atau menggunakan peralatan mekanik		
			e. Sirkulasi udara baik disetiap bangunan		
			f. Langit-langit bersih dan tidak bocor		
			g. Penerangan cukup disetiap ruangan		
			h. Instalasi kabel dan pipa rapi		
			i. Bebas serangga dan binatang pengganggu		
			j. Tidak berdebu		
			k. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun/ desinfektan		
3	Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi	10	<b>Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi (secara umum dari semua toilet)</b>	100	1000
			a. Tersedia toilet yang cukup untuk pasien, pengunjung, dan petugas serta berfungsi dengan baik		
			b. Toilet bersih, tidak berbau, dan kering		
			c. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun		
			d. Bebas dari serangga pengganggu		
			e. Kemiringan lantai cukup		
			f. Tidak terdapat genangan air		
			g. Sirkulasi udara baik		
4	Penanganan Sampah	10	<b>Penanganan Sampah</b>	100	1000
			a. Adanya pemilahan antara sampah medis dan non-medis		
			b. Sampah tidak berserakan		
			c. Tempat sampah tertutup dan dilapisi kantong plastik sesuai jenis sampah		
			d. Tersedia tempat penampungan sementara dan diangkut setiap hari		
			e. Tersedia fasilitas pemusnahan sampah medis atau bekerja sama dengan pihak ketiga		
5	Ketersediaan Air Bersih	10	<b>Ketersediaan Air Bersih</b>	100	1000
			a. Tersedia air bersih yang cukup untuk setiap kegiatan		
b. Kualitas air bersih memenuhi syarat					
6	Hygiene dan Sanitasi Pangan	10	<b>Hygiene dan Sanitasi Pangan (untuk pasien)</b>	100	1000
			a. Makanan dikemas/disajikan dalam wadah bersih dan tertutup		
b. Penjamah makanan sehat, bersih, dan menggunakan APD					
7	Pengolahan Limbah Cair	10	<b>Pengolahan Limbah Cair</b>	100	1000
			a. Memiliki IPAL		
b. Saluran air limbah tertutup dan lancar					

			c. Kualitas outlet limbah cair memenuhi baku mutu		
8	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	5	<b>Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu</b> a. Kepadatan jentik Aedes sp yang diamati melalui indeks kontainer harus 0 b. Semua ventilasi dilengkapi dengan kasa anti nyamuk c. Semua ruangan bebas dari kecoa terutama pada dapur, gudang makanan, dan ruang steril d. Tidak ditemukannya tanda-tanda keberadaan tikus, terutama pada daerah bangunan tertutup e. Tidak ditemukan lalat di dalam ruang tertutup f. Tidak ditemukannya binatang pengganggu	100	500
9	Pelestarian Lingkungan	5	<b>Pelestarian Lingkungan</b> a. Terdapat pohon pelindung yang cukup b. Terdapat biopori c. Adanya pembuatan pupuk kompos d. Efisiensi penggunaan air	100	500
10	Gerakan Kebersihan	5	<b>Gerakan Kebersihan</b> a. Adanya Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya b. Adanya kebijakan tertulis mengenai Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya	100	500
11	Edukasi Perilaku Sehat	10	<b>Edukasi Perilaku Sehat</b> Adanya media promosi tentang kebersihan (memasang himbauan, stiker, poster, leaflet tentang kebersihan, larangan merokok, CTPS, dilarang meludah sembarangan) a. Seluruh lingkungan RS b. Sebagian	100	1000
12	Penyelenggaraan	5	<b>Penyelenggaraan</b> 1. Memiliki unit kerja kebersihan 2. Petugas kebersihan profesional dan bertanggung jawab 3. Memiliki program pemeliharaan kebersihan 4. Melaksanakan monitoring rutin 5. Melaksanakan pencatatan 6. Memiliki dukungan kebijakan tertulis direksi rumah sakit tentang upaya-upaya dalam mencapai rumah sakit bersih	100	500
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		<b>100</b>	<b>10000</b>

**KETERANGAN :**

Total Nilai : 10.000

**Kesimpulan**

1. < 5.000 : Buruk

2. 5.000 – 7.000 : Sedang

3. > 7.500 : Bersih

## BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

### A. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran

Strategi-strategi yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan sasaran RSKD dapat dilihat dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 16.** Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran

Tujuan	Sasaran
a) Dilakukannya prosedur diagnostik secara pasti sesuai dengan standar	a) Tercapainya lama penegakan diagnosa yang menggunakan alat diagnostik baik pada level standar maupun pada level lanjut sesuai target.
b) Terlaksananya penanganan pasien sesuai protokol	b) Terwujudnya penatalaksanaan pasien sesuai dengan keputusan diskusi Timja (Tim Kerja)
c) Terlaksananya prosedur unggulan tatalaksana kasus kanker	c) Terwujudnya penanganan pasien dengan prosedur Stem Cell Transplantasi (SCT) dan pelayanan <i>minimal invasive surgery</i> .
d) Adanya data <i>survival rate</i> berbagai kasus kanker di RS Kanker Dharmais.	d) Terwujudnya data <i>survival rate</i> berbagai kasus kanker di RSKD
e) Meningkatnya citra rumah Sakit	e) Tercapainya peringkat kinerja lingkungan perusahaan (PROPER) Rumah Sakit
f) Teroptimalisasi alat kesehatan, sarana dan prasarana rumah sakit untuk menunjang optimalisasi pelayanan	f) Terwujudnya Kesiapan sarana prasarana medik dan non medik pada saat dibutuhkan
g) Meningkatnya kepedulian RS terhadap tingkat kesejahteraan pegawai	g) Terwujudnya Sistem Remunerasi yang transparan dan akuntabel
h) Terjadinya Optimalisasi pertumbuhan pendapatan	h) Tercapainya tingkat ROI ( <i>Return on Investment</i> ), ROA ( <i>Return on Asset</i> ), ROE ( <i>Return on Equity</i> ) dan <i>Colection Period</i> sesuai standar dan target yang ditetapkan.
i) Meningkatnya efektifitas dan efisiensi biaya	i) Adanya Jumlah alat yang dievaluasi utilisasinya
j) RS Kanker Dharmais memiliki SIM RS yang mandiri dan mampu menunjang operasionalisasi RS sehingga menghasilkan informasi yang berkualitas	j) Terwujudnya pembangunan dan pengembangan SIM RS mandiri
k) Meningkatkan budaya penelitian di RSKD dengan membangun <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	k) Terwujudnya penelitian yang peneliti utamanya adalah internal RS Kanker Dharmais dan publikasi hasil penelitian baik internasional maupun nasional
l) Menginkaltkan kolaborasi dengan rumah sakit jejaring dan program pengampunan kanker	l) terlaksananya 7 program penanggulangan kanker pada RS jejaring

## B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi

Hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan strategi adalah sebagai berikut :

1. Disiplin dan Komitmen pegawai belum optimal
2. Tuntutan mutu pelayanan dan akreditasi rumah sakit sangat tinggi
3. Tuntutan RS Kanker Dharmais sebagai PKN yg harus memikirkan layanan kanker tidak hanya di RS Kanker Dharmais melainkan seluruh RS yang memiliki layanan kanker agar layanan kanker di Indonesia setara sesuai stratifikasi layanan kanker
4. Komitmen dan disiplin pengisian rekam medik elektronik belum optimal
5. Kebutuhan sarana dan prasarana tidak seluruhnya dapat di penuhi karena tuntutan penggunaan alat dalam negeri, sedangkan alat kesehatan dibidang kanker masih banyak yang belum tersedia di dalam negeri
6. Kualitas dan kuantitas pegawai belum optimal
7. Peningkatan jumlah pasien yang sangat tinggi.
8. Budaya penelitian belum memadai

## C. Tantangan Strategis Pusat Kanker Nasional RS Kanker Dharmais 2020 – 2024

Dengan mempertimbangkan capaian kinerja RS Kanker Dharmais yang lalu dan harapan stakeholder di masa mendatang, rumusan tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSKanker Dharmais 2020-2024 adalah:

1. Memperkuat peran sebagai pusat data & informasi kanker, termasuk pusat pelatihan,registrasi kanker
2. Mengembangkan layanan unggulan yang terukur sesuai *best practice* (menahan pasienberbayar untuk berobat ke LN).
3. Mengembangkan inovasi layanan
4. Meningkatkan keandalan dan kapasitas layanan sarana dan prasarana (peremajaan, pengembangan)
5. Menyempurnakan proses bisnis layanan (*lean* dan efisien) dengan tetap memperhatikan mutu dan keselamatan pasien
6. Mengembangkan dan memperkuat pendidikan dan penelitian yang mendukung layanan (termasuk: menambah jumlah peserta didik dokter, perawat dan farmasi, *translational research*, proses bisnis penelitian)
7. Mengembangkan SMART dan *Green Hospital*
8. Memperbaiki sistem manajemen kinerja yang objektif, kompetitif dan terpadu
9. Meningkatkan kompetensi dan komitmen SDM
10. Meningkatkan pendapatan RS (terutama dari non-BPJS)

#### **D. Upaya Tindak Lanjut**

Upaya yang sudah dan sedang dilakukan untuk menyederhanakan hambatan tersebut adalah :

1. Mensosialisasikan serta menerapkan pengawasan melekat terhadap seluruh pegawai di RSKD untuk meningkatkan kedisiplinan dan komitmen pegawai
2. Menjadikan parameter mutu layanan dan akreditasi sebagai kegiatan dalam melaksanakan pekerjaan sehari-hari
3. Melakukan kegiatan jejaring pengampuan layanan kanker kepada seluruh rumah sakit baik vertikal, rumah sakit umum pusat maupun daerah dengan didukung penuh oleh Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah
4. Melaksanakan pelatihan penggunaan Rekam Medik Elektronik (RME) secara kontinyu, sehingga seluruh DPJP terbiasa menggunakan RME
5. Melaksanakan proses perencanaan pengadaan dimana pihak pengguna/user mengutamakan alat kesehatan yang memiliki kandungan lokal sebesar-besarnya atau Produk Dalam Negeri (PDN) utamanya yang telah memiliki Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) 40%
6. Melakukan rekrutmen pegawai yang berkualitas sesuai analisa kebutuhan pegawai dengan mengutamakan kesesuaian kompetensi yang dibutuhkan
7. Membuat masterplan pembangunan dan pengembangan gedung rumah sakit serta upaya realisasi penambahan tempat tidur secara bertahap
8. Bekerjasama dengan institusi didalam maupun luar negeri terkait penelitian yang berbasis pelayanan untuk meningkatkan budaya penelitian di RSKD.

Untuk meningkatkan kinerja dalam mengantisipasi tuntutan dan perkembangan pelayanan maka dilakukan evaluasi dan perbaikan nilai budaya yakni dari SMILEC ! menjadi *Procare CS* yang merupakan akronim dari :

Pro = Profesional

Care = Care

C = *Countinuous Improvement*

S = *ynergy*



Gambar 4. LOGO Value RS.Kanker Dharmais

Adapun makna dari masing-masing kata tersebut di atas adalah seperti terdapat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 17. Budaya Kerja RSK Dharmais

<i>Profesional</i>	<i>Care</i>	<i>Countinuous Improvement</i>	<i>Synergy</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Memiliki dan menggunakan Pengetahuan, Ketrampilan yang relevan dengan bidang tugasnya. (<i>competence</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEDULI KEPADA PASIEN (<i>Care for Patients</i>) : Peka dan tanggap terhadap kebutuhan pasien, dan senantiasa berupaya memberikan pelayanan ('delivery') terbaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEMBELAJARAN BERKELANJUTAN (<i>CONTINUOUS LEARNING</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adanya TUJUAN BERSAMA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berkewajiban melaksanakan dan menyelesaikan pekerjaan secara tuntas, memuaskan, dan tepat waktu. (<i>responsible</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEDULI KEPADA ORANG LAIN (<i>Care for People</i>) : Peka dan tanggap terhadap hal-hal yang menjadi perhatian dan apa yang dibutuhkan rekan kerja, atasan, bawahan dalam menjalankan pekerjaannya masing-masing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BERBAGI Pengetahuan dan ketrampilan (<i>KNOWLEDGE SHARING</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KOMUNIKASI TERBUKA : jelas, transparan, faktual, disertai prinsip 'check and recheck'.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bertanggung jawab atas setiap keputusan yang diambil dalam pelaksanaan tugasnya. (<i>accountable</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PEDULI KEPADA PEMANGKU KEPENTINGAN (<i>Care for other Stakeholders</i>) : Peka dan tanggap terhadap hal-hal yang menjadi perhatian dan apa yang dibutuhkan para pemangku kepentingan lainnya dengan memberikan pelayanan yang terbaik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ‘BENCHMARKING’ : Senantiasa melakukan komparasi kinerja maupun proses di dalam industri un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KOORDINASI : sinkronisasi dan integrasi antar rekan kerja/ sejawat/ unit/departemen/fungsi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berkata dan bertindak menurut prinsip-prinsip moral dan etika kerja (<i>work ethics</i>). (<i>integrity</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PEDULI KEPADA LINGKUNGAN (<i>Care for the Environment</i>) : Peka dan tanggap terhadap kondisi lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ INOVASI (<i>INNOVATION</i>) : mencetuskan solusi2 baru (yang kreatif), untuk menghasilkan peningkatan kinerja, dan produktifitas yang lebih tinggi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KOLABORASI : membangun hubungan kerjasama dengan pihak- pihak lain yang saling melengkapi didasari semangat keterbukaan, trust, dan team bekerja sebagai satu kesatuan.</li> </ul>

**BAB V  
HASIL KERJA**

**A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja**

**I. Kegiatan RS. Kanker Dharmais**

**1. RSK Dharmais Masuk Daftar Rumah Khusus Terbaik Asia Pasifik Versi Newsweek**



**Gambar 5.** RSK Dharmais Masuk Daftar Rumah Sakit Khusus Terbaik Asia Pasifik Versi Newsweek

**Jakarta, 10 Juni 2024**  
 Pusat Kanker Nasional, Rumah Sakit Kanker (RSK) Dharmais kembali masuk dalam daftar rumah sakit khusus terbaik dalam bidang keahlian utama di kawasan Asia Pasifik (APAC) berdasarkan hasil survei yang telah dilakukan sejak Februari hingga April 2024 oleh Newsweek yang merupakan organisasi media global yang berkantor pusat di New York City, Amerika Serikat.

Newsweek bersama dengan platform intelijen data global Statista dalam situs resminya telah merilis *Best Specialized Asia Pacific Hospitals 2024* dan menempatkan RSK Dharmais berada di peringkat ke-78 dalam bidang onkologi.

*Global Editor in Chief Newsweek*, Nancy Cooper mengungkapkan bahwa pemeringkatan tahunan *Best Specialized Asia Pacific Hospitals* yang kedua kalinya ini bertujuan untuk memberikan penghargaan kepada rumah sakit di sembilan bidang medis, yakni Bedah Jantung, Kardiologi, Endokrinologi, Neurologi, Bedah Saraf, Onkologi, Ortopedi, Pediatri dan Pulmonologi.

“Daftar ini juga telah mengakui fasilitas kesehatan terkemuka di negara-negara APAC, seperti Australia, India, Indonesia, Jepang, Malaysia, Singapura, Korea Selatan, Taiwan, dan Thailand”, ungkapnya.

Pusat Kanker Nasional tersebut terpilih berdasarkan analisis data dari tiga sumber data yang telah diperoleh, yakni Survei online internasional, Sertifikasi, dan Survei Implementasi Statista PROMs.

Survei online internasional dilakukan kepada para profesional medis, seperti dokter, perawat, asisten dokter, dan terapis serta staf yang bekerja di manajemen/administrasi di masing-masing negara yang diundang untuk mengikuti survei online yang bekerja sama dengan Newsweek

Dalam survei, kata Nancy, responden diminta untuk merekomendasikan rumah sakit di negara sendiri dan rumah sakit internasional sesuai bidang keahliannya.

Sementara itu, sertifikasi berdasarkan *Joint Commission International (JCII)* yang relevan dengan bidang medis tertentu yang dimasukkan ke dalam analisis penilaian. Sertifikasi yang dipertimbangkan itu untuk masing-masing spesialisasi, misalnya adalah sertifikasi kanker payudara.

Sedangkan skor implementasi *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* untuk pertama kalinya dimasukkan dalam model penilaian proyek *Best Specialized Asia Pacific Hospitals*. Pengukuran hasil yang dilaporkan PROMs ini didefinisikan sebagai kuesioner terstandarisasi dan tervalidasi yang diisi oleh pasien untuk mengukur persepsi mereka terhadap kesejahteraan fungsional dan kualitas hidup.

Nancy berharap *Best Specialized Asia Pacific Hospitals 2024* akan dapat membantu pasien dalam menavigasi layanan medis yang semakin banyak diminati di negara-negara kawasan Asia Pasifik.

“Menerima perawatan khusus di institusi berperingkat teratas membuat perbedaan penting dalam kehidupan pasien. Selain itu, dengan mengetahui di mana mencari tempat pengobatan terbaik bisa menjadi sumber informasi yang sangat berharga”, tutupnya

## 2. Meeting *imPACT Review : In Country Mission*



**Gambar 6.** *Visitasi dan Meeting imPACT Review*

**Jakarta, 23 Juli 2024**

Dalam menciptakan program kanker yang komprehensif sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kanker di Indonesia, khususnya di Rumah Sakit Kanker (RSK) Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional.

Badan Tenaga Atom Internasional (IAEA) bersama dengan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

dan Badan Internasional untuk Penelitian Kanker (IARC) melakukan kegiatan *Visitasi* dan *Meeting ImPACT Review* di RSK Dharmais, Jumat (19/7) di Jakarta.

*ImPACT Review* dilakukan untuk menilai kapasitas dan kebutuhan pengendalian kanker suatu negara dan mengidentifikasi intervensi prioritas untuk menanggapi beban kankernya secara efektif.

Direktur utama RSK Dharmais, dr. R. Soeko Werdi Nindito D., MARS sangat menyambut baik kedatangan para ahli dan delegasi Internasional ImPACT serta mendukung penuh pelaksanaan *ImPACT Review* di RSK Dharmais. “Kami senang dan sangat menyambut para pakar internasional dari WHO, IAEA, dan IARC yang datang berpartisipasi dalam kegiatan *ImPACT Review*. Kegiatan ini tentu akan memberikan dukungan untuk pemerintah dalam pengendalian kanker di Indonesia” ujarnya.

Soeko menjelaskan RSK Dharmais sebagai rumah sakit kanker di Indonesia memiliki tugas, yakni memberikan layanan perawatan kanker (*Cancer Care Service*), pelatihan, pendidikan, dan penelitian, serta *Hospital based and Specific Cite Cancer Registry*. Selain itu, RSK Dharmais yang ditunjuk pemerintah sebagai Pusat Kanker Nasional juga bertugas untuk memberikan layanan pembinaan kanker nasional, pelatihan dan pendidikan pembinaan kanker nasional, dan *National Cancer Data*.

“Saat ini negara Indonesia memiliki misi dalam negeri atau misi terpadu dalam menghadapi kanker, yaitu dalam program terapi kanker,” tuturnya.

RSK Dharmais sendiri merupakan rumah sakit rujukan tipe A yang sudah terakreditasi secara internasional dengan memiliki 345 tempat tidur untuk rawat inap, 18 tempat tidur darurat, 50 tempat tidur (*one day care*), 3 tempat tidur (*hospice*) dan total terdapat 1.843 pegawai rumah sakit yang telah melayani lebih dari 230.000 pasien per tahun.

“Kami juga menjadi HUB jaringan layanan kanker dalam program transformasi kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan. Untuk itu, akan terus berjuang melawan kanker dengan membuat program pengendalian kanker nasional yang dikembangkan bersama dengan Kementerian Kesehatan,” tambah Soeko.

Program Pengendalian Kanker Nasional atau *National Cancer Control Program* (NCCP) adalah program kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk mengurangi jumlah kasus dan kematian akibat kanker serta meningkatkan kualitas hidup pasien kanker melalui penerapan strategi berbasis bukti yang sistematis dan adil untuk: pencegahan, deteksi dini, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, perawatan paliatif, dan penelitian untuk menemukan solusi inovatif dan mengevaluasi hasil.

Sebelumnya, *kick-off Meeting Impact* dengan IAEA, WHO, IARC, dan pakar - pakar nasional telah dilakukan pada tanggal 8 Mei 2024 di RSK Dharmais.

Kementerian Kesehatan bersama para ahli - ahli nasional juga telah menyelesaikan dokumen penilaian mandiri mengenai situasi pengendalian kanker, diikuti dengan sesi tinjauan pustaka untuk memperdalam materi.

Soeko berharap hasil analisis dari *Meeting ImPACT Review* dapat memberikan rekomendasi dan strategi bagi RSK Dharmais untuk menjadi dasar dalam penyusunan program pengendalian kanker tingkat nasional melalui *National Cancer Control Program (NCCP)*.

Sementara itu, *Chair of the 'Joint Assessment Team from the WHO-IAEA-IARC*, Dr. Igor Veljkovic menjelaskan *imPACT Review* tahun ini akan menjadi dasar penyusunan strategi pengendalian kanker di tingkat nasional melalui *National Cancer Control Program (NCCP)* sehingga harapannya dapat meningkatkan kualitas pelayanan kanker di Indonesia, khususnya di RSK Dharmais.

“Bagi kami, ini adalah awal dan kelanjutan dari kolaborasi dengan rumah sakit dari suatu negara. Jadi, ini benar-benar merupakan seruan penting untuk terus berkolaborasi dalam jangka panjang dengan rumah sakit, kolega - kolega rumah sakit, dan negaranya,” ucapnya.

Igor mengungkapkan beberapa pengamatan yang dilakukan melalui data-data yang telah diterima dari manajemen RSK Dharmais akan menjadi bahan diskusi yang dilakukan secara bersama dan bisa menghasilkan beberapa rekomendasi tentang cara untuk mengembangkan dan memajukan program pengendalian kanker di Indonesia.

“Dukungan dari IARC untuk mempercepat implementasi cancer registry di Indonesia,” tutupnya

### **3. Penilaian Kesiapan Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan, Tim ACGME-I Kunjungi RSK Dharmais**



**Gambar 7.** Penilaian Kesiapan untuk Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan di Pusat Kanker Nasional

**Jakarta, 4 Agustus 2024**

ACGME International (ACGME-I), badan akreditasi untuk institusi dan program pendidikan kedokteran spesialis di luar Amerika Serikat (AS) yang serupa dengan badan akreditasi khusus AS yaitu *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, melakukan *Accreditation*

---

*Preparedness Assessment (APA) Visit* atau Penilaian Kesiapan untuk Akreditasi di Pusat Kanker Nasional, Rumah Sakit Kanker (RSK) Dharmais, Jumat (2/8).

Kegiatan kunjungan ini merupakan salah satu tahapan dalam rangkaian proses akreditasi institusi dan program studi pendidikan dokter spesialis/subspesialis yang diselenggarakan oleh ACGME-I yang merupakan lembaga akreditasi Internasional yang terpercaya dan telah melakukan akreditasi RS Pendidikan di banyak negara, seperti Amerika Serikat, Arab Saudi dan Singapura.

Sebagaimana yang diketahui, RSK Dharmais merupakan salah satu dari 6 Rumah Sakit milik Kementerian Kesehatan yang ditunjuk dan dipersiapkan untuk menjadi penyelenggara Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) berbasis Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama (RSPPU), khususnya Program Pendidikan Dokter Spesialis (Sp1) Onkologi Radiasi.

Salah satu bentuk komitmen Kementerian Kesehatan dan RSK Dharmais dalam menjaga mutu dan kualitas pendidikan yang akan diselenggarakan adalah melalui proses akreditasi, baik dari lembaga akreditasi dalam negeri maupun dari lembaga akreditasi luar negeri terpercaya seperti ACGME-I.

Kegiatan APA Visit berlangsung di Ruang Rapat Lantai 7 Gedung Diklat RSK Dharmais yang dipimpin langsung oleh Direktur Utama RSK Dharmais, dr. R. Soeko W. Nindito D, MARS serta dihadiri Jajaran Direksi, Pejabat Struktural dan para tamu undangan. Sedangkan, Tim Dari ACGME-I terdiri dari Mr. James Arrighi, MD (*President and CEO of ACGME-I*), Mr. William Hart (*Associate Executive Director of ACGME-I*), dan Mrs. Joyce Chang Price, MHSA (*Senior Director, ACGME Global Services*)

Tujuan dari kunjungan ini adalah untuk melakukan pertukaran informasi, konfirmasi, dan diskusi antara institusi penyelenggara program studi, yakni RS Kanker Dharmais dan tim dari ACGME-I mengenai informasi perencanaan dan persiapan yang telah dilakukan Rumah Sakit Kanker Dharmais untuk menyelenggarakan Program Studi Onkologi Radiasi.

Rangkaian kegiatan diawali dengan diskusi antara tim ACGME-I dengan jajaran pimpinan rumah sakit. Kemudian dilanjutkan Sesi wawancara dengan Unit Penyelenggara Program Studi dan Staf Pengajar pada program studi Onkologi Radiasi di RSK Dharmais. Setelah itu, tim ACGME-I bersama staf pengajar dari RSK Dharmais melakukan *hospital tour* untuk melihat dan menilai ketersediaan fasilitas dan sarana yang menunjang pendidikan bagi peserta didik/residen.

Hasil dari kunjungan ini akan disampaikan kepada Kementerian Kesehatan dan pimpinan institusi pendidikan di RS Kanker Dharmais, berupa laporan temuan dan rekomendasi dari pihak ACGME-I yang mengacu kepada standar akreditasi ACGME-I. Laporan ini merupakan salah satu bentuk usulan perbaikan berkelanjutan bagi penyelenggara program studi untuk kemudian dapat memulai proses pengajuan akreditasi ACGME-I.

#### 4. Presiden Jokowi Resmikan Gedung Pelayanan Kanker Ibu Dan Anak RSK Dharmais



**Gambar 8.** Peresmian Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak di RSK Dharmais oleh Presiden Joko Widodo

Jakarta, 30 Agustus 2024

Presiden Republik Indonesia Joko Widodo (Jokowi) secara langsung meresmikan gedung layanan kanker baru milik Pusat Kanker Nasional, Rumah Sakit Kanker Dharmais, Kementerian Kesehatan, yakni Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak, pada Jumat, 30 Agustus 2024 di Jakarta. Presiden Jokowi mengapresiasi inisiatif pembangunan gedung

layanan kanker tersebut dengan fasilitas dan lingkungan yang dapat memperkuat layanan kanker di Indonesia, khususnya mengenai kanker bagi ibu dan anak.

"Saya tadi masuk ke gedung baru Rumah Sakit Dharmais, serasa masuk ke hotel bintang 5. Bangunannya rapi, desain-nya bagus, lampunya juga terang benderang," kata Presiden.

Menurut Jokowi, pembangunan Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak ini terlihat sangat baik, sehingga menunjukkan bahwa anggaran negara telah digunakan dengan efektif.

"Anggaran untuk gedung Rp427 miliar, hanya untuk gedungnya. Untuk anggaran peralatan rumah sakitnya Rp313 miliar. Plus masih untuk SDM-nya Rp37 miliar. Tolong dijumlahkan berapa tadi? Sangat besar sekali," ungkapnya.

Presiden Jokowi juga menyatakan kekagumannya terhadap fasilitas di gedung baru itu. Menurutnya, gedung tersebut tidak hanya memiliki desain modern, tetapi juga dilengkapi dengan peralatan medis canggih yang menggunakan teknologi digital.

"Pemerintah berinvestasi mengeluarkan anggaran, enggak ada masalah. Asal anggarannya itu betul-betul tepat sasaran. Bisa menyelesaikan persoalan-persoalan pelayanan kesehatan, utamanya kanker bagi ibu dan anak-anak kita, yang paling penting itu," tambah Jokowi.

Menteri Kesehatan RI Budi Gunadi Sadikin mengatakan bahwa Rumah Sakit Kanker Dharmais adalah rumah sakit ketiga dari 12 rumah sakit yang dibangun oleh Kemenkes sejak awal 2022. Dari jumlah tersebut, enam rumah sakit, termasuk RSK Dharmais, mendapat bantuan pembiayaan dari Islamic Development Bank (IsDB).

“Jadi yang kemarin Pak Presiden resmikan di RS Sardjito Yogyakarta, kemudian di RS Hasan Sadikin Bandung. Sekarang di RSK Dharmais dan di RS Persahabatan, dan nanti di RS Profesor Ngoerah Bali serta di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar,” kata Budi.

Lebih lanjut, Menkes mengungkapkan bahwa di daerah ini terdapat tiga rumah sakit terbesar di Jakarta, yaitu RSK Dharmais, RSJPD Harapan Kita, dan RSAB Harapan Kita. Ini adalah tahap pertama dari rencana besar untuk merevisi master plan dari ketiga rumah sakit tersebut dan menggabungkannya menjadi satu kesatuan.

“Kita akan memiliki kompleks rumah sakit yang besar di Jakarta,” ucapnya.

Sementara Presiden Islamic Development Bank, Muhammed Al Jasser, mengatakan bahwa peresmian RS Kanker Dharmais adalah kebanggaan bagi semua pihak yang berkontribusi dalam meningkatkan kualitas kesehatan.

“Dengan peresmian Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak, kami memastikan bahwa ibu dan anak Indonesia memiliki akses terhadap layanan kesehatan kelas dunia,” tutur Jasser.

Menurutnya, proyek pembangunan ini bukan hanya tentang pembangunan infrastruktur, tetapi juga tentang meningkatkan efisiensi, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Fasilitas kesehatan yang diresmikan juga akan memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Dalam peresmian tersebut, Presiden didampingi oleh Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Muhadjir Effendy, Menteri Keuangan Sri Mulyani, Pj. Gubernur DKI Jakarta Heru Budi Hartono, Direktur Rumah Sakit Kanker Dharmais dr. R. Soeko Werdi Nindito, serta Direktur Utama PT PP (Persero) Tbk Novel Arsyad.

## 5. Tidak Perlu Keluar Negeri, Gedung Layanan Kanker Baru RSK Dharmais Punya Teknologi Canggih



**Gambar 9.** Menteri Kesehatan RI, Budi Gunadi Sadikin didampingi direktur Utama RSK Dharmais memaparkan alat kesehatan dengan teknologi canggih kepada Presiden Joko Widodo bersama Presiden IsDB dalam acara peresmian Gedung Layanan Ibu dan Anak

**Jakarta, 31 Agustus 2024**

Pusat Kanker Nasional, Rumah Sakit Kanker Dharmais, baru saja meresmikan gedung pelayanan kanker terbaru, yaitu Tower C atau Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak, pada Jumat (30/8) di Jakarta. Gedung yang

diresmikan oleh Presiden Joko Widodo ini, dilengkapi dengan peralatan canggih dan teknologi terkini sehingga dapat memperkuat layanan kanker di Indonesia, khususnya bagi ibu dan anak.

Ketua Dewan Pengawas Rumah Sakit Kanker Dharmais, Lucia Rizka Andalucia, mengatakan bahwa Rumah Sakit Kanker Dharmais telah menyediakan seluruh modalitas pelayanan kanker dengan teknologi tercanggih serta dokter-dokter spesialis yang berkompetensi internasional.

“Tower baru untuk Rumah Sakit Kanker Dharmais ini akan memberikan pelayanan kanker yang lebih baik. Jadi, nanti di dalam tower ini akan ada seluruh teknologi pengobatan kanker terbaru yang diterapkan disini, termasuk juga yang sedang dikembangkan atau dalam penelitian,” kata Lucia.

Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak Rumah Sakit Kanker Dharmais dilengkapi dengan alat canggih, seperti *Tomotherapy Technology Radiation Therapy*, *Virtual Bronchoscopic Navigation*, *Intraoperative Radiotherapy*, *Surgical Microscope*, dan *Hyperthermia Pump*. Selain itu, tersedia juga layanan rawat jalan berupa poliklinik *Center of Excellence cervix, breast, smoke-related*, dan *pediatric*.

Lucia berharap Gedung yang dibangun dengan biaya yang cukup besar itu dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kanker, sehingga mereka tidak perlu lagi berobat ke luar negeri.

Sementara itu, Direktur Utama Rumah Sakit Kanker Dharmais, Soeko Werdi Nindito D menjelaskan bahwa Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak ini merupakan pengembangan dari bangunan lama yang dibangun pada zaman Presiden Soeharto sekitar 30 tahun lalu.

“Karena jumlah pasien yang terus meningkat, sehingga rumah sakit perlu melakukan perluasan dan pengembangan,” jelasnya.

Gedung dengan luas bangunan 37.918 m<sup>2</sup> yang dibangun dengan konsep Smart and Green Hospital ini terdiri dari 18 lantai dan 3 basement serta dilengkapi dengan 100 tempat tidur rawat inap, 25 tempat tidur ruang isolasi, 4 ruang operasi, 1 ruang operasi hybrid, serta 23 ruang rawat intensif meliputi ICU, PICU, PACU, serta HCU.

Soeko mengungkapkan bahwa gedung tersebut juga tidak hanya untuk pelayanan, tetapi juga untuk pendidikan dan penelitian terkait pengobatan kanker terbaru. Selain itu, gedung ini dilengkapi dengan alat-alat yang paling presisi dan canggih untuk diagnosis serta terapi.

“Misalnya, kita akan menggunakan biogenomic, kemudian melakukan pengobatan CAR T-Cell yang baru pertama di Indonesia, dan juga Intraoperatif Radioterapi (IORT) yang pertama di Indonesia,” ungkap Soeko.

Diketahui, Gedung Pelayanan Kanker Ibu dan Anak Rumah Sakit Kanker Dharmais merupakan bagian dari program untuk meningkatkan kualitas layanan kanker di Indonesia yang mencakup digitalisasi sistem rumah sakit, pusat registrasi kanker nasional, modernisasi infrastruktur dan peralatan kesehatan, percepatan program pendidikan terkait kanker, penyediaan center of excellence, serta pelayanan berbasis penelitian yang diaplikasikan dalam cancer precision medicine.

Soeko berharap gedung ini dapat memberikan banyak manfaat bagi masyarakat Indonesia dalam pengobatan kanker, sehingga orang-orang tidak perlu lagi pergi ke luar negeri untuk berobat.

“Karena dokter-dokter kami juga telah berpengalaman selama 30 tahun dalam menangani pasien kanker,” tutupnya.

**6. Recontruksi Supermicrosurgery Untuk Limfedema Ekstremitas Bawah Pada Pasien Kanker**



**Gambar 10.** sharing knowledge live surgery workshop bersama University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center Seoul-Korea Selatan

**Jakarta, 04 September 2024**

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang supermicrosurgery pada kasus lymphedema extremitas bawah Pusat Kanker Nasional, Rumah Sakit Kanker Dharmais menggelar kegiatan sharing knowledge live surgery workshop bersama Prof. Joon Pio Hong MD; PhD; MBA dari University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center Seoul-Korea Selatan dengan tema Reconstruksi Supermicrosurgery untuk Limfedema ekstremitas bawah pada Pasien Kanker Senin (26/8) di Kamar operasi RS kanker dharmais KSM Bedah Plastik\*

Dalam pertemuan ini, Prof. Joon Pio Hong memberikan materi dalam bidang reconstruksi supermicrosurgery berupa teori dan hasil penelitian terbaru serta teknik operasi yang biasa dilakukan melalui kegiatan operasi secara langsung (live surgery) di Ruang Operasi pada Instalasi Bedah Sentral.

Kegiatan ini di broadcast melalui zoom meeting yang di ikuti oleh 500 peserta dan mendapat 19 SKP GRATIS

Diharapkan sharing knowledge tersebut dapat meningkatkan pelayanan kanker yang komprehensif di RSK Dharmais serta membuka peluang untuk riset multisenter.

**7. Pertama di Indonesia, RSK Dharmais lakukan Transplantasi Sumsum Tulang Pada Kanker Anak**



**Gambar 11.** Operasi transplantasi sumsum tulang pada kanker anak

**Jakarta, 24 Oktober 2024**

Rumah Sakit Kanker Dharmais, sebagai Pusat Kanker Nasional, telah melakukan transplantasi sumsum tulang pada kanker anak pertama di Indonesia. Prosedur ini dilaksanakan pada Senin (21/10/2024) dan menjadi langkah penting dalam penanganan penyakit kanker.

Direktur Utama RSK

Dharmais, dr. R. Soeko Werdi Nindito, MARS, mengungkapkan bahwa transplantasi sumsum tulang ini merupakan hasil kerja keras Tim Multidisiplin dibawah koordinasi ahli hematologi-onkologi anak dari RSK Dharmais, dr. Mururul Aisyi, Sp.A(K) yang bekerja sama dengan tim RSAB Harapan Kita dan RSCM. Kegiatan ini juga berkolaborasi dengan tim pakar dari Malaysia, Professor of Paediatrics and Head of the Division of Paediatric Haematology-Oncology and Bone Marrow Transplantation at the University of Malaya Medical Centre (UMMC), Prof. Dr. Hany Binti Mohd Ariffin.

“Kemarin, tanggal 21 Oktober 2024 Rumah Sakit Kanker Dharmais mulai melakukan pelayanan transplantasi sumsum tulang untuk kanker anak yang perdana atau pertama di Indonesia,” ungkapnya.

Rumah Sakit Kanker Dharmais, menurut Dr. Soeko, sebelumnya sudah terlebih dahulu melakukan transplantasi sumsum tulang untuk orang dewasa. Namun, untuk anak, transplantasi ini baru bisa dilaksanakan karena ada beberapa perbedaan yang harus diperhatikan, salah satunya adalah persiapan yang diperlukan meliputi sarana prasarana, alat-alat, dan obat-obatan. Selain itu, penting untuk menseleksi pendonor sumsum tulang agar bisa memastikan kecocokan dengan penerima. Tak kalah penting, diperlukan pengetahuan yang mendalam karena prosedur transplantasi itu sendiri tidaklah mudah.

“Yang paling penting adalah memilih pasien karena kita harus menseleksi pasiennya dan juga menseleksi donor sumsum tulang yang tepat untuk pasien tersebut,” kata dr. Soeko

dr. Soeko menambahkan bahwa dalam melaksanakan prosedur transplantasi sumsum tulang, terutama pada anak memerlukan dukungan dari semua pihak, termasuk pemerintah dan seluruh masyarakat. Dengan dukungan tersebut, diharapkan transplantasi ini dapat berjalan lancar. Disamping itu, ia pun berharap agar pasien yang menjalani transplantasi tersebut dapat bertahan dan selamat sehingga bisa mengikuti semua prosedur pelayanan dengan baik.

“Dengan kolaborasi yang sangat luar biasa ini, kita semua bisa memulai transplantasi sumsum tulang anak yang pertama di Indonesia. Tentunya karena ini baru pertama kali, membutuhkan dukungan dari semua pihak agar bisa membuat satu perubahan dalam bidang kesehatan di Indonesia,” tambahnya.

Sementara itu, Prof. Hany merasa sangat senang dapat terlibat dalam peristiwa bersejarah ini, yaitu melakukan transplantasi sumsum tulang pertama pada anak di Indonesia secara kolaboratif. Ia menekankan pentingnya transplantasi sumsum tulang untuk mengatasi berbagai penyakit darah, termasuk leukemia yang dialami oleh anak-anak.

“Saya kira ini merupakan upaya kolaborasi yang membuahkan hasil dan tidak mudah bagi kita untuk mencapai tahap ini,” ujarnya.

Prof. Hany menjelaskan bahwa proses transplantasi sumsum tulang akan menghadapi banyak tantangan dan kendala yang perlu diatasi. Ini tidak hanya terkait dengan pemilihan pendonor yang cocok dengan penerima, tetapi juga memerlukan keahlian dokter, dukungan dari perawat, dan laboratorium yang baik. Selain itu, semua pihak terkait harus memiliki pemahaman yang sama untuk memastikan keberhasilan prosedur ini. Ia berharap bahwa layanan ini dapat berkembang di masa depan, sehingga semakin banyak anak yang dapat diselamatkan.

“Ini adalah jenis pengobatan yang tidak merugikan pendonor dan sangat diperlukan untuk menyelamatkan nyawa pasien, khususnya anak-anak,” ujar Prof Hany.

### **Transplantasi Sumsum Tulang Tingkatkan Angka Harapan Hidup Anak Dengan Kanker**

Transplantasi sumsum tulang adalah prosedur medis yang digunakan untuk membantu mengobati penyakit yang memengaruhi sel darah, seperti penyakit leukemia akut. Prosedur ini bertujuan untuk menumbuhkan kembali sistem pembentukan darah pasien yang rusak dengan mencangkok sel punca/induk darah dari donor. Sel punca ini berasal dari sumsum tulang, yang merupakan organ yang menghasilkan darah.

Ahli hematologi-onkologi anak dari RSK Dharmais, dr. Mururul Aisyi, Sp.A(K) menjelaskan bahwa kanker pada anak sebenarnya adalah masalah yang serius. Meskipun volume kasusnya hanya sekitar 5% dari semua jenis kanker, secara teori kanker pada anak memiliki potensi untuk disembuhkan. Oleh karena itu, untuk

menghadapi kasus-kasus yang kompleks selain modalitas terapi konvensional seperti kemoterapi, pembedahan dan radioterapi, sangat penting melengkapinya dengan modalitas terapi yang lebih advance seperti transplantasi sumsum tulang agar dapat meningkatkan angka harapan hidup anak-anak dengan kanker di Indonesia.

“Sehingga dengan adanya transplantasi sumsum tulang saat ini dan kemudian bisa dikembangkan lagi dengan modalitas lain seperti terapi sel, maka harapannya *survival rate* kanker pada anak bisa mencapai lebih dari 90%,” jelasnya.

Pada banyak kasus kanker pada anak, sel punca/induk merupakan *cancer stem cell* atau bisa berperan sebagai sel kanker. Beberapa obat konvensional terkadang tidak efektif dalam meningkatkan harapan hidup. Oleh karena itu, diperlukan modalitas yang baru seperti transplantasi sumsum tulang.

Transplantasi sumsum tulang bertujuan untuk menggantikan sel-sel punca yang tidak sehat dengan sel-sel dari donor yang sehat. Proses ini disebut transplantasi alogenetik, di mana sel-sel sumsum tulang sehat dari donor digunakan untuk menggantikan sumsum tulang pasien yang memiliki sel-sel punca yang rusak.

“Dari situ diharapkan sel-sel sumsum tulang dapat tumbuh dan kembali menghasilkan sel-sel yang normal,” kata dr. Aisyi.

Sementara dalam pemilihan donor dan penerima sangat penting karena tidak semua pasien bisa langsung menjalani transplantasi. Terdapat indikasi tertentu yang harus dipertimbangkan untuk menentukan apakah pasien cocok.

Untuk donor, langkah awalnya adalah mencari yang "*full match*" berdasarkan *human leukocyte antigen* (HLA), yang harus cocok sepenuhnya. Namun, kecocokan ini cukup jarang ditemukan dalam populasi disini. Oleh karena itu, tahap pertama biasanya dilakukan dengan mencari donor dari saudara kandung yang cocok atau *matched sibling donors*. Setelah itu, langkah berikutnya bisa melibatkan haploidentical donor dengan melanjutkan proses ini secara bertahap berdasarkan pengalaman yang diperoleh.

dr. Aisyi menambahkan bahwa dengan dilakukannya transplantasi sumsum tulang untuk kanker anak, angka harapan hidup anak-anak dengan kanker di Indonesia dapat meningkat. Hal ini juga merupakan hasil kolaborasi dan kerja sama berbagai pihak, dari hulu sampai hilir, termasuk regulator, tim dokter spesialis, psikolog, relawan, dan yayasan-yayasan yang berkecimpung di bidang kanker anak.

“Dan tentu kita tidak bisa membiarkan anak-anak kanker kita berjuang sendirian,” tutupnya.

## II. Penghargaan yang Diraih RSK Dharmais Tahun 2024

### 1. RSK Dharmais Meraih Penghargaan Persi Award Dalam 5 Katagori



**Gambar 12.** Penghargaan PERSI Award untuk RSK Dharmais

Pada kegiatan Kongres PERSI XVI, Seminar Nasional PERSI XX, Seminar Tahunan Patient Safety XVIII dan Hospital EXPO XXXVI yang diselenggarakan di Jakarta Convention Centerr (JCC), 16-19 Oktober 2024.

Salah satu agenda yang digelar dalam acara tersebut adalah Penganugerahan PERSI AWARDS. PERSI AWARDS merupakan ajang penghargaan bagi rumah sakit, sebagai salah satu bentuk kontribusi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dalam upaya meningkatkan mutu perumah sakitan di Indonesia.

Pada kongres PERSI Tahun 2024 ini Rumah Sakit Kanker Dharmais memperoleh penghargaan PERSI AWARDS dalam 5 (lima) kategori sebagai berikut:

- 1) Sepuluh RS Terbaik Bidang Layanan Kanker
- 2) Pemenang ke-2, kategori customer services, marketing, & public relation untuk NAPAK
- 3) Pemenang ke-3, poster session dg judul Pengaruh Integrasi program edukasi manajemen diri berbasis web terhadap self efficacy pasien kanker buli yg menjalani hemodialisis
- 4) Pemenang ke-3, kode etik & perilaku RS, Sadar Etik dengan SIKETIK
- 5) Pemenang ke-5, leadership & management, leadership dalam transformasi layanan kanker di Indonesia.

Raih dan capaian tersebut merupakan hasil kolaborasi dan kinerja bersama seluruh civitas hospitalia Rumah Sakit Kanker Dharmais, semoga menjadi inspirasi dan motivasi untuk pelayanan yang lebih baik di masa depan.

## 2. Penghargaan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pada Acara Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia (ARSKI)



**Gambar 13.** Penghargaan dari Menteri Kesehatan RI yang diselenggarakan oleh Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia (ARSKI).

RSK Dharmais telah meraih penghargaan dalam Penganugerahan Rumah Sakit Kemenkes Awards (Sabtu, 1 Februari 2025). Penghargaan tersebut terdiri dari sebagai Rumah sakit Kementerian Kesehatan Pendapatan Menjadi Lebih dari 1.000.000.000.000 Rupiah dan Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Peningkatan Pendapatan Lebih Dari 20% *Year-on-year*. Penghargaan diberikan pada acara Resolusi 2025 Rumah Sakit Kemenkes Indonesia yang dilaksanakan pada Hari Jumat, 31 Januari – Minggu, 2 Februari 2025 di Ruang Ballroom Hotel Alila Solo, Surakarta, Jawa Tengah. Acara ini diselenggarakan oleh Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia (ARSKI).

### III. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran kinerja adalah membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSK Dharmais tahun 2024 dalam kurun waktu mulai bulan Januari sampai dengan Desember 2024.

Adapun pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan di dalam RSB RSK Dharmais Tahun 2020- 2024, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing - masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk mendapatkan informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSK Dharmais tahun 2024 khususnya dibandingkan dengan target yang ingin dicapai dan sudah ditetapkan di awal tahun. Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RS.Kanker Dharmais dan Penetapan Kinerja tahun 2024

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSK Dharmais tahun 2024 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSK Dharmais tahun 2024 yang telah ditetapkan dapat dilihat pada Tabel 1. Capaian kinerja yang diukur adalah membandingkan realisasi dan target.

**1. Capaian RSB RS Kanker Dharmais Tahun 2024**
**Tabel 18.** Capaian indikator RSB tahun 2024

No	Indikator Program/Kegiatan	PIC	Target	Capaian RSB Tahun 2024					
			Tahun 2024	S/d TW 1	S/d TW 2	S/d TW 3	S/d TW 4	Tahun 2024	%
1	Jumlah <i>Revenue</i>	AKB	887.000.000.000	231.511.932.946	472.771.285.729	739.577.779.084	1.019.907.397.652	1.019.907.397.652	114,98%
2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	KEU	95%	33,07%	67,54%	105,65%	145,70%	145,70%	153,37%
3	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	KEU	97%	36,38%	78,66%	77,34%	99,40%	99,40%	102,47%
4	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	KEU	95%	13,80%	57,24%	62,09%	94,24%	94,24%	99,20%
5	Persentase nilai EBITDA Margin	AKB	20%	6,06%	4,6%	4,45%	0,75%	0,75%	3,75%
6	POBO	AKB	100%	108,00%	107,00%	107,00%	103,00%	103,00%	103,00%
7	<i>Employee Opinion Survey</i> (EOS)	SDM	93%	N/A	N/A	80,40%	80,40%	80,40%	86,45%
8	Indeks integritas institusi	SPI	90	N/A	N/A	75	82	81,92	91,02%
9	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	SPI	92,50%	25%	83%	75%	100%	100,00%	108,11%
10	Akreditasi Rumah Sakit	PPJ (IKL, ILT, IGZ)	Paripurna, 5 ISO	N/A	Paripurna, 1 ISO	Paripurna, 2 ISO	Paripurna, 4 ISO (ILT, kesling, K3,IGZ)	Paripurna, 4 ISO (ILT, kesling, K3,IGZ)	83,33%
11	Persentase pembiayaan dari BLU	AKB	92%	89,00%	88,00%	89%	92%	92,00%	100,00%
12	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	TRT	70%	90%	95%	55,35%	42,23%	70,65%	100,92%
13	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	HKH	85%	N/A	84,44%	NA	89,39%	89,39%	105,16%

No	Indikator Program/Kegiatan	PIC	Target	Capaian RSB Tahun 2024					
			Tahun 2024	S/d TW 1	S/d TW 2	S/d TW 3	S/d TW 4	Tahun 2024	%
14	Indeks Kepuasan Masyarakat	HKH	80%	N/A	84,44%	NA	89,39%	89,39%	111,74%
15	Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais ( <i>all cancer</i> )	PDK	66%	47,60%	42,60%	52,50%	51,90%	51,90%	78,64%
16	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	IRJ	70%	56,85%	62,74%	80,12%	84,12%	84,12%	120,18%
17	Penundaan Waktu Operasi Elektif	IBS	5%	2,37%	1,51%	1,92%	2,18%	2,00%	250,26%
18	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	IRJ	70%	84%	74,81%	78,75%	76,74%	78,55%	112,21%
19	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	IRI	80%	89,18%	87,54%	90,18%	90,25%	90,25%	112,82%
20	Jumlah layanan inovasi baru RS	PSL	5	N/A	1	3	5	5	100,00%
21	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	PSL	1	N/A	NA	NA	1	100,00%	100,00%
22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	PSL	1	N/A	NA	NA	1	100%	100,00%
23	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan	CRU	1	N/A	NA	NA	1	100%	100,00%
24	Cakupan deteksi dini	DDK	90%	370%	278,67%	182,00%	264,00%	264,00%	293,33%
25	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	PDL	20	22	22	23	23	23	115,00%
26	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	PDL	15	21	22	22	23	23	153,33%
27	Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5	PDK	14	5	8	11	14	14	100,00%
28	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker	MDK	336	65	90	92	95	95	28,27%
29	Jumlah penelitian multi-center	CRU	2	N/A	N/A	2	3	3	150,00%

No	Indikator Program/Kegiatan	PIC	Target	Capaian RSB Tahun 2024					
			Tahun 2024	S/d TW 1	S/d TW 2	S/d TW 3	S/d TW 4	Tahun 2024	%
30	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna	MDK	1	NA	NA	10	10	10	1000,00%
31	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama	MDK	1	NA	NA	1	13	13	1300,00%
32	Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	MDK	1	NA	NA	1	1	1	100,00%
33	<i>Patient Management Time</i>	IRJ	95%	NA	60,62%	83,82%	86,99%	86,99%	91,56%
34	Kepatuhan <i>clinical pathway</i> setiap Kelompok Staf Medik	MDK	80%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	125,00%
35	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker	MDK	80%	94,00%	95,00%	97,00%	95,00%	95,00%	118,75%
36	Jumlah pasien baru non BPJS	PPU	5000	1391	1.727	2.690	3.730	3.730	74,60%
37	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	PPU	10%	22,00%	3,00%	24,00%	40,00%	40,00%	400,00%
38	Tingkat kepuasan staf	SDM	50%	N/A	NA	80,40%	80,40%	80,40%	160,80%
39	Indeks Budaya Kinerja RS	SDM	91%	N/A	NA	97,59%	94%	94,00%	103,30%
40	Indeks Budaya Keselamatan	PWT	Level 5	100%	100%	100,00%	level 5	level 5	100,00%
41	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record	SIM	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%
42	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	ILT, SIM	1	N/A	NA	1	3	3	300,00%
43	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	SIMRS & IMR	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%
44	Persentase Pemenuhan SPA Rumah	AKB &	95%	N/A	100%	100%	100,00%	100,00%	105,26%

No	Indikator Program/Kegiatan	PIC	Target	Capaian RSB Tahun 2024					
			Tahun 2024	S/d TW 1	S/d TW 2	S/d TW 3	S/d TW 4	Tahun 2024	%
	Sakit sesuai standar	IPS							
45	Level pencapaian <i>Green Hospital</i>	IKL	95%	N/A	NA	NA	95%	95,00%	100,00%
46	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi	SDM	14%	32,24%	22,00%	29,00%	21,00%	21,00%	150,00%
47	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	SDM	90%	N/A	NA	111,65%	107,00%	107,00%	118,89%
48	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	IGD	100%	100%	100%	100,00%	100,0%	100,00%	100,00%
49	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	IPL	3%	4,00%	3,72%	4,75%	4,54%	4,27%	100,00%
50	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	MDK	2	N/A	1	N/A	2	2	100,00%
51	Jumah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	PPJ	12	8	12	11	12	12	100,00%
52	Kepatuhan kebersihan tangan	PWT	90%	98,30%	97,77%	96,67%	94,10%	96,71%	107,46%
53	Kepatuhan penggunaan APD	PWT	100%	97,90%	97,30%	96,80%	93,50%	96,38%	96,38%
54	Kepatuhan identifikasi pasien	PWT	100%	99,70%	99,65%	98,83%	99%	99,00%	99,00%
55	Waktu tunggu rawat jalan	IPL, IPE, IPD, IRT, IRJ, IRM	80%	84,50%	82,05%	83,80%	82,98%	83,33%	104,17%
56	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	ILT	100%	95,58%	94,00%	92,58%	94,14%	94,01%	94,01%
57	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional	IFS	90%	99,94%	99,97%	99,93%	99,95%	99,95%	111,06%
58	Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>Clinical Patway</i> )	IRT, IRI, ITS	85%	100%	100%	100,00%	100%	100%	117,65%
59	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	PWT	100%	99,65%	99,65%	99,30%	99,30%	99,48%	99,48%

No	Indikator Program/Kegiatan	PIC	Target	Capaian RSB Tahun 2024					
			Tahun 2024	S/d TW 1	S/d TW 2	S/d TW 3	S/d TW 4	Tahun 2024	%
60	Kecepatan waktu tanggap komplain	HKH	80%	92%	90%	100%	100%	100%	125,00%
61	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	PWT	12	3	6	9	12	12	100,00%
62	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic	CRU	1	N/A	0	2	3	3	300,00%
63	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	CRU	1500	298	1355	1.537	2.335	2.335	155,67%
64	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	HKH	100%	N/A	100%	100%	100%	100%	100,00%
65	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	MDK	4	1	2	3	4	4	100,00%
66	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker di rumah sakit pendidikan	CRU	10%	20%	77,00%	29%	NA	145%	1450,00%
67	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	AKB	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
68	Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS	CRU	3	N/A	0	2	3	3	100,00%
<b>Persentase Rerata Capaian Indikator</b>									<b>170,38%</b>

Berdasarkan Rencana Strategis Bisnis RS Kanker Dharmais tahun 2020 – 2024 terdapat 63 indikator, di tahun 2024 terdapat tambahan 5 indikator direktif sehingga indikator kinerja utama di tahun 2024 menjadi 68 indikator. Dari 68 indikator tersebut terdapat 13 indikator yang belum tercapai.

Rerata persentase pencapaian indikator kinerja utama di tahun 2024 170,38%. Adapun indikator yang belum tercapai yaitu :

- 1) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU
- 2) Persentase nilai EBITDA Margin

- 3) Employee Opinion Survey (EOS)
- 4) Indeks integritas institusi
- 5) Akreditasi Rumah Sakit
- 6) Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (all cancer)
- 7) Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker
- 8) *Patient Managemen Time*
- 9) Jumlah pasien baru non BPJS
- 10) Kepatuhan penggunaan APD
- 11) Kepatuhan identifikasi pasien
- 12) Pelaporan hasil kritis laboratorium
- 13) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

## 2. Perbandingan Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun ini dengan Tahun Lalu

**Tabel 19.** Perbandingan Rata-rata Capaian indikator RSB tahun 2023 dan 2024

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
1	Jumlah <i>Revenue</i>	792.000.000.000	873.721.937.018	887.000.000.000	1.019.907.397.652	110,3%	114,98%
2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	134,99%	95%	145,70%	142,09%	153,37%
3	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,74%	97%	99,40%	102,82%	102,47%
4	Persentase realisasi Anggaran bersumber	95%	96,93%	95%	94,24%	102,03%	99,20%

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
	Rupiah BLU						
5	Persentase nilai EBITDA Margin	20%	26%	20%	0,75%	130,%	3,75%
6	POBO	99%	110%	100%	103%	111,11%	103%
7	<i>Employee Opinion Survey</i> (EOS)	91%	100%	93%	80,40%	109,89%	86,45%
8	Indeks integritas institusi	90	90	90	81,92	100%	91,02%
9	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92,50%	100%	92,50%	100%	108,10%	108,11%
10	Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna, 5 ISO	Paripurna, 3 ISO	Paripurna, 5 ISO	Paripurna, 4 ISO	66,67%	83,33%
11	Persentase pembiayaan dari BLU	91%	92%	92%	92%	101,10%	100%
12	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	65%	76,00%	70%	70,65%	116,9%	100,92%
13	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	85%	85%	85%	89,39%	100%	105,16%
14	Indeks Kepuasan Masyarakat	80%	85%	80%	89,39%	106,3%	111,74%
15	Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais ( <i>all cancer</i> )	63%	52,20%	66%	51,90%	82,9%	78,64%
16	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	70%	34%	70%	84,12%	49,1%	120,18%
17	Penundaan Waktu Operasi Elektif	5%	4%	5%	2,00%	125%	250,26%
18	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	70%	63,50%	70%	78,55%	90,7%	112,21%
19	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	80%	89,17%	80%	90,25%	111,5%	112,82%
20	Jumlah layanan inovasi baru RS	5	5	5	5	100%	100%
21	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1	1	1	1	100%	100%

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	1	1	1	100%	100%
23	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan	1	1	1	1	100%	100%
24	Cakupan deteksi dini	85%	196,77%	90%	264%	231,5%	293,33%
25	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	18	22	20	23	122,22%	115%
26	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	14	21	15	23	150%	153,33%
27	Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5	10	10	14	14	100%	100%
28	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker	195	175	336	95	89,7%	28,27%
29	Jumlah penelitian multi-center	2	2	2	3	100%	150%
30	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna	1	15	1	10	1500%	1000%
31	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama	1	37	1	13	3700%	1300%
32	Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	1	1	1	1	100%	100%
33	<i>Patient Management Time</i>	80%	98%	95%	86,99%	122,5%	91,56%
34	Kepatuhan <i>clinical pathway</i> setiap Kelompok Staf Medik	80%	100%	80%	100%	125%	125%

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
35	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker	80%	98,10%	80%	95%	122,63%	118,75%
36	Jumlah pasien baru non BPJS	4.500	3.632	5.000	3.730	70,71%	74,60%
37	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	-10,97%	10%	40%	-109,7%	400%
38	Tingkat kepuasan staf	50%	92%	50%	80,40%	184%	160,80%
39	Indeks Budaya Kinerja RS	89%	95%	91%	94%	106,74%	103,30%
40	Indeks Budaya Keselamatan	4	4	Level 5	level 5	100%	100%
41	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record	100%	100%	100%	100%	100%	100%
42	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1	3	1	3	300%	300%
43	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
44	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar	95%	97%	95%	100%	102,11%	105,26%
45	Level pencapaian <i>Green Hospital</i>	95%	96%	95%	95%	101,26%	100%
46	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi	13%	13,67%	14%	21%	105,15%	150%
47	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	85%	74,73%	90%	107%	87,92%	118,89%
48	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	95,6%	100%	100%	112,47%	100%
49	Persentase penurunan jumlah kematian di	2,50%	12,55%	3%	4,27%	0,20%	100%

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
	Rumah Sakit						
50	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	2	2	2	2	100%	100%
51	Jumah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12	12	12	12	100%	100%
52	Kepatuhan kebersihan tangan	90%	97,80%	90%	96,71%	108,7%	107,46%
53	Kepatuhan penggunaan APD	100%	95,50%	100%	96,38%	95,5%	96,38%
54	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	99%	100%	99%	99%	99%
55	Waktu tunggu rawat jalan	80%	64,20%	80%	83,33%	80,3%	104,17%
56	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%	92,91%	100%	94,01%	92,9%	94,01%
57	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional	90%	99,96%	90%	99,95%	111,1%	111,06%
58	Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>Clinical Patway</i> )	85%	92%	85%	100%	108,2%	117,65%
59	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	99%	100%	99,48%	99%	99,48%
60	Kecepatan waktu tanggap komplain	80%	100%	80%	100%	125%	125%
61	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12	12	12	12	100%	100%
62	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic	1	3	1	3	300%	300%
63	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	1.500	1.961	1.500	2.335	130,7%	155,67%
64	Persentase capaian peningkatan kualitas	-	-	100%	100%	-	100%

No	Indikator Program/Kegiatan	Tahun 2023		Tahun 2024		Persentase	
		Target	Capaian	Target	Capaian	2023	2024
	pemberi layanan						
65	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	-	-	4	4	-	100%
66	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker di rumah sakit pendidikan	-	-	10%	145%	-	1450%
67	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	-	-	100%	100%	-	100%
68	Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS	-	-	3	3	-	100%
<b>Rerata Capaian Kinerja</b>						<b>187,96%</b>	<b>170,38%</b>

Berdasar tabel diatas terdapat 5 indikator tahun 2024 yang tidak dapat dibandingkan capaiannya dengan tahun 2023 karena merupakan indikator direktif. Terdapat penurunan rerata capaian kinerja di tahun 2024, dikarenakan terdapat selisih capaian indikator yang signifikan yaitu :

- 1) Persentase EBITDA Margin
- 2) Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker
- 3) RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama

#### IV. Analisis Penyebab Keberhasilan / Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan

Capaian IKU untuk setiap sasaran strategis adalah sebagai berikut :

<b>Perspektif Finansial</b>
<b>Sasaran Strategis 1 : Terwujudnya Peningkatan Pendapatan dan Realisasi Anggaran</b>

##### **IKU 1 : Jumlah Revenue**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Revenue	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	887.000.000.000	1.019.907.397.652	-
<b>Capaian</b>	114.98%		-

Jumlah *revenue* adalah penjumlahan pendapatan pelayanan dan non pelayanan rumah sakit dalam periode tertentu. Formula perhitungan adalah total pendapatan pelayanan dan non pelayanan pada periode pelaporan. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

##### **Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah revenue tahun 2024 ditargetkan sebesar Rp. 887.000.000.000,- dan terealisasi sebesar Rp. 1.019.907.397.652,- atau tercapai 114.98% dari target.

##### **Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Jumlah Revenue Tahun 2024 diatas target sebesar Rp 132.907.397.652,- (14.98%), dimana Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit mengalami kenaikan penerimaan klaim BPJS Tahun 2024.

##### **IKU 2 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

Perbandingan capaian kinerja tahun terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	95%	144.38%	-
<b>Capaian</b>	151.98%		-

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Formula perhitungan adalah realisasi pendapatan akumulasi dibagi

target PNBP yang ditetapkan oleh Kemenkes dikali 100%. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU tahun 2023 ditargetkan sebesar 95% dan terealisasi sebesar 144.38% atau tercapai 151.98% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024 diatas target sebesar 51.98%, dimana jumlah pendapatan rumah sakit terdiri dari pendapatan jasa layanan rumah sakit, pendapatan hasil kerjasama BLU, pendapatan BLU lainnya (jasa perbankan), pendapatan jasa layanan entitas lainnya. Semua dijumlahkan dan dicatat dalam pembukuan rumah sakit.

**IKU 3 : Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	97%	99.40%	-
<b>Capaian</b>	102.47%		-

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni bertujuan untuk mencapai anggaran rupiah murni sesuai dengan kebijakan yang berlaku. Formula perhitungan adalah relaisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100%. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni tahun 2024 ditargetkan sebesar 97% dan terealisasi sebesar 99.40% atau tercapai 102.47% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2024 diatas target sebesar 2.4%, dimana terjadi peningkatan pengeluaran belanja barang dan modal pada bulan Maret untuk pembayaran gaji dan remunerasi 14 (THR), kemudian di TW 2 terdapat percepatan penyerapan pada belanja pegawai untuk pembayaran gaji dan remunerasi 13 di bulan Juni. Sebagai upaya tindak lanjut dilakukan monitoring serta memberikan informasi kepada PIC kegiatan untuk monitoring lebih lanjut.

**IKU 4 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	95%	94.24%	-

<b>Capaian</b>	99.20%	-
----------------	--------	---

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU bertujuan untuk mencapai anggaran BLU sesuai dengan kebijakan yang berlaku. Formula perhitungan adalah relaisasi anggaran yang bersumber dari BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari BLU dikali 100%. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU tahun 2024 ditargetkan sebesar 95% dan terealisasi sebesar 94.24% atau tercapai 99.20% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 hampir mencapai target (kurang 0.8% dari target), hal ini dikarenakan terdapat kenaikan pagu anggaran rupiah BLU pada revisi DIPA ke-13 semula Rp. 986.322.258.000,- menjadi 1.188.764.343.000,- selain itu terdapat belanja modal yang tidak terealisasi (karena belum terbit BAST, vendor belum mengurus, batal pengadaan). Sebagai upaya tindak lanjut dilakukan monitoring serta memberikan informasi kepada PIC kegiatan untuk monitoring lebih lanjut.

**IKU 5 : Persentase Nilai EBITDA Margin**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

<b>Persentase Nilai EBITDA Margin</b>	<b>Tahun 2024</b>		<b>Standar Nasional</b>
	<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>Target</b>
	≥20%	0,75%	10%
<b>Capaian</b>	3,75%		7,5%

EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit sebelum bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA Margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan pendapatan rumah sakit. Formula perhitungan adalah EBITDA dibagi pendapatan dikali 100%. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase nilai EBITDA Margin tahun 2024 ditargetkan sebesar 20% dan terealisasi sebesar 0,75% atau tercapai 3,75% dari target. Bila dibandingkan dengan target nasional (Target IKI Dirut seluruh RSV) capaian EBITDA Margin RSKD tercapai 7,5%

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian EBITDA Margin tahun 2024 belum maksimal yaitu sebesar 0,75% hal ini dikarenakan terjadi ketidakseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran mengingat tahun 2024 ini RSKD tengah banyak melakukan pembangunan sehingga penggunaan saldo pun meningkat. Kedepannya perlu dimaksimalkan pendapatan dari non JKN dan pendapanan non layanan (pemanfaatan aset) serta penyesuaian tarif layanan agar dapat

menyeimbangkan antara pendapatan dan pengeluaran sehingga tercapai EBITDA Margin yang maksimal.

<b>Perspektif Stakeholder</b>
<b>Sasaran Strategis 2 : Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya</b>

**IKU 6 : POBO**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

POBO	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	103%	75%
<b>Capaian</b>	103%		137.33%

POBO adalah perbandingan antara jumlah pendapatan PNBPN (tidak termasuk pendapatan Rupiah Murni dan *Carry Over*) terhadap biaya operasional (tidak termasuk biaya penyusunan dan biaya amortisasi). Formula perhitungan adalah Pendapatan BLU (tidak termasuk Pendapatan dari Rupiah Murni dan *Carry over*) dibagi Biaya Operasional (tidak termasuk Beban Penyusutan dan Beban Amortisasi) dikali 100%. Penghitungan dilakukan secara berkala setiap bulan dan dilaporkan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

POBO tahun 2024 ditargetkan sebesar 100% dan terealisasi sebesar 103% atau tercapai 103% dari target. Jika dibandingkan dengan standar nasional yaitu 75%, capaian POBO RS Kanker Dharmais tercapai 137.33% jauh diatas standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

POBO Tahun 2024 tercapai 103% dari target, atau 3% diatas target. Untuk mencapai target perlu kombinasi strategi yang mencakup peningkatan pendapatan melalui diversifikasi dan optimalisasi layanan, serta pengendalian beban operasional melalui efisiensi, digitalisasi dan evaluasi berkala. Upaya ini tidak hanya meningkatkan efisiensi keuangan tetapi juga memastikan keberlanjutan operasional institusi dalam jangka panjang.

<b>Perspektif Stakeholder</b>
<b>Sasaran Strategis 3 : Terwujudnya Stakeholder Engagement</b>

**IKU 7 : Employee Opinion Survey (EOS)**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir periode RSB (2020-2024) dan target nasional yaitu :

Employee Opinion Survey (EOS)	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	93%	80,4%	-

<b>Capaian</b>	86,45%	-
----------------	--------	---

*Employee Opinion Survey* (EOS) merupakan survey kepuasan staf terhadap atasan dan organisasi dengan memperhatikan antara apa yang mereka terima dan harapan. Formula perhitungan adalah hasil survey dengan menggunakan instrumen. Survey dilakukan setiap tahun pada tahun 2024 dilaksanakan pada triwulan 3.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

*Employee Opinion Survey* (EOS) tahun 2024 belum mencapai target Dimana ditargetkan 93% dan terealisasi sebesar 80,4%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Responden survei (para pegawai) memberikan pendapat positif terhadap kepuasan bekerja di RSKD dengan rata-rata nilai 4,02 dengan skala penilaian 1 – 5. Terdapat beberapa hal yang perlu ditindaklanjuti agar kepuasan pegawai dapat meningkat yaitu :

1. Pemahaman pegawai terkait transformasi Kesehatan perlu ditingkatkan.
2. Transparansi proses remunerasi serta penyesuaian pedapatan regular untuk meningkatkan keadilan antar profesi.
3. Program-program yang mendukung kesejahteraan pegawai dan penciptaan lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif agar dilanjutkan.

**IKU 8 : Indeks Integritas Institusi**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Indeks Integritas Institusi	Tahun 2024		Tahun 2024	Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target	Target
	90	81.92	90	WBBM = 85
<b>Capaian</b>	91.02%		91.02%	96.38%

Indeks integritas adalah sebutan atau predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional 90 atau lebih. Formula perhitungan adalah jumlah poin kesesuaian pemenuhan instrumen WBK-WBBM berdasarkan hasil telusur TPI atau *self assessment*. Periode pelaporan dilakukan kurang lebih 6 bulan setelah penilaian.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Indeks integritas tahun 2024 ditargetkan 90 dan terealisasi sebesar 81.92 atau tercapai 91.02% dari target. Bila melihat kepada standar nasional untuk mencapai WBBM capaian RSKD masih sebesar 96.38%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Komponen pengungkit baik pemenuhan maupun reform belum seluruhnya maksimal dimasing-masing pokja, untuk itu perlu dilakukan *refreshment* terkait kegiatan WBK/WBBM ini karena terdapat banyak perubahan baik struktur maupun personil yang mungkin belum terpapar dengan kegiatan ini.

Detail capaian dapat dilihat pada gambar berikut :

Penilaian		Bobot	Nilai	%
<b>A.</b>	<b>PENGUNGKIT</b>	<b>60,00</b>	<b>49,15</b>	<b>81,92%</b>
<b>I.</b>	<b>PEMENUHAN</b>	<b>30,00</b>	<b>26,20</b>	<b>87,33%</b>
	1. MANAJEMEN PERUBAHAN	4,00	3,14	78,56%
	2. PENATAAN TATALAKSANA	3,50	3,31	94,48%
	3. PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM	5,00	4,62	92,42%
	4. PENGUATAN AKUNTABILITAS	5,00	4,90	97,94%
	5. PENGUATAN PENGAWASAN	7,50	5,66	75,50%
	6. PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK	5,00	4,57	91,42%
<b>II.</b>	<b>REFORM</b>	<b>30,00</b>	<b>22,95</b>	<b>76,51%</b>
	1. MANAJEMEN PERUBAHAN	4,00	2,50	62,50%
	2. PENATAAN TATALAKSANA	3,50	3,50	100,00%
	3. PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM	5,00	2,25	45,00%
	4. PENGUATAN AKUNTABILITAS	5,00	3,24	64,80%
	5. PENGUATAN PENGAWASAN	7,50	6,88	91,67%
	6. PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK	5,00	4,59	91,75%
<b>TOTAL PENGUNGKIT</b>			<b>49,15</b>	<b>81,92%</b>

### **IKU 9 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	92.50%	100%	-
<b>Capaian</b>	108.11%		-

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti adalah ditindaklanjutinya laporan hasil pemeriksaan (LHK) BPK sesuai rekomendasi. Formula perhitungan adalah jumlah rekomendasi laporan hasil pemeriksaan (LHK) BPK yang ditindaklanjuti dibagi jumlah laporan hasil pemeriksaan (LHK) BPK dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

#### **Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti tahun 2024 ditargetkan 92.50% dan terealisasi sebesar 100% atau tercapai 108.11% dari target.

#### **Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti dengan melakukan kegiatan :

1. Mempelajari rekomendasi hasil pemeriksaan BPK,
2. Berkoordinasi dengan unit kerja terkait untuk bersama sama menindaklanjuti temuan BPK,
3. Melakukan monitoring terhadap tindaklanjut unit kerja terkait,
4. Berkoordinasi dengan direksi terkait tindaklanjut temuan BPK, dan
5. Menjawab temuan BPK.

Kendala dalam penyelesaian temuan BPK antara lain bila melibatkan pihak ketiga atau perusahaan vendor, akan tetapi secara keseluruhan telah dapat diselesaikan dengan baik.

**IKU 10 : Akreditasi Rumah Sakit**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Akreditasi Rumah Sakit	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	Pariwisata, 5 ISO	Pariwisata, 4 ISO	-
<b>Capaian</b>	83,33%		-

Akreditasi rumah sakit adalah Pemenuhan standar akreditasi rumah sakit sesuai STARKES dan pemenuhan sertifikasi mutu eksternal sesuai standar yang ditetapkan. Formula perhitungan adalah jumlah akreditasi/ audit yang dimiliki pada tahun yang dinilai. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Akreditasi rumah sakit tahun 2024 ditargetkan pariwisata dan 5 ISO. Realisasi pencapaian akreditasi Pariwisata dari KARS dan 4 ISO (Laboratorium, gizi, Kesehatan Lingkungan, dan Kesehatan Keselamatan Kerja) atau tercapai 83.33% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Belum tercapainya standar ISO dikarenakan keterlambatan dalam mendaftar proses audit ISO.

**Perspektif Stakeholder**
**Sasaran Strategis 4 : Terwujudnya Kemandirian BLU**
**IKU 11 : Persentase pembiayaan dari BLU**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase pembiayaan BLU	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	92%	92%	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Persentase pembiayaan BLU adalah besaran persentase pembiayaan yang bersumber dari dana BLU terdiri dari biaya pegawai, barang dan modal untuk menjalankan operasional Rumah Sakit dari total pembiayaan BLU ditambah biaya pegawai APBN. Formula perhitungan adalah Pembiayaan dari BLU dibagi Total Pembiayaan BLU dan APBN (Biaya Pegawai) tanpa belanja barang dan modal APBN dikali 100% . Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase pembiayaan BLU tahun 2024 ditargetkan 92% dan terealisasi sebesar 92% atau tercapai sesuai target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian 92% menandakan bahwa sebagian besar pembiayaan berasal dari sumber internal RS (BLU). Hal ini menunjukkan tingkat kemandirian keuangan yang tinggi dalam mendanai operasional serta rendahnya ketergantungan pada alokasi APBN.

Hambatan dalam pencapaian indikator ini antara lain adalah ketidakseimbangan antara belanja pegawai, barang dan modal sehingga menghambat optimalisasi pembiayaan.

**Perspektif Stakeholder**
**Sasaran Strategis 5 : Terwujudnya *Customer Experience***
**IKU 12 : Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Ketersediaan Fasilitas Parkir	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	70%	70,65%	82.5%
<b>Capaian</b>	100,92%		85,63%

Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. Formula perhitungan adalah Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi Jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar tahun 2024 ditargetkan 70% dan terealisasi sebesar 70,65% atau tercapai 100,92% dari target. Namun bila disandingkan dengan standar nasional masih belum sesuai atau baru mencapai 85,63% dari standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Cara pencapaian indikator ini memaksimalkan lahan parkir untuk kebutuhan layanan, menambah lahan parkir dengan demolisasi gedung utilitas dan menyewa lahan parkir di RSAB Harapan Kita untuk kebutuhan parkir pegawai.

**IKU 13 : Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	85%	89,39%	85%
<b>Capaian</b>	105,16%		105,16%

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan

kesehatan. Formula perhitungan adalah Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 100%. Periode pelaporan setiap semester.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan tahun 2024 ditargetkan 85% dan terealisasi sebesar 89,39% atau tercapai 105,16% dari target dan standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Berdasarkan hasil survei tingkat kepuasan pasien telah memenuhi target dengan nilai IKM tertinggi adalah pada unsur kewajaran biaya dalam mendapatkan pelayanan sedangkan yang terendah yaitu pelayanan perparkiran. Rendahnya hasil survei terhadap unsur pelayanan perparkiran disebabkan keluhan pelanggan mengenai keterbatasan lahan parkir dan parkiran sering penuh baik pada parkiran roda empat maupun roda dua.

**IKU 14 : Indeks Kepuasan Masyarakat**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Indeks Kepuasan Masyarakat	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	80%	89,39%	76,61%
<b>Capaian</b>	111,74%		116,68%

Indeks Kepuasan Masyarakat merupakan salah satu tolok ukur untuk menggambarkan persepsi penerima pelayanan publik terhadap pelayanan publik yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit Kanker Dharmais dan diukur sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Survei mencakup 9 unsur pelayanan yaitu (1) Persyaratan; (2) Sistem Mekanisme dan Prosedur; (3) Waktu Penyelesaian; (4) Biaya/Tarif; (5) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan; (6) Kompetensi Pelaksana, (7) Perilaku Pelaksana; (8) Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan; (9) Sarana dan Prasarana. Formula perhitungan adalah Total nilai semua unsur dibagi Jumlah responden X Jumlah unsur dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Indeks Kepuasan Masyarakat tahun 2024 ditargetkan 80% dan terealisasi sebesar 89,39% atau tercapai 111,74% dari target dan 116,68% dari standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Berdasarkan hasil survei tingkat kepuasan pasien telah memenuhi target dengan nilai IKM tertinggi adalah pada unsur kewajaran biaya dalam mendapatkan pelayanan sedangkan yang terendah yaitu pelayanan perparkiran. Rendahnya hasil survei terhadap unsur pelayanan perparkiran disebabkan keluhan pelanggan mengenai keterbatasan lahan parkir dan parkiran sering penuh baik pada parkiran roda empat maupun roda dua.

**IKU 15 : Angka Survival 5 Tahun Pasien Kanker Di RS Kanker Dharmais (*All Cancer*)**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Angka Survival 5 Tahun Pasien Kanker Di RS Kanker Dharmais ( <i>All Cancer</i> )	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	66%	51,90%	-
<b>Capaian</b>	78,64%		-

Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (*all cancer*) adalah angka overall survival pasien kanker untuk *all cancer*. Cara pengukurannya adalah menggunakan perhitungan eksponensial dengan kurva Kaplan Mayer. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (*all cancer*) tahun 2023 ditargetkan 66% dan terealisasi sebesar 51,90% atau tercapai 78,64% dari target. Informasi tambahan untuk angka survival 5 tahun berdasarkan jenis kanker prioritas sesuai dengan Program Pengampunan Layanan Kanker yaitu untuk kanker payudara 66,6%, kanker serviks 46,2%, kanker paru 16,2%, leukemia pada anak 13,8% dan kanker kolorektal 54,4%. Keberhasilan maupun ketidakberhasilan capaian angka survival tidak dapat menggambarkan keberhasilan tatalaksana saat ini karena data yang diambil adalah data pasien yang terdiagnosa kanker pada tahun 2018.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Angka survival 5 tahun di Rumah Sakit ini tidak dapat menggambarkan situasi di populasi, karena RS Kanker Dharmais adalah RS Rujukan tertinggi untuk kanker. Pasien yang datang ke Dharmais, 70% dalam stadium lanjut. Tidak tercapainya angka survival kanker di RS Kanker Dharmais dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keterlambatan diagnosis dan tatalaksana, adanya keterbatasan tatalaksana karena keterbatasan pembiayaan, terlambatnya rujukan, dan tingginya angka lost to follow up. Sebagai Pusat Kanker Nasional, dengan strata paripurna yang didukung oleh fasilitas canggih, tatalaksana kanker stadium dini atau lesi prekanker masih belum dapat dilakukan karena masih rendahnya kegiatan skrining maupun deteksi dini kanker, sehingga kesembuhan kanker masih belum maksimal.

**IKU 16 : Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	70%	84,02%	80%
<b>Capaian</b>	120,03%		105,03%

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu pelayanan rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di rumah sakit sampai menerima obat. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit dihitung sejak pasien boarding di poliklinik sesuai jadwal waktu praktik DPJP. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang  $\leq 120$  menit. Formula perhitungannya adalah Jumlah pasien dengan waktu layanan  $\leq 120$  menit dibagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tahun 2023 ditargetkan 70% dan terealisasi sebesar 84,02% atau tercapai 120,03% dari target. Bila dibandingkan dengan target nasional capaian RSKD mencapai 105,03% dari standar.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indikator ini telah melampaui target dikarenakan terbangunnya sistem yang integrasi antara waktu boarding pasien di rawat jalan sampai dengan saat pasien menerima obat dari instalasi farmasi. Diperlukan konsistensi petugas dalam melaksanakan SPO agar seluruh aktifitas tercatat dalam sistem.

**IKU 17 : Penundaan Waktu Operasi Elektif**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Penundaan Waktu Operasi Elektif	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	5%	2,2%	3%
<b>Capaian</b>	222,27%		136,36%

Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. Formula perhitungannya adalah Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Penundaan Waktu Operasi Elektif tahun 2024 ditargetkan 5% dan terealisasi sebesar 2,20% atau tercapai 222,27% dari target. Bila dibandingkan dengan standar nasional capaian RSKD mencapai 136,36% dari standar.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 18 : Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Tahun 2023		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	70%	76,72%	80%
<b>Capaian</b>	109,60%		95,90%

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Formula perhitungannya adalah Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tahun 2024 ditargetkan 70% dan terealisasi sebesar 76,72% atau tercapai 109,60% dari target. Bila merujuk pada standar nasional, maka capaian RSKD mencapai 95,90% dari standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik dapat mencapai target dikarenakan peningkatan kepatuhan DPJP dalam memulai praktik sesuai jadwal yang telah disepakati. Konsistensi kepatuhan DPJP dalam memenuhi jadwal praktik merupakan hal terpenting dalam pencapaian indikator ini, sehingga perlu dijalin komunikasi yang baik antara manajemen dengan para DPJP agar tetap konsisten dalam pelaksanaan tugasnya.

**IKU 19 : Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	Tahun 2023		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	80%	90 %	-
<b>Capaian</b>	112,5%		-

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI adalah Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Formula perhitungannya adalah Jumlah pasien yang di-visit dokter pada pukul 06.00 - 14.00 dibagi Jumlah pasien rawat inap dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI tahun 2024 ditargetkan 80% dan terealisasi sebesar 90% atau tercapai 112,5% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**Perspektif Proses Bisnis**
**Sasaran Strategis 6 : Terwujudnya Peningkatan Layanan Unggulan RS**
**IKU 20 : Jumlah Layanan Inovasi Baru RS**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Layanan Inovasi Baru RS	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	5	5	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Jumlah layanan inovasi baru RS adalah layanan-layanan kreatif, tidak hanya terbatas pada produk. Formula perhitungannya Jumlah layanan Inovasi baru yang terlaksana selama periode. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah layanan inovasi baru RS tahun 2024 ditargetkan 5 layanan dan terealisasi sebesar 5 layanan atau tercapai 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Inovasi layanan baru tahun 2024 yaitu:

1. Layanan homecare terpadu
2. Layanan penghantaran obat (Petugas Siap Antar obat)
3. Layanan pengadaan taksi
4. Layanan biopsy prostat robotic
5. Layanan Cryoablation Ginjal

Inovasi layanan baru di RSKD telah tercapai 5 akan tetapi terdapat 1 layanan yang belum terdapat SK Dirut, sehingga perlu dilakukan koordinasi dengan unit terkait untuk percepatan pembuatan SK Dirut.

**IKU 21 : Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	Tahun 2023		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	1	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional adalah Terlaksananya layanan yang SDM atau teknologi yang digunakan merupakan suatu komitmen dengan RS luar negeri bertaraf internasional untuk meningkatkan mutu layanan. Formula perhitungannya Jumlah layanan unggulan bertaraf internasional. Periode pelaporan setiap tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional tahun 2024 ditargetkan 1 layanan dan terealisasi sebesar 1 layanan atau tercapai 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indikator ini merupakan pelayanan Biopsi prostat robotik sebagai pelaksana layanan Ketompok Staf Medik Urologi, tempat pelaksanaan Instalasi Bedah Sentral. Layanan tersebut mempunyai tatalaksana sebagai berikut :

1. Pasien mendapatkan layanan deteksi dini kanker secara akurat dan komprehensif karena menggunakan teknologi yang canggih dan mutakhir.
2. Pasien memiliki waktu pemeriksaan yang efektif dan minim risiko infeksi.
3. Tenaga kesehatan yang menggunakan layanan tersebut dapat terbantu untuk menegakkan diagnosis kanker prostat secara akurat dan komprehensif.
4. Rumah Sakit Kanker Dharmais akan meningkat citra dan reputasinya karena memiliki layanan unggulan dan komprehensif.
5. Pasien non BPJS. Layanan tersebut sudah dapat digunakan pada satuan kerja terkait dengan diterbitkan SK Direktur Utama dan sudah masuk kepada system tarif Rumah Sakit.

**IKU 22 : Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	1	100%
Capaian	100%		100%

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran adalah Terdapat pelayanan unggulan pada pasien di ruang rawat inap atau rawat jalan secara khusus dan eksklusif. Layanan unggulan yang dimaksud adalah layanan unggulan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit. Formula perhitungannya Jumlah layanan unggulan dilakukan perawatan baik di rawat inap atau rawat jalan yang bersifat khusus dan istimewa. Periode pelaporan setiap tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran tahun 2024 ditargetkan 1 layanan dan terealisasi sebesar 1 layanan atau tercapai 100% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Layanan unggulan VVIP adalah Biopsi prostat robotik.

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 7 : Terwujudnya Inovasi Produk Layanan RS (*core&non-core business*)**

**IKU 23 : Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Produk Penelitian RSKD yang Siap Dipasarkan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	1	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah Produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah jumlah hasil penelitian translational research yang akan dijadikan layanan pemeriksaan klinik kanker. Formula perhitungannya Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah jumlah hasil penelitian translational research yang akan dijadikan layanan pemeriksaan klinik kanker. Periode pelaporan setiap tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan tahun 2024 ditargetkan 1 penelitian dan terealisasi sebesar 1 penelitian atau tercapai 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Penelitian yang telah siap dipasarkan adalah pemeriksaan mutase BCR-ABL. Perlu penetapan tarif untuk layanan ini agar segera dapat dipasarkan.

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 8 : Terwujudnya Sistem Deteksi Dini dan Terapi Cepat & Tepat**

**IKU 24 : Cakupan Deteksi Dini**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Cakupan Deteksi Dini	Tahun 2023		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	90%	264%	-
<b>Capaian</b>	293,33%		-

Cakupan deteksi dini adalah jumlah klien yang dilayani di deteksi dini. Formula perhitungannya jumlah klien yang dilayani di deteksi dini. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Cakupan deteksi dini tahun 2024 ditargetkan 90% dan terealisasi sebesar 264% atau tercapai 293,33% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Peningkatan cakupan temuan stadium awal deteksi dini kanker dilakukan dengan layanan poliklinik deteksi dini kanker juga pelayanan di luar rumah sakit dalam rangka memperingati hari-hari tertentu, misalnya *World Cancer Day*.

<b>Perspektif Proses Bisnis</b>
<b>Sasaran Strategis 9 : Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry &amp; Monitoring</i></b>

**IKU 25 : Jumlah Kurikulum Pelatihan Kanker Terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Kurikulum Pelatihan Kanker Terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	20	23	-
<b>Capaian</b>	115%		-

Sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan yang telah terakreditasi, RS Kanker Dharmais harus terus menambah jenis kurikulum pelatihan di bidang onkologi yang terakreditasi BPPSDM, agar dapat meningkatkan daya saing sebagai penyelenggara pelatihan. Formula perhitungannya Kurikulum Pelatihan Baru di bidang Onkologi yang terakreditasi Ditjen Nakes dihitung secara kumulatif setiap tahun. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kurikulum Pelatihan Baru di bidang Onkologi yang terakreditasi Ditjen Nakes dihitung secara kumulatif setiap tahun tahun 2024 ditargetkan 20 dan terealisasi sebesar 23 atau tercapai 115% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 26 : Jumlah Pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	15	23	-
<b>Capaian</b>	153,33%		-

Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran adalah jumlah perjanjian kerjasama yang dilakukan antara institusi. Formula perhitungannya adalah jumlah pendidikan kedokteran dan non kedokteran. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran tahun 2024 ditargetkan sebesar 15 dan terealisasi sebesar 23 atau tercapai 153,33% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Program kegiatan untuk mencapai indikator ini adalah menentukan strategi meningkatkan jumlah PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran dalam mendukung hospital based mengingat RSKD sebagai salah satu RSPPU.

**IKU 27 : Jumlah Wilayah PBCR dengan Kualitas Data Setingkat CI5**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Wilayah PBCR dengan Kualitas Data Setingkat CI5	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	14	14	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Persentase jumlah data beban kanker yang sesuai dengan standar CI5. Data beban kanker yang dimaksud yaitu data frekuensi, insiden dan mortalitas kasus kanker di wilayah DKI Jakarta tahun 2013 sampai 2017 memenuhi standar CI5. Formula perhitungannya adalah 'Jumlah data kasus yang sudah sesuai standar CI5 dibagi Jumlah seluruh data kanker yang diterima dari populasi terpilih dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 tahun 2024 ditargetkan sebesar 14 dan terealisasi sebesar 14 atau tercapai 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 sesuai target, meliputi :

1. Kota Samarinda
2. Kabupaten Malang
3. Kota Pekanbaru
4. Kota Bandung
5. Kota Tangerang
6. Kabupaten Tangerang
7. Kota Tangerang Selatan
8. Kota Jakarta Pusat
9. Kabupaten Kampar
10. Kabupaten Gunung Kidul
11. Kabupaten Kulon Progo
12. Kota Yogyakarta
13. Kabupaten Sleman
14. Kabupaten Bantul

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 10 : Terwujudnya Jejaring Pelayanan, Pendidikan & Penelitian Nasional & Internasional**

**IKU 28 : Jumlah RS Jejaring yang Sudah Menjalankan Program Penanggulangan Kanker**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah RS Jejaring yang Sudah Menjalankan Program Penanggulangan Kanker	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	336	95	-
<b>Capaian</b>	28,27%		-

Jumlah RS yang berkontribusi mengikuti kegiatan dalam rangka pengampunan untuk mendukung Program Penanggulangan Kanker Nasional. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah RS Jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker dengan target dengan capaian RS strata Madya 283, RS strata Utama 38 RS strata Paripurna 15 RS dengan capaian RS strata Madya 67 RS, strata Utama 18 RS, strata Paripurna 10 RS. Sehingga total capaian 95 RS Jejaring (seluruh strata).

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian tahun 2024 menyesuaikan dengan juknis pengampunan kanker yang telah diberlakukan, sehingga capainya menurun secara signifikan bila dibandingkan dengan tahun 2023. Hal ini disebabkan karena faktor eksternal yaitu penyediaan alat kesehatan, SDM kesehatan serta perizinan (misal pembangunan bunker).

**IKU 29 : Jumlah Penelitian Multi-Center**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Penelitian Multi-Center	Tahun 2023		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	2	3	-
<b>Capaian</b>	150%		-

Penelitian multi-center adalah penelitian yang berbasis jejaring atau kerjasama tingkat nasional dan international yang berkaitan dengan penerapan klinik atau perbaikan standar pelayanan dari hasil penelitian ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutic. Cara pengukuran hasilnya Jumlah penelitian, meliputi penelitian manajemen rumah sakit, ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti

memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Penelitian multicenter tahun 2024 ditargetkan 2 penelitian dan terealisasi 150%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Terdapat tiga penelitian multi-center yang dapat dipenuhi. Adapun ketiga penelitian tersebut adalah :

1. Randomized, Double-Blind, Multicenter, Phase II/III Clinical Study of Serplulimab in Combination with Bevacizumab and Chemotherapy (XELOX) versus Placebo in Combination with Bevacizumab and Chemotherapy (XELOX) in First-Line Treatment of Patients with Metastatic Colorectal Cancer (mCRC) dengan PI dr. Eka Widya Khorinal, SpPD-KHOM yang melibatkan beberapa rumah sakit yaitu RS. Kariadi, RS. Siloam Grup
2. Penelitian kanker oral, kerjasama dengan IARC dengan PI Dr. Dr. Denni J. Purwanto, Sp(B).Onk yang melibatkan 3 negara yaitu Brazil, India dan Indonesia.
3. Ploidi, fusi gen bcr-abl, etv6/runx1, serta mutasi kmt2a, dan minimal residual disease sebagai prediktor luaran pasien leukemia limfoblastik akut anak dengan PI Dr. Dr. Haridini Intan mahdi, SpA (K) yang melibatkan 3 rumah sakit yaitu RSAB Harapan Kita, RS Persahabatan dan RSKD

**IKU 30 : Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	10	1
<b>Capaian</b>	1000%		1000%

Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna adalah pengampunan program penanggulangan kanker nasional pada rumah sakit dengan stratifikasi paripurna. Cara pengukuran hasilnya adalah jumlah rumah sakit pemerintah yang mengikuti kegiatan penanggulangan kanker nasional. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna tahun 2024 ditargetkan 1 rumah sakit dan terealisasi 10 rumah sakit atau sebesar 1000%. capaian RSKD bila dibandingkan dengan standar nasional mencapai 1000%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

RS Strata paripurna merupakan rumah sakit dengan kemampuan pelayanan kanker spesialisik dan subspecialistik meliputi pelayanan prosedur/pembedahan tumor dasar-lanjut-canggih (seperti pelayanan micro surgery) pelayanan terapi sistemik (seperti kemoterapi, imunoterapi, terapi hormonal, terapi target, terapi biologik advance), pelayanan radioterapi, pelayanan kedokteran nuklir. Sampai dengan triwulan 4,

penyediaan alat kesehatan untuk radioterapi dan kedokteran nuklir masih berproses. Tahun 2024, melalui anggaran SIHREN ditargetkan seluruh rumah sakit strata paripurna sudah bisa melakukan radioterapi dan 10 RS Strata Paripurna mampu layanan kedokteran nuklir. Sehingga target indikator ini pada tahun 2024 tidak tercapai.

Berikut daftar rumah sakit vertikal dengan strata paripurna:

1. RSUP H. Adam Malik
2. RSUP Dr. M. Djamil
3. RS. Kanker Dharmais
4. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
5. RSUP Fatmawati
6. RSUP Dr. Hasan Sadikin
7. RSUP Dr. Kariadi
8. RSUP Dr. Sardjito
9. RSUD Dr. Soetomo
10. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou

**IKU 31 : RS Umum Vertikal yang Ditetapkan Sebagai RS Pendidikan yang Melaksanakan Layanan Kanker Minimal Strata Utama**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

RS Umum Vertikal yang Ditetapkan Sebagai RS Pendidikan yang Melaksanakan Layanan Kanker Minimal Strata Utama	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	13	1
<b>Capaian</b>	1300%		1300%

RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama adalah pengampunan program penanggulangan kanker nasional pada rumah sakit dengan stratifikasi utama. Cara pengukuran hasilnya adalah jumlah rumah sakit pemerintah yang mengikuti kegiatan penanggulangan kanker nasional. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama tahun 2024 ditargetkan 1 rumah sakit dan terealisasi 13 rumah sakit atau tercapai 1300% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Berikut daftar rumah sakit vertikal dengan strata Utama:

1. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
2. RSUP Dr. Sardjito
3. RSUP Dr. Kariadi
4. RS. Kanker Dharmais
5. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou

6. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
7. RSUP Dr. Mohammad Hoesin
8. RSUP Dr. M. Djamil
9. RSUP H. Adam Malik
10. RSUP Dr. Hasan Sadikin
11. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah
12. RSUP Fatmawati
13. RSUP Persahabatan

**IKU 32 : Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Utama Sesuai dengan Binaan yang Telah Ditetapkan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Utama Sesuai dengan Binaan yang Telah Ditetapkan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	1	1
<b>Capaian</b>	100%		100%

Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan adalah pengampunan program penanggulangan kanker nasional pada rumah sakit dengan stratifikasi utama. Cara pengukuran hasilnya adalah jumlah rumah sakit pemerintah yang mengikuti kegiatan penanggulangan kanker nasional. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan tahun 2024 ditargetkan 1 rumah sakit dan terealisasi 1 rumah sakit atau tercapai 100% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama yaitu RSUD Pasar Minggu.

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 11 : Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi**

**IKU 33 : Patient Management Time**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Patient Management Time	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	95%	87,10%	-
<b>Capaian</b>	91,68%		-

*Patient Management Time* adalah keseluruhan waktu yang dibutuhkan pasien mulai dari pasien datang pertama untuk diagnosis dan penetapan stadium sampai mendapat terapi pertama (definitif/suportif) sesuai kondisi pasien (stadium dan keadaan umum) dalam

waktu  $\leq$  3 bulan terhitung hari kalender. Laporan pada bulan berjalan adalah pasien baru skrining rawat jalan (RJ) pada bulan n-4. Formula perhitungannya adalah Jumlah pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dari skrining RJ mendapatkan terapi pertama (definitif/suportif) sesuai stadium/kondisi pasien (stadium dan keadaan umum) dalam waktu  $\leq$  3 bulan kalender dibagi Jumlah pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dari skrining RJ pd bln pemantauan dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

*Patient Management Time* tahun 2024 ditargetkan 95% dan terealisasi 87,10% atau sebesar 91,68%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indikator ini terhambat dengan panjangnya antrian operasi, sehingga pasien yang seharusnya mendapat terapi pertama kurang dari 3 bulan masih banyak yang memanjang. Kedepannya akan dilakukan koordinasi dengan para DPJP dan mengoptimalkan program NAPAK.

<b>Perspektif Proses Bisnis</b>
<b>Sasaran Strategis 12 : Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif &amp; Terintegrasi</b>

**IKU 34 : Kepatuhan *Clinical Pathway* Setiap Kelompok Staf Medik**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i> Setiap Kelompok Staf Medik	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	$\geq$ 80%	100%	-
<b>Capaian</b>	125%		-

Kepatuhan *clinical pathway* setiap Kelompok Staf Medik adalah Kepatuhan setiap staf medik terhadap *clinical pathway* yang disusun bersama sesuai PPK. Formula perhitungannya adalah Jumlah KSM yang patuh menggunakan CP dibagi Jumlah KSM yang mempunyai CP dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan *clinical pathway* setiap Kelompok Staf Medik tahun 2024 ditargetkan 80% dan terealisasi 100% atau sebesar 125%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 35 : Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Kanker**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Kanker	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	80%	95%	80%
<b>Capaian</b>	118,75%		118,75%

Tercapainya target indikator klinis layanan kanker adalah Presentase kepatuhan 3 modalitas layanan kanker payudara (kepatuhan kemoterapi payudara, kemoterapi rawat jalan dengan clinical pathway, lama rawat jalan dengan mastektomi tanpa komplikasi, dan OTT pasca mastektomi dengan radiasi eksterna). Formula perhitungannya adalah Total presentase kepatuhan kemoterapi payudara (3 hari), Kepatuhan bedah mastektomi (5 hari), Kepatuhan kemoterapi payudara ODC, Kepatuhan OTT radiasi eksternal payudara dibagi 4 dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Tercapainya target indikator klinis layanan kanker tahun 2024 ditargetkan 80% dan terealisasi 95% atau tercapai 118,75% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 13 : Optimalisasi Sistem Pemasaran yang Efektif**

**IKU 36 : Jumlah Pasien Baru Non BPJS**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Pasien Baru Non BPJS	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	5.000	3.730	-
<b>Capaian</b>	74,60%		-

Jumlah pasien baru non BPJS adalah Peningkatan jumlah pasien baru non BPJS dari perusahaan/asuransi/umum. Formula perhitungannya adalah jumlah pasien baru non BPJS periode berjalan. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah pasien baru non BPJS tahun 2024 ditargetkan 5.000 dan terealisasi 3.730 atau sebesar 74,60%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Usaha pencapaian indikator ini dilakukan dengan melakukan pendekatan kepada lembaga pemerintah dan swasta agar melakukan deteksi dini kanker atau MCU di RS Kanker Dharmais. Namun Upaya tersebut belum dapat maksimal dikarenakan MCU kanker belum menjadi prioritas Perusahaan mengingat biaya yang dikeluarkan lebih tinggi dari MCU biasa.

**IKU 37 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	10%	40%	-
<b>Capaian</b>	400%		-

Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP adalah Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, RIIM dan RIRA terhadap periode yang sama pada tahun sebelumnya. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP tahun 2024 ditargetkan 10% dan terealisasi 40% atau sebesar 400%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, RIIM dan RIRA pada triwulan 4 tahun 2024 terdapat 443 kunjungan pasien sedangkan pada triwulan 4 tahun 2023 hanya 313 kunjungan pasien, sehingga persentase peningkatan kunjungan pasien yang diperoleh dengan perhitungan Pasien yang dilayani di VVIP, RIIM dan RIRA triwulan berjalan dikurangi dengan Pasien yang dilayani di VVIP, RIIM dan RIRA periode triwulan sama tahun sebelumnya, kemudian hasilnya dibagi dengan Pasien yang dilayani di VVIP, RIIM dan RIRA periode triwulan sama tahun sebelumnya dan dikali dengan 100% menghasilkan realisasi 40%. Peningkatan kunjungan pasien ini menunjukkan kepercayaan masyarakat yang semakin tinggi terhadap layanan Rumah Sakit Kanker Dharmais

**Perspektif Proses Bisnis**

**Sasaran Strategis 14 : Terwujudnya Sistem Manajemen Kinerja yang Profesional Dan Kompetitif**

**IKU 38 : Tingkat Kepuasan Staf**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Tingkat Kepuasan Staf	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	50%	80,40%	50%
<b>Capaian</b>	160,80%		160,80%

Tingkat kepuasan Staf Terhadap Remunerasi merupakan survei Kepuasan staf terhadap remunerasi yang diterima dan harapannya. Formula perhitungannya adalah Hasil survei terhadap tingkat kepuasan remunerasi dibagi Jumlah seluruh pegawai BLU dikali 100%. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Tingkat kepuasan staf tahun 2024 ditargetkan 50% dan terealisasi 80,40% atau tercapai 160,80% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Para pegawai memberikan pendapat positif terhadap kepuasan bekerja di RSKD 80,40% Terdapat beberapa hal yang perlu ditindaklanjuti agar kepuasan pegawai dapat meningkat yaitu :

1. Pemahaman pegawai terkait transformasi Kesehatan perlu ditingkatkan.
2. Transparansi proses remunerasi serta penyesuaian pedapatan regular untuk meningkatkan keadilan antar profesi.
3. Program-program yang mendukung kesejahteraan pegawai dan penciptaan lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif agar dilanjutkan.

**Perspektif Learning and Growth**  
**Sasaran Strategis 15 : Terwujudnya Budaya Kinerja**

**IKU 39 : Indeks Budaya Kinerja RS**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Indeks Budaya Kinerja RS	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	91%	94%	-
<b>Capaian</b>	103,3%		-

Indeks Budaya Korporat adalah hasil pengukuran pegawai yang telah mengikuti pelatihan internalisasi budaya dengan nilai-nilai budaya RSKD adalah Profesional, Care, Continuous Improvement dan Synergy (PRO Care CS). Formula perhitungannya adalah Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan internalisasi budaya dibagi Jumlah seluruh pegawai BLU dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Indeks Budaya Kinerja RS tahun 2024 ditargetkan 91% dan terealisasi 94% atau sebesar 103,3%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Pencapaian indicator ini dilakukan melalui kegiatan internalisasi transformasi Kesehatan yang dilaksanakan untuk seluruh pegawai RSKD.

**IKU 40 : Indeks Budaya Keselamatan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Indeks Budaya Keselamatan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	Level 5	Level 5	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Indeks Budaya Keselamatan bertujuan Mengetahui Tingkat Budaya Keselamatan Pasien di RS. Kanker Dharmais. Pengukurannya adalah Hasil Survey dengan menggunakan instrumen minimal 7 dari 10 dimensi yang diukur mencapai tingkat maturitas yang ditargetkan. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Indeks Budaya Keselamatan tahun 2024 ditargetkan level 5 dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Tingkat kematangan budaya keselamatan pasien RSKD berada pada tingkat kematangan generatif. Dimana 10 dimensi budaya keselamatan pasien berada pada tingkat kematangan generatif (100%). Meskipun masih terdapat kendala pelaksanaan budaya keselamatan yaitu insiden pasien jatuh yang terkadang masih terjadi walaupun persentasenya sangat kecil sehingga tidak mengganggu pencapaian target.

Kedepannya perlu dilakukan monitoring budaya keselamatan pada setiap lini unit layanan dan reedukasi secara rutin kepada seluruh petugas terkait budaya keselamatan pasien.

**Perspektif Learning and Growth**

**Sasaran Strategis 16 : Terwujudnya Sistem ICT yang Terintegrasi dan *User-friendly***

**IKU 41 : Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record***

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i>	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	100%
<b>Capaian</b>	100%		100%

Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record bertujuan mewujudkan sistem ICT yang terintegrasi dan *user-friendly*. Formulanya adalah Jumlah integrasi yang telah dibangun dibagi Jumlah integrasi yang harus dibangun dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Integrasi yang telah dibangun yaitu:

1. Integrasi dashboard pasien reservasi ranap
2. Integrasi e-resep dan antrian farmasi
3. Integrasi antrian penunjang
4. Integrasi antrian RSKD mobile dengan antrian poliklinik

Dalam pencapaian target dari indikator ini terdapat kebijakan baru dari *Google* mengenai penyediaan aplikasi Kesehatan di *Google Play Store* dibutuhkan verifikasi dokumen seperti izin usaha, NIP, NPWP dan surat pernyataan yang ditandatangani Direktur Utama, hal ini menghambat proses pamaruan fitur aplikasi RSKD *Mobile* di *Google Play Store*.

**IKU 42 : Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1 sistem	2 sistem	1 sistem
<b>Capaian</b>	200%		200%

Integrasi surveillans berbasis digital adalah pengisian data surveillans penyakit infeksi di RS Kanker Dharmais ke dalam sistem surveilans digital yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan RI. Formulanya adalah Jumlah sistem surveillans penyakit infeksi Kemenkes yang dilaporkan datanya secara digital oleh RS Kanker Dharmais dibagi Target integrasi, yaitu 1 sistem. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital tahun 2024 ditargetkan 1 sistem dan tercapai 2 sistem atau tercapai 200% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Sistem informasi yang terintegrasi yaitu Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB), Sistem Informasi HIV AID (SIHA).

**IKU 43 : Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	100%
<b>Capaian</b>	100%		100%

Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi adalah Proses integrasi data pasien dan tata laksana dari seluruh unit pelayanan dalam implementasi rekam medik elektronik. Formulasinya adalah Jumlah modul yang telah terintegrasi yang terlaksana. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 100% dari target dan standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Pencapaian indikator ini dengan mengimplementasikan modul ke dalam aplikasi SATUSEHAT.

<b>Perspektif Learning and Growth</b>
<b>Sasaran Strategis 17 : Terwujudnya Sarana &amp; Prasarana yang Andal dan Efisien</b>

**IKU 44 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit Sesuai Standar**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit Sesuai Standar	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	95%	100%	95%
<b>Capaian</b>	105,26%		105,26%

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar bertujuan untuk mencapai pelayanan yang komprehensif, efisien, efektif kepada seluruh pasien. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar tahun 2024 ditargetkan 95% dan tercapai 100% atau 105,26% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Pemantauan secara kontinyu untuk seluruh SPA di RSKD merupakan upaya dalam pencapaian target indikator ini.

**IKU 45 : Level Pencapaian Green Hospital**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Level Pencapaian Green Hospital	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	95%	95%	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Level pencapaian *Green Hospital* bertujuan untuk mewujudkan rumah sakit yang berwawasan lingkungan serta berbasis kenyamanan dan keamanan lingkungan rumah sakit. Formula perhitungannya yaitu Jumlah elemen yang dapat dicapai/ memenuhi standart penilaian *Green Hospital* dibagi Jumlah seluruh penilaian elemen Standart *Green Hospital* dikali 100% Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Level pencapaian *Green Hospital* tahun 2024 ditargetkan 95% dan tercapai 95% atau tercapai 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**Perspektif Learning and Growth**

**Sasaran Strategis 18 : Terwujudnya Pemenuhan Jumlah dan Kompetensi SDM**

**IKU 46 : Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	14%	21,64%	-
<b>Capaian</b>	154,57%		-

Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi bertujuan untuk mencapai kinerja *excellent* di unit kerja. Formula perhitungannya yaitu jumlah Pegawai berkinerja *excellent* dibagi Seluruh pegawai dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi tahun 2024 ditargetkan 13% dan tercapai 21,64% atau 154,57% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Terdapat 1.159 dari 1.785 pegawai yang masuk dalam kategori karyawan dengan indeks professional tinggi dan sangat tinggi.

**IKU 47 : Tingkat Pemenuhan SDM Unit Kerja**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Tingkat Pemenuhan SDM Unit Kerja	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	90%	107,68%	-
<b>Capaian</b>	119,64%		-

Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja adalah terpenuhinya dan tersedianya SDM di Unit Kerja sesuai Analisa Beban Kerja dan kompetensi di bidang pekerjaannya. Formula

perhitungannya yaitu SDM yang tersedia (*existing*) dibagi Jumlah kebutuhan SDM sesuai perhitungan ABK dikali 100%. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja tahun 2024 ditargetkan 90% dan tercapai 107,68% atau tercapai 119,68% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indicator ini melebihi target dikarenakan :

1. Terdapat tenaga PPPK baru dari luar RSKD
2. Penambahan pegawai BLU Kontrak dikarenakan kebutuhan Gedung Cendana

<b>Perspektif Stakeholder</b>
<b>Sasaran Strategis 19 : Peningkatan Akses &amp; Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi</b>

**IKU 48 : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal bertujuan untuk mewujudkan peningkatan akses dan mutu pelayanan terkait rujukan melalui sitem yang memiliki respon time kurang dari 1 jam. Formula perhitungannya yaitu Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi Total kasus yang ditindaklanjuti dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dari 995 pasien yang dirujuk ke RSKD melalui SISRUITE, seluruhnya telah ditindaklanjuti kurang dari 1 jam.

<b>Perspektif Proses Bisnis</b>
<b>Sasaran Strategis 20 : Menguatnya Tata Kelola Manajemen &amp; Pelayanan Spesialistik</b>

**IKU 49 : Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	2,5%	4,27%	2,5%
<b>Capaian</b>	100%		100%

Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit. Formula perhitungannya yaitu Presentase angka kematian pada bulan lalu - Presentase angka kematian pada bulan ini dibagi Jumlah seluruh pasien yang dirawat pada waktu tertentu dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit tahun 2024 ditargetkan 2,5% dan tercapai 4,27%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Sesuai dengan definisi operasional untuk indikator ini dari Direktorat TKPK bahwa untuk RSV dengan capaian NDR lebih dari 2,5% di tahun 2023 akan dianggap tercapai bila persentase penurunannya lebih dari 1,5% di tahun 2024.

Tahun 2023 capaian NDR 12,55% sedangkan tahun 2024 4,27% sehingga penurunannya telah lebih dari 1,5% (8,28%).

**IKU 50 : Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Setiap 6 Bulan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Setiap 6 Bulan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	2	2	-
<b>Capaian</b>	100%		

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis/ Audit Klinis setiap 6 bulan adalah Laporan dan rekomendasi tindak lanjut hasil Audit Medis/ Audit Klinis yang masuk dalam 9 layanan prioritas dengan topik dan kriteria aydit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Formula perhitungannya yaitu Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang dilaksanakan dibagi Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang harus dilaksanakan dikali 100%. Periode pelaporan setiap semester.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis/ Audit Klinis setiap 6 bulan tahun 2024 ditargetkan 2 kali dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**Perspektif Learning and Growth**

**Sasaran Strategis 21 : Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan**

**IKU 51 : Jumlah Laporan Bulanan Pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-masing Indikator**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Laporan Bulanan Pengukuran Indikator Nasional Mutu	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	12 laporan	12 laporan	12 laporan
<b>Capaian</b>	100%		100%

Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator adalah Jumlah pelaporan 12 Indikator Mutu Nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. Formula perhitungannya yaitu Pelaporan Indikator Nasional Mutu tiap bulannya. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator tahun 2024 ditargetkan 12 laporan dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Pencapaian target ini dilakukan dengan cara :

- 1) Pemantauan laporan capaian indikator mutu unit dan prioritas rumah sakit
- 2) Umpan balik kepada unit kerja tentang capaian & analisis indikator mutu
- 3) Pembuatan laporan capaian indikator nasional mutu melalui aplikasi SIMAR

**IKU 52 : Kepatuhan Kebersihan Tangan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Kebersihan Tangan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	90%	94,10%	85%
<b>Capaian</b>	104,56%		110,71%

Kepatuhan kebersihan tangan adalah Kepatuhan cuci tangan adalah derajat seseorang mengikuti aturan yang telah diatur oleh organisasi/ rumah sakit dalam melakukan *Hand Hygiene* untuk melindungi dirinya dari kecelakaan atau penyakit dan berakibat merugikan dirinya atau orang lain. Formula perhitungannya yaitu Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode obeservasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan kebersihan tangan tahun 2024 ditargetkan 90% dan tercapai 94,10% atau tercapai 104,56% dari target. Sedangkan bila dibandingkan dengan standar nasional capaian RSKD sebesar 110,71% dari standar yang ditetapkan.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Audit kebersihan tangan kebersihan tangan, ruang isolasi dan kohorting serta pemantauan infeksi lingkungan.

**IKU 53 : Kepatuhan Penggunaan APD**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Penggunaan APD	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	93,50%	100%
<b>Capaian</b>	93,50%		93,50%

Kepatuhan penggunaan APD adalah Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar. Formula perhitungannya yaitu Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan penggunaan APD tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 93,50% baik dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Temuan dilapangan *over protektif* penggunaan APD masih menjadi kendala. Capaian indicator ini bukan dikarenakan petugas lalai dalam melindungi diri, melainkan dikarenakan tidak sesuainya penggunaan APD dengan SPO yang ditetapkan. Masih terdapat petugas yang berlebihan dalam melindungi dirinya (imbas dari pandemi Covid-19).

**IKU 54 : Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Identifikasi Pasien	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	99,39%	100%
<b>Capaian</b>	99,39%		99,39%

Kepatuhan identifikasi pasien adalah Kepatuhan penggunaan APD adalah Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum

memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit. Formula perhitungannya yaitu Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan identifikasi pasien tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 99,39% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dari 1.144 pasien yang menjadi sampel dalam indikator ini, terdapat 1.137 pasien yang telah tepat identifikasinya. Belum tercapainya 9 target indikator kepatuhan pelaksanaan identifikasi disebabkan karena masih adanya *dobel barcode* identitas pasien pada satu tabung sampel darah yang dikirim petugas ruangan ke UTD serta tidak adanya identitas pada sampel darah yang dikirim ke UTD.

**IKU 55 : Waktu Tunggu Rawat Jalan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Waktu Tunggu Rawat Jalan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	80%	83,33%	80%
<b>Capaian</b>	104,17%		104,17%

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran ke petugas rawat jalan sesuai jadwal praktik yang telah ditentukan dalam surat perjanjian konsultasi sampai mendapatkan pelayanan dokter/ dokter spesialis. Formula perhitungannya yaitu Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu  $\leq 60$  menit dibagi Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Waktu tunggu rawat jalan tahun 2024 ditargetkan 80% dan tercapai 83,33% tercapai 104,17% dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dari 3.432 pasien yang diobservasi, sebanyak 2.860 pasien telah dilayani oleh dokter/ dokter spesialis kurang dari atau sampai dengan 60 menit. Komunikasi antara manajemen dengan DPJP merupakan kontribusi terbesar dalam pencapaian target indikator ini.

**IKU 56 : Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	92,76%	100%
<b>Capaian</b>	92,76%		92,76%

Pelaporan hasil kritis Laboratorium adalah Waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil kritis sejak hasil di otorisasi sampai hasil dilaporkan ke unit yang meminta pemeriksaan kemudian tercatat di sistem LIS. Formula perhitungannya yaitu Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan  $\leq 30$  menit dibagi Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Pelaporan hasil kritis Laboratorium tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 92,76% baik dari target maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dari 15.044 hasil nilai kritis yang diobservasi terdapat 13.955 yang dilaporkan kurang dari atau sampai dengan 30 menit kepada DPJP. Indikator ini masih belum mencapai target dikarenakan terdapat beberapa yang dilakukan pemeriksaan ulang setelah diinfokan akan tetapi petugas yang melaksanakan tidak melaksanakan prosedur lepas otorisasi sehingga tercatat lebih dari 30 menit pada system LIS. Selain itu masih terdapat DPJP yang sulit dihubungi sehingga mempengaruhi capaian indikator ini.

**IKU 57 : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	90%	99,95%	80%
<b>Capaian</b>	111,06%		124,94%

Formularium nasional adalah daftar obat yang digunakan dalam pelayanan pasien JKN. Formula perhitungannya yaitu Jumlah R/ *recipe* dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah R/ *recipe* dalam lembar reep yang diobservasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan Penggunaan formularium nasional tahun 2024 ditargetkan 90% dan tercapai 99,95% atau tercapai 111,06% dari target. Bila dibandingkan dengan standar nasional capaian RSKD mencapai 124,94% dari standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Kepatuhan staf medis dalam membuat resep sesuai formularium nasional untuk pasien JKN.

**IKU 58 : Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Patway*)**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( <i>Clinical Patway</i> )	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	85%	100%	80%
<b>Capaian</b>	111,11%		125%

Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Patway*) adalah Presentase pasien yang dilayani oleh berbagai PPA sesuai dengan alur klinis ICP yang telah ditentukan. Kesesuaian yang dimaksud adalah sesuai langkah-langkah harian yang terdapat dalam panduan ICP. Formula perhitungannya yaitu Jumlah pasien yang dilayani sesuai alur klinis ICP oleh multi disiplin dibagi jumlah pasien kanker yang harus dilayani dengan ICP prioritas dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Patway*) tahun 2024 ditargetkan 85% dan tercapai 100% tercapai 111,11% dari target. Bila merujuk pada standar nasional capaian RSKD mencapai 125% dari target standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 59 : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	99,48%	100%
<b>Capaian</b>	99,48%		99,48%

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah Upaya melakukan evaluasi risiko pasien terhadap jatuh dan segera bertindak untuk mengurangi risiko jatuh dan mengurangi risiko cedera akibat jatuh. Formula perhitungannya yaitu Semua kasus berisiko jatuh dibagi Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak edukasi dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 99,48%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dari 1.144 sampel pasien yang berisiko jatuh terdapat 1.138 pasien yang mendapatkan upaya pencegahan risiko jatuh, capaian indikator ini belum maksimal dikarenakan masih belum konsistennya petugas dalam melakukan asesmen awal dan kurangnya pemahaman pasien dan keluarga terkait risiko jatuh meskipun sudah diberikan edukasi risiko jatuh oleh petugas.

**IKU 60 : Kecepatan Waktu Tanggap Komplain**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	80%	100%	80%
<b>Capaian</b>	125%		125%

Kecepatan waktu tanggap komplain adalah Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan, email atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat dampak risiko dengan penetapan *grading/* dampak dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas *respon time* komplain tersebut sesuai dengan *grading/* dampak risiko. Formula perhitungannya yaitu jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan *grading* dibagi jumlah komplain yang disurvei dikali 100%. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2024 ditargetkan 80% dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 61 : Jumlah Laporan & Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Laporan & Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	12 laporan	12 laporan	-
<b>Capaian</b>	100%		-

Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel *Never event nihil*. Formula perhitungannya yaitu Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan *Never event nihil* tiap bulan. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol tahun 2024 ditargetkan 12 laporan dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

1. Kompilasi insiden keselamatan pasien per unit kerja dan pendampingan investigasi insiden ke unit kerja berdasarkan data e-lapin
2. Pembuatan laporan insiden keselamatan pasien kategori sentinel melalui aplikasi Fasyankes

<b>Perspektif Learning and Growth</b>
<b>Sasaran Strategis 22 : Tersedianya Sistem &amp; Data Pelayanan Kesehatan Terintegrasi</b>

**IKU 62 : Terselenggaranya Layanan Kanker Berbasis Genomic**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Terselenggaranya Layanan Kanker Berbasis Genomic	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1	3	-
<b>Capaian</b>	300%		

Tersedianya layanan genomik kanker mulai dari proposal penelitian, *ethical clearance*, SOP/ Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, pelatihan SDM, perekrutan sampel sampai pemeriksaan *sequencing genome*. Formula perhitungannya yaitu Jumlah jenis layanan genomik yang tersedia. Periode pelaporan tahunan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic tahun 2024 ditargetkan 1 dan tercapai 3 atau 300% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Telah tersedia 3 layanan berbasis genomik, yaitu BCR-Abl dan JAK2, MLPA serta layanan iCARE. Dalam pelaksanaan layanan berbasis genomik ini kadang terhambat dengan harga reagen yang tinggi dan penyediaan dari UNDP yang kadang terkendala. Untuk itu perlu dibuat perencanaan reagen dan alat medik yang baik agar kebutuhannya tidak lagi terkendala.

**IKU 63 :Terlaksananya Rekrutmen *Sample* untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Terlaksananya Rekrutmen <i>Sample</i> untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	1.500	2.335	-
<b>Capaian</b>	155,67%		-

Terlaksananya rekrutmen *sample* untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS adalah jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai kekhususannya. Formula perhitungannya yaitu jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya dengan periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS tahun 2024 ditargetkan 1500 dan tercapai 2.335 atau 155,67% dari target yang ditetapkan.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Rekrutmen sampel untuk tahun 2024 melebihi target yang telah ditetapkan sebanyak 1.500 sampel, dengan pencapaian sebanyak 2.335 sampel. Salah satu sumber rekrutmen subyek adalah dengan merekrut survivor melalui kerjasama dengan organisasi seperti CISC.

**IKU 64 : Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	100%
<b>Capaian</b>	100%		100%

Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan adalah persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis kurang dari 24 jam. Formula perhitungannya yaitu penanganan keluhan dengan kategori non-medis seluruhnya direspon kurang dari 24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit dengan periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 100%.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

-

**IKU 65 : Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	4	4	4
<b>Capaian</b>	100%		100%

Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya adalah rumah sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK. Formula perhitungannya yaitu jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal dengan periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya tahun 2024 ditargetkan 4 dan tercapai 4 atau 100% dari target yang ditetapkan.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

RS yang telah dibina dan mencapai strata madya yaitu RSUD Tabanan dan RSUD Wangaya Kota Denpasar dibawah binaan RSUD Bali Mandara dan RSUP I Gusti Ngurah, serta RSUD Iskak Tulungagung dibawah binaan RSUD dr. Soetomo, ditambah dengan RS Anutapura Kota Palu dibawah binaan RSUP dr. Hasan Sadikin telah melaksanakan layanan kanker sesuai standar RS Strata Madya. Kegiatan pembinaan yang dilakukan adalah visitasi dan *proctoring*.

**IKU 66 : Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Kanker Di Rumah Sakit Pendidikan**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Kanker Di Rumah Sakit Pendidikan	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	10%	145%	10%
<b>Capaian</b>	1.450%		1.450%

Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker di rumah sakit pendidikan adalah persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit. Formula perhitungannya yaitu Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung layanan kanker dikali 100% dengan periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan kanker di rumah sakit pendidikan tahun 2024 ditargetkan 10% dan tercapai 145% atau 1.450% dari target yang ditetapkan maupun standar nasional.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Capaian indikator ini meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2023, pertumbuhan publikasi bain nasional maupun internasional mencapai 20,83% dari tahun 2023. Tahun 2024 terdapat 58 publikasi nasional maupun internasional sedangkan penelitian klinis yang berjalan di tahun 2024 sebanyak 40 penelitian.

**IKU 67 : Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	100%
<b>Capaian</b>	100%		100%

Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik adalah persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran. Formula perhitungannya yaitu kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100. Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99, nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio pobo dibagi dua. Periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik tahun 2024 ditargetkan 100% dan tercapai 100% dari target yang ditetapkan.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Dalam penyusunan Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik sudah ada standar yang harus dipatuhi sesuai aturan yang berlaku (per 24/PB/2018). Dalam pencapaian realisasinya RSKD harus memperhatikan beberapa point penting seperti pendapatan operasional dan beban operasional.

**IKU 68 : Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS**

Perbandingan capaian kinerja tahun 2024 terhadap target akhir RSB (2020 – 2024) dan target nasional yaitu :

Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS	Tahun 2024		Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target
	3	3	3
<b>Capaian</b>	100%		100%

Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS adalah jumlah layanan genomik yang ditetapkan oleh Direktur Utama RSKD. Formula perhitungannya jumlah kumulatif layanan genomik yang tersedia di seluruh hubs dengan periode pelaporan setiap triwulan.

**Capaian/kondisi yang dicapai**

Jumlah layanan berbasis Genomic di Hubs RS tahun 2024 ditargetkan 3 dan tercapai 3 atau 100% dari target.

**Analisis dan penjelasan kenaikan/penurunan pertumbuhan**

Telah tersedia 3 layanan berbasis genomik, yaitu BCR-Abl dan JAK2, MLPA serta layanan iCARE. Dalam pelaksanaan layanan berbasis genomik ini kadang terhambat dengan harga reagen yang tinggi dan penyediaan dari UNDP yang kadang terkendala. Untuk itu perlu dibuat perencanaan reagen dan alat medik yang baik agar kebutuhannya tidak lagi terkendala

**2. 54 Indikator Kesehatan BLU**
**Tabel 20. Indikator Kinerja Keuangan**

No.	Sub Aspek / Indikator	SKOR	Tahun 2023		Tahun 2024	
			Haper	Skor	Haper	Skor
<b>I</b>	<b>Rasio Keuangan</b>	19		<b>14,25</b>		<b>11,87</b>
1	Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )	2	80,62	0,75	3094,71	0,50
2	Lancar ( <i>Current Ratio</i> )	2,5	945,36	2,75	3486,26	2,75
3	Periode Panagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )	2	26,73	2,25	4,13	2,25
4	Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )	2	23,90	2,25	22,46	2,25
5	Imbalan atas Aset Tetap ( <i>Return on Fixed Asset</i> )	2	3,78	1,50	-0,06	0,00
6	Imbalan Ekuitas ( <i>Return on Equity</i> )	2	3,94	1,25	-0,06	0,62
7	Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )	2	13,11	0,75	11,91	0,75
8	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	105,60	2,75	89,87	2,75
9	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan		17,12		-0,29	
<b>II</b>	<b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>	11		<b>11,00</b>		<b>11,00</b>
1	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	Lengkap	2,00	Lengkap	2,00
2	Laporan Keuangan Berdasarkan SAK	2	Tepat Waktu	2,00	Tepat Waktu	2,00
3	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU SP3B BLU)	2	Tepat Waktu	2,00	Tepat Waktu	2,00
4	Tarif Layanan	1	Ada	1,00	Ada	1,00
5	Sistem Akuntansi	1	Ada	1,00	Ada	1,00
6	Persetujuan Rekening	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
7	Standard Operating Procedure (SOP) Pengelolaan Kas	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
8	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
9	SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
10	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
11	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	Ada	0,50	Ada	0,50
<b>TOTAL</b>		30		<b>25,25</b>		<b>22,87</b>

**Tabel 21.** Indikator Kinerja Operasional Dan Indikator Mutu Dan Manfaat Bagi Masyarakat

NO	KEGIATAN	OUTPUT	SKOR	Tahun 2023		Tahun 2024	
				Haper	Skor	Haper	Skor
A		UNIT PELAYANAN	<b>35</b>		<b>33,75</b>		<b>31,50</b>
3	Meningkatkan Kinerja Layanan	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>	<b>18</b>		<b>16,75</b>		<b>15,00</b>
		Rata-rata kunjungan RJ / hari	2	1,09	1,50	1,11	2,00
		Rata-rata kunjungan Rawat Darurat / hari	2	1,23	2,00	1,08	1,50
		Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	1,19	2,00	1,05	1,50
		Pemeriksaan Radiologi / hari	2	1,11	2,00	1,10	2,00
		Pemeriksaan Laboratorium / hari	2	1,14	2,00	1,12	2,00
		Rata-rata operasi / hari	2	1,26	2,00	1,24	2,00
		Rata-rata Rehab Medik / hari	2	1,21	2,00	1,06	1,50
		Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	0,89	1,25	1,27	2,00
		Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan	2	1,49	2,00	0,87	0,50
		<b>Efisiensi Pelayanan</b>	<b>14</b>		<b>14,00</b>		<b>13,50</b>
		Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan	2	91	2,00	82,5	2,00
		Pengembalian Rekam Medik	2	100	2,00	100,0	2,00
		Angka Pembatalan Operasi	2	1,19	2,00	0,04	2,00
		Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	Per Juli 2019 RD tidak menggunakan Film Tetapi Menggunakan CD	2,00	Per Juli 2019 RD sudah tidak menggunakan Film Tetapi Menggunakan CD	2,00
		Penulisan Resep sesuai Formularium	2	100	2,00	100,0	2,00
		Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,8	2,00	0,87	2,00
BOR (%)	2	77,3	2,00	81,0	1,50		
		<b>Pertumbuhan Pembelajaran</b>	<b>3</b>		<b>3,00</b>		<b>3,00</b>
		Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1	0,85	1,00	0,8	1,00
		Persentase Dokdiknis yang Mendapat TOT	1	0,00	1,00	100	1,00
		Program <i>Reward</i> dan <i>Punishment</i>	1	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00

4	Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat		<b>35</b>		<b>28,70</b>		<b>30,28</b>
		<b>Mutu Pelayanan</b>	<b>14</b>		<b>11,00</b>		<b>12,00</b>
		Emergency response time rate	2	5,76	2,00	4,9	2,00
		Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	59,34	1,50	34,1	1,50
		LOS (hari)	2	5,26	1,50	5,1	1,50
		Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	18,35	1,00	10,7	1,50
		Waktu tunggu sebelum operasi	2	1,75	2,00	1,7	2,00
		Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	4,49	1,50	4	1,50
		Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	3,5 jam	1,50	3 Jam	2,00
		<b>Mutu Klinik</b>	<b>12</b>		<b>9,25</b>		
		Angka Kematian di Gawat Darurat	2	2,59	1,50	0,9	2,00
		Angka Kematian/Kebutaan $\geq$ 48 jam	2	66,53	0,00	63,9	1,00
		<i>Post Operative Death Rate</i>	2	0,00	2,00	0,00	2,00
		Angka Infeksi Nosokomial :	4		<b>3,75</b>		<b>3,75</b>
		- Infeksi Dekubitus		0,20	1,00	0,07	1,00
		- Infeksi Phlebitis		4,75	0,75	2,62	0,75
		- Infeksi Saluran Kemih		0,35	1,00	0,27	1,00
		- Infeksi Luka Operasi		0,03	1,00	0,15	1,00
		Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	0,00	2,00	0,00	2,00
			<b>Kepedulian terhadap Masyarakat</b>	<b>4,00</b>		<b>4,00</b>	
	Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan lain	1	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00	
	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00	Ada program di laksanakan sepenuhnya	1,00	
	Ratio tempat tidur kelas III	2	80,0	2,00	85,87	2,00	
	<b>Kepuasan Pelanggan</b>	<b>2</b>		<b>1,85</b>			
	Penanganan Pengaduan / Komplain	1	100,00	1,00	100,00	1,00	
	Kepuasan Pelanggan	1	85,0	0,85	93,00	0,93	
	<b>Kepedulian Terhadap Lingkungan</b>	<b>3</b>		<b>2,60</b>			
	Kebersihan Lingkungan (Hasil Penilaian Rumah Sakit Berseri)	2	9115	2,00	9530	1,00	
	Proper Lingkungan (KLH)	1	biru	2,00	Biru	0,60	
	<b>TOTAL INDIKATOR PELAYANAN</b>	<b>70</b>		<b>62,45</b>		<b>61,78</b>	
	<b>TOTAL INDIKATOR KEUANGAN, PELAYANAN&amp;MUTU MANFAAT KEPADA MASYARAKAT</b>	<b>100</b>		<b>87,70</b>		<b>84,65</b>	

Dari tabel 5.3a di atas terlihat bahwa total nilai indikator BLU tahun 2024 adalah **84,65**, mengalami penurunan dibandingkan tahun 2023 dengan total capaian **87,70**. Berdasarkan klasifikasi penilaian indikator BLU maka Rumah Sakit Kanker Dharmais berada pada kategori tingkat kesehatan BLU AA (tinggi).

1. Indikator kinerja keuangan di tahun 2024 mencapai skor **22,87**, lebih rendah bila dibandingkan capaian tahun 2023 dengan skor **25,25** (dari skor maksimal 30).
2. Indikator kinerja Pelayanan (kinerja operasional dan mutu manfaat bagi masyarakat) tahun 2024 dengan skor **61,78** lebih rendah bila dibandingkan tahun 2023 dengan skor **62,45** (dari skor maksimal 70).

4. Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) tahun 2024

Tabel 22. Perbandingan Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) tahun 2024

No	Indikator Kinerja Terpilih	NILAI STANDAR 2024				TARGET 2024				REALISASI		REALISASI		REALISASI		REALISASI	
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV	Triwulan I 2024		Triwulan II 2024		Triwulan III 2024		Triwulan IV 2024	
										Haper	CN	Haper	CN	Haper	CN	Haper	CN
1	Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (PB)	75	75	75	75	90	90	90	95	114,07	124,05	88,14	106,76	91,93	109,29	89,0	106,88
2	Persentase Pencapaian Target PNPB BLU	15	40	60	100	15	40	60	100	15	100	56	120	90	125,00	108,00	104,00
3	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	97,14	3,4	98,57	5	121,43	4,20	110,00
4	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	93,75	99	103,36	91,74	98,93	100	103,33	100,00	103,33
5	Persentas SDM Pemberi Layanan Yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	20	40	60	80	20	40	60	80	35,21	138,03	35,21	94,01	78,87	115,73	78,87	99,29
6	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (BIOS)	100	100	100	100	105	110	115	120	142	123,14	120,75	109,89	122,75	110,87	122,50	131,25
7	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	76,61	76,61	76,61	N/A	80	N/A	80	N/A		85,99	107,26	N/A		93,00	112,52
8	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	60	70	75	80	50	55	60	65	58	162,93	64,84	102,16	80,12	112,12	84,02	110,06
9	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	80	80	80	80	80	80	80	80	91,53	108,65	93	109,75	91,00	108,25	90,00	107,50
10	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan	80	80	80	80	80	80	80	80	100	115	100	115	100	115,00	100,00	115,00

	Kemoterapi di Rawat Jalan ( One Day Care ) dengan Clinical Pathway																
11	Overall Treatment Time (TOT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna tanpa Booster) 40 Hari	80	80	80	80	80	80	80	80	100,00	115,00	96,00	112,00	100,00	112,75	97,00	112,75
NILAI IKT											<b>118,7</b>		<b>106,76</b>		<b>113,38</b>		<b>110,23</b>
HASIL KONVERSI CN											<b>2,00</b>		<b>1,80</b>		<b>2,00</b>		<b>2,00</b>

**5. Capaian Program Rumah Sakit Bersih**
**Tabel 23. Realisasi Hasil Program Rumah Sakit Bersih**

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	Jumlah
1	Kebersihan Fisik Halaman	10	<b>Kebersihan Fisik Halaman</b>	<b>99</b>	<b>990</b>
			a. Tersedia tempat sampah tertutup yang mudah dijangkau	10	100
			b. Tidak ada sampah berserakan	10	100
			b. Tidak terdapat genangan air	10	100
			d. Terdapat pohon peneduh	5	50
			e. Pembatas jalan selalu bersih dari noda dan kotoran	10	100
			f. Pagar pembatas selalu bersih	10	100
			g. Tersedia penerangan luar ruangan ( <i>outdoor</i> )	10	100
			h. Tersedia kran air untuk pembersihan dan penyiraman	10	100
			i. Saluran air lancar	10	100
			j. Tidak ditemukan binatang pengganggu, seperti kucing, tikus, anjing, dll	4	40
			k. Taman terpelihara	10	100
2	Kebersihan Fisik Bangunan	10	<b>Kebersihan Fisik Bangunan (secara umum dari semua ruangan)</b>	<b>99</b>	<b>990</b>
			a. Tidak terdapat sampah berserakan	10	100
			b. Lantai bersih dan tidak licin	10	100
			c. Dinding berwarna terang dan bersih	10	100
			d. Ventilasi udara cukup atau menggunakan peralatan mekanik	10	100
			e. Sirkulasi udara baik disetiap bangunan	10	100
			f. Langit-langit bersih dan tidak bocor	10	100
			g. Penerangan cukup disetiap ruangan	10	100
			h. Instalasi kabel dan pipa rapi	10	100
			i. Bebas serangga dan binatang pengganggu	4	40
			j. Tidak berdebu	5	50
			k. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun/desinfektan	10	100
3	Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi	10	<b>Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi (secara umum dari semua toilet)</b>	<b>87</b>	<b>870</b>
			a. Tersedia toilet yang cukup untuk pasien, pengunjung, dan petugas serta berfungsi dengan baik	15	150
			b. Toilet bersih, tidak berbau, dan kering	15	150
			c. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun	20	200
			d. Bebas dari serangga pengganggu	9	90
			e. Kemiringan lantai cukup	9	90
			f. Tidak terdapat genangan air	9	90
			g. Sirkulasi udara baik	10	100
4	Penanganan Sampah	10	<b>Penanganan Sampah</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>
			a. Adanya pemilahan antara sampah medis dan non-medis	20	200
			b. Sampah tidak berserakan	20	200
			c. Tempat sampah tertutup dan dilapisi kantong plastik sesuai jenis sampah	20	200
			d. Tersedia tempat penampungan sementara dan diangkut setiap hari	20	200
			e. Tersedia fasilitas pemusnahan sampah medis atau bekerja sama dengan pihak ketiga	20	200
5	Ketersediaan Air Bersih	10	<b>Ketersediaan Air Bersih</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>
			a. Tersedia air bersih yang cukup untuk setiap kegiatan	50	500
			b. Kualitas air bersih memenuhi syarat	50	500
6	Hygiene dan Sanitasi Pangan	10	<b>Hygiene dan Sanitasi Pangan (untuk pasien)</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>
			a. Makanan dikemas/disajikan dalam wadah bersih dan tertutup	50	500
			b. Penjamah makanan sehat, bersih, dan menggunakan APD	50	500
7	Pengolahan		<b>Pengolahan Limbah Cair</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>
			a. Memiliki IPAL	40	400

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	Jumlah
	Limbah Cair	10	b. Saluran air limbah tertutup dan lancar	30	300
			c. Kualitas outlet limbah cair memenuhi baku mutu	30	300
8	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	5	<b>Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu</b>	<b>87</b>	<b>430</b>
			a. Kepadatan jentik Aedes sp yang diamati melalui indeks kontainer harus 0	50	250
			b. Semua ventilasi dilengkapi dengan kasa anti nyamuk	0	0
			c. Semua ruangan bebas dari kecoa terutama pada dapur, gudang makanan, dan ruang steril	9	45
			d. Tidak ditemukannya tanda-tanda keberadaan tikus, terutama pada daerah bangunan tertutup	9	45
			e. Tidak ditemukan lalat di dalam ruang tertutup	10	45
			f. Tidak ditemukannya binatang pengganggu	9	45
9	Pelestarian Lingkungan	5	<b>Pelestarian Lingkungan</b>	<b>100</b>	<b>500</b>
			a. Terdapat pohon pelindung yang cukup	30	150
			b. Terdapat biopori	30	150
			c. Adanya pembuatan pupuk kompos	30	150
			d. Efisiensi penggunaan air	10	50
10	Gerakan Kebersihan	5	<b>Gerakan Kebersihan</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
			a. Adanya Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya		
			b. Adanya kebijakan tertulis mengenai Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya		
11	Edukasi Perilaku Sehat	10	<b>Edukasi Perilaku Sehat</b>	<b>100</b>	<b>1000</b>
			Adanya media promosi tentang kebersihan (memasang himbauan, stiker, poster, leaflet tentang kebersihan, larangan merokok, CTPS, dilarang meludah sembarangan)		
			a. Seluruh lingkungan RS	100	1000
			b. Sebagian	0	0
12	Penyelenggaraan	5	<b>Penyelenggaraan</b>	<b>100</b>	<b>500</b>
			a. Memiliki unit kerja kebersihan	20	100
			b. Petugas kebersihan profesional dan bertanggung jawab	10	50
			c. Memiliki program pemeliharaan kebersihan	20	100
			d. Melaksanakan monitoring rutin	20	100
			e. Melaksanakan pencatatan	10	50
			f. Memiliki dukungan kebijakan tertulis direksi rumah sakit tentang upaya-upaya dalam mencapai rumah sakit bersih	20	100
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	<b>9530</b>

**KETERANGAN :**

 Total Nilai : **9.530**

Kesimpulan :

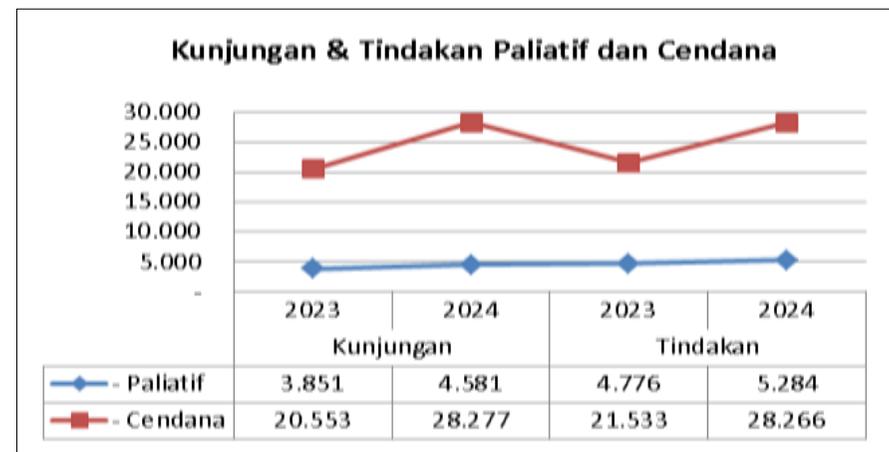
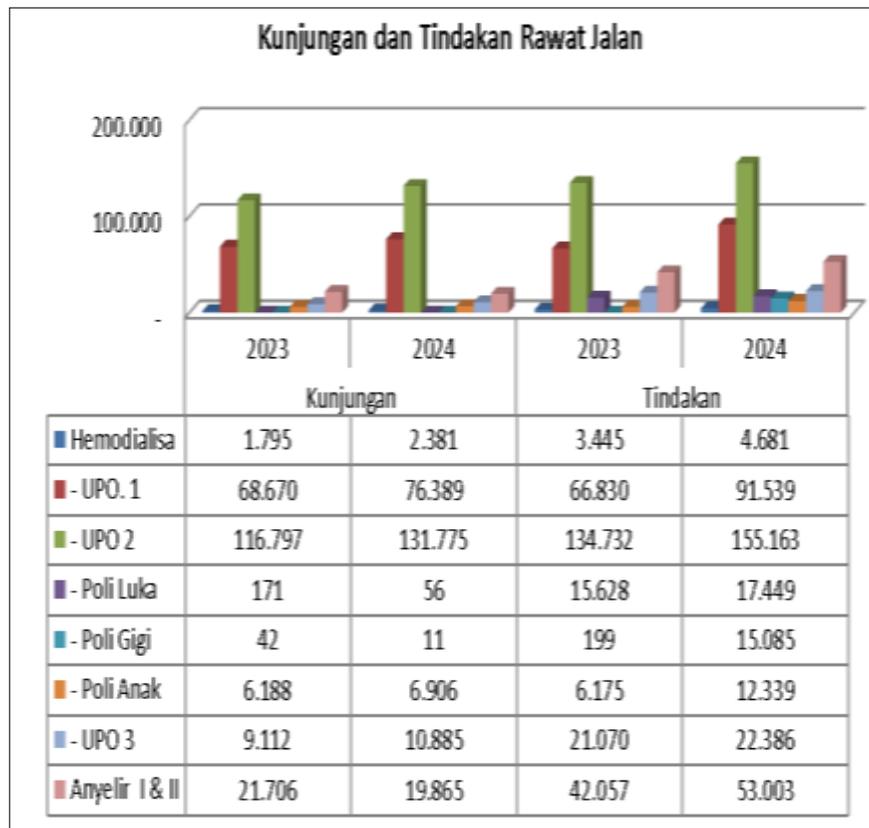
- 1) < 5.000 : Buruk
- 2) 5.000 – 7.500 : Sedang
- 3) > 7.500 : Bersih

Dari tabel di atas terlihat bahwa total nilai perolehan rumah sakit bersih (Gerakan Indonesia Berseri) adalah : 9,530 poin. Berdasarkan klasifikasi penilaian maka Rumah Sakit Kanker Dharmais berada pada nilai lebih besar (>) dari 7.500 poin atau masuk dalam kelompok rumah sakit **“BERSIH”**.

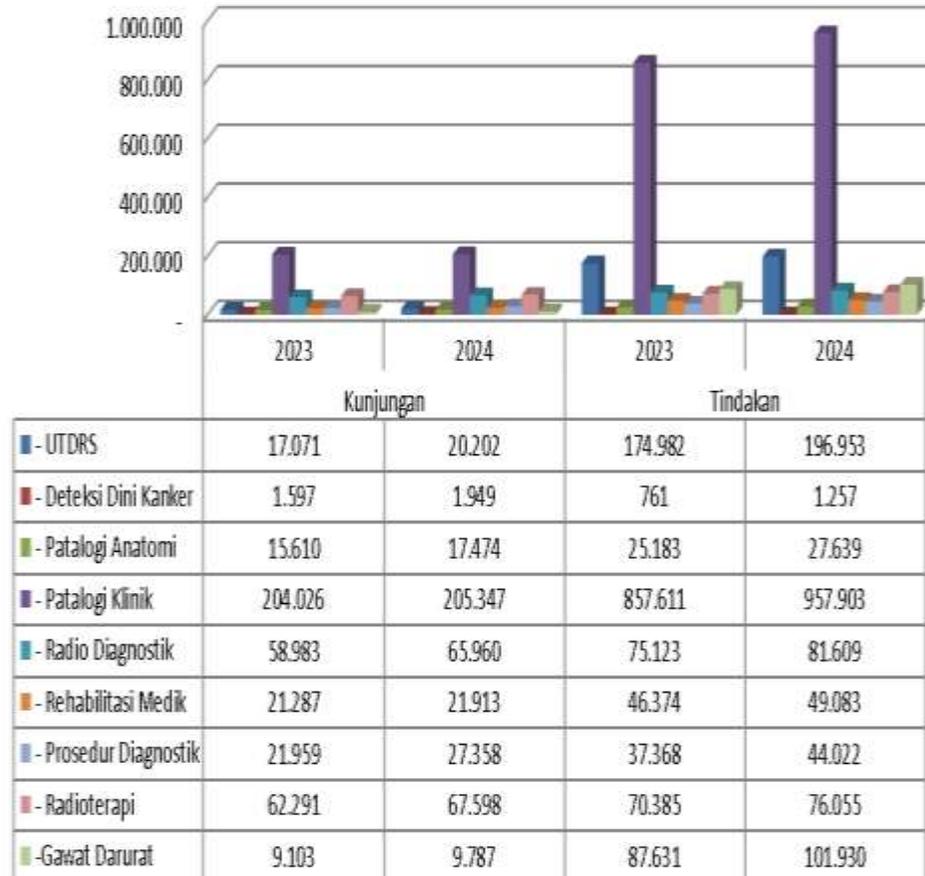
**B. Capaian Produktivitas Layanan Tahun 2024**

**a Kunjungan dan Tindakan Layanan Rawat Jalan, Paliatif, Cendana, Pengunjung dan Penunjang, Bedah Sentral**

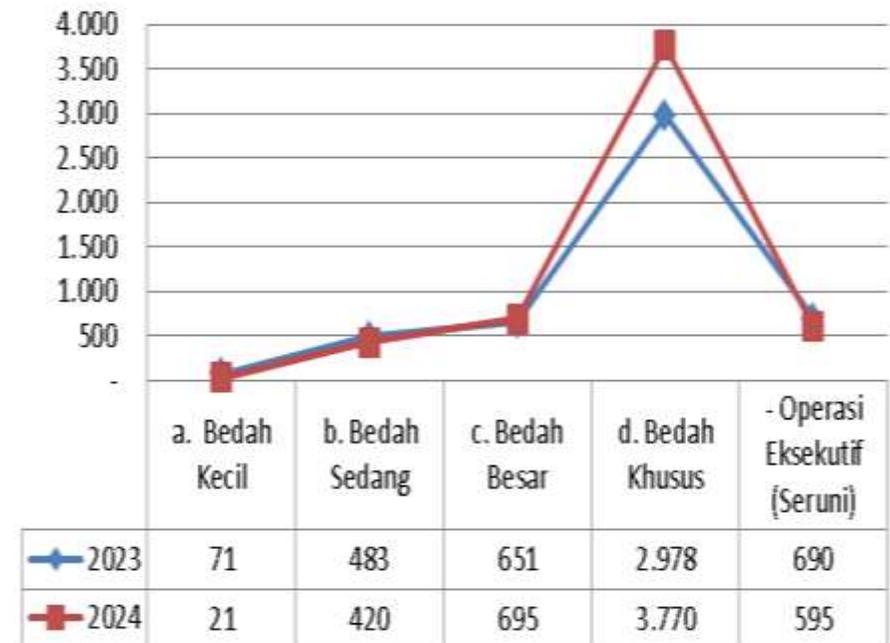
**Grafik 5.** Kunjungan dan Tindakan Layanan Rawat Jalan, Paliatif, Cendana, Pengunjung dan Penunjang, Bedah Sentral



### Kunjungan & Tindakan Penunjang



### Layanan Bedah Sentral



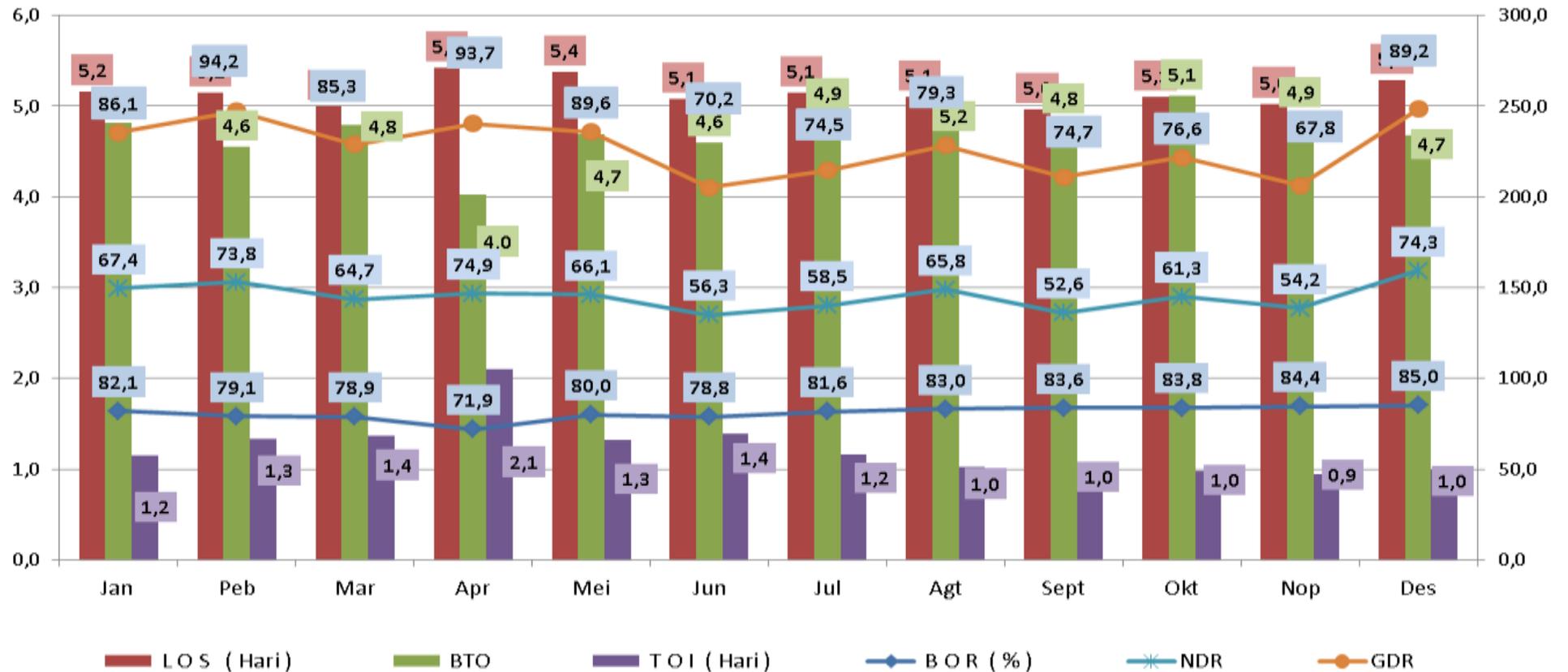
**b. Produktivitas Rawat Inap tahun 2024**

**Tabel 24.** Produktivitas Rawat Inap Tahun 2024

Jenis Pelayanan	Jan-24	Feb-24	Mar-24	Apr-24	Mei-24	Jun-24	Jul-24	Agust-24	Sep-24	Okt-24	Nop-24	Des-24	Tahun 2024
<b>B. RAWAT INAP</b>													
Jumlah Tempat Tidur	345	345	345	345	345	344	345	345	345	345	345	345	345
Jumlah Bed sebulan (Manual)	10.695	10.034	10.695	10.350	10.695	10.320	10.695	10.695	10.350	10.695	10.350	10.695	126.269
Pasien Awal	200	299	274	277	292	262	274	289	270	288	307	290	3.322
Pasien Masuk	1.746	1.542	1.651	1.398	1.582	1.575	1.699	1.676	1.691	1.771	1.670	1.606	19.607
Pasien Pindahan	416	408	431	353	414	379	438	547	427	432	441	373	5.059
Pasien Dipindahkan	416	407	431	351	414	380	438	467	427	431	440	373	4.975
<b>Pasien Keluar Hidup</b>	1.518	1.423	1.512	1.258	1.473	1.470	1.566	1.636	1.548	1.628	1.582	1.471	18.085
<b>Pasien keluar meninggal</b>	143	148	141	130	145	111	126	141	125	135	115	144	1.604
Pasien Keluar Meninggal < 48 jam	31	32	34	26	38	22	27	24	37	27	23	24	345
Pasien Keluar Meninggal > 48 jam	112	116	107	104	107	89	99	117	88	108	92	120	1.259
Pasien Keluar Hidup + Meninggal	1.661	1.571	1.653	1.388	1.618	1.581	1.692	1.777	1.673	1.763	1.697	1.615	19.689
Pasien Akhir	297	275	276	292	261	271	288	266	293	303	289	287	3.398
Lama Dirawat	8.574	8.081	8.261	7.526	8.699	8.027	8.710	9.059	8.306	8.988	8.526	8.535	101.292
Hari Rawat	8.777	7.937	8.438	7.441	8.551	8.128	8.729	8.882	8.654	8.966	8.740	9.093	102.336
B O R ( % )	82,1	79,1	78,9	71,9	80,0	78,8	81,6	83,0	83,6	83,8	84,4	85,0	81,0
L O S ( Hari )	5,2	5,1	5,0	5,4	5,4	5,1	5,1	5,1	5,0	5,1	5,0	5,3	5,1
T O I ( Hari )	1,2	1,3	1,4	2,1	1,3	1,4	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,2
BTO	4,8	4,6	4,8	4,0	4,7	4,6	4,9	5,2	4,8	5,1	4,9	4,7	1,0
NDR	67,4	73,8	64,7	74,9	66,1	56,3	58,5	65,8	52,6	61,3	54,2	74,3	63,9
GDR	86,1	94,2	85,3	93,7	89,6	70,2	74,5	79,3	74,7	76,6	67,8	89,2	81,5
Perincian Jml Hari Perawatan													
<b>a . Perawatan Biasa</b>													
- Anggrek I	346	278	340	250	306	194	230	204	256	275	286	312	3.277
- Anggrek II	1.185	1.017	1.103	1.014	1.155	1.074	1.140	1.165	1.128	1.176	1.100	1.172	13.429
- Mawar I	991	907	959	871	980	966	1.015	978	968	1.012	934	986	11.567
- Mawar II	270	296	321	311	307	269	330	379	337	408	332	377	3.937
- Melati	1.131	1.028	1.087	943	1.077	1.050	1.130	1.150	1.116	1.159	1.103	1.144	13.118
- Cempaka	1.663	1.466	1.526	1.294	1.499	1.507	1.652	1.667	1.654	1.632	1.660	1.690	18.910
- Anak	795	772	823	740	816	765	798	775	744	785	769	820	9.402

- Teratai	376	327	321	325	379	360	373	374	361	371	355	343	4.265
<b>Jumlah Perawatan Biasa</b>	<b>6.757</b>	<b>6.091</b>	<b>6.480</b>	<b>5.748</b>	<b>6.519</b>	<b>6.185</b>	<b>6.668</b>	<b>6.692</b>	<b>6.564</b>	<b>6.818</b>	<b>6.539</b>	<b>6.844</b>	<b>77.905</b>
<b>b. Perawatan Isolasi</b>													
- RIIM	89	91	86	86	88	82	97	102	88	88	73	93	1.063
- RIRA	43	44	63	39	46	63	50	92	76	71	98	76	761
- Tulip / Ruang Isolasi Non	1.358	1.234	1.295	1.097	1.380	1.317	1.379	1.429	1.393	1.394	1.416	1.446	16.138
<b>Jumlah Perawatan Isolasi</b>	<b>1.490</b>	<b>1.369</b>	<b>1.444</b>	<b>1.222</b>	<b>1.514</b>	<b>1.462</b>	<b>1.526</b>	<b>1.623</b>	<b>1.557</b>	<b>1.553</b>	<b>1.587</b>	<b>1.615</b>	<b>17.962</b>
<b>Jumlah Perawatan RI + Isolasi</b>	<b>8.247</b>	<b>7.460</b>	<b>7.924</b>	<b>6.970</b>	<b>8.033</b>	<b>7.647</b>	<b>8.194</b>	<b>8.315</b>	<b>8.121</b>	<b>8.371</b>	<b>8.126</b>	<b>8.459</b>	<b>95.867</b>
<b>c. Perawatan Khusus</b>													
ICU dengan ventilator (Medical)	200	169	194	189	184	178	175	232	213	237	232	242	2.445
ICU dengan ventilator (Surgical)	238	214	234	185	233	197	250	244	241	269	280	285	2.870
- PICU	92	93	86	97	101	106	110	91	79	89	102	107	1.153
<b>Jumlah Perawatan Khusus</b>	<b>530</b>	<b>476</b>	<b>514</b>	<b>471</b>	<b>518</b>	<b>481</b>	<b>535</b>	<b>567</b>	<b>533</b>	<b>595</b>	<b>614</b>	<b>634</b>	<b>6.468</b>
<b>Total Jumlah Hari Perawatan</b>	<b>8.777</b>	<b>7.936</b>	<b>8.438</b>	<b>7.441</b>	<b>8.551</b>	<b>8.128</b>	<b>8.729</b>	<b>8.882</b>	<b>8.654</b>	<b>8.966</b>	<b>8.740</b>	<b>9.093</b>	<b>102.335</b>
<b>Perincian Jml BOR per Kis ( % )</b>													
<b>a . Perawatan Biasa</b>													
- Anggrek I	69,8%	59,9%	68,5%	52,1%	61,7%	40,4%	46,4%	41,1%	53,3%	55,4%	59,6%	62,9%	56,0%
- Mawar I	88,8%	86,9%	85,9%	80,6%	87,8%	89,4%	90,9%	87,6%	89,6%	90,7%	86,5%	88,4%	87,8%
- Anggrek II	86,9%	79,7%	80,9%	76,8%	84,7%	81,4%	83,6%	85,4%	85,5%	86,2%	83,3%	85,9%	83,4%
- Mawar II	45,8%	53,7%	54,5%	54,6%	52,1%	47,2%	56,0%	64,3%	59,1%	69,3%	58,2%	64,0%	56,6%
- Cempaka	86,5%	81,5%	79,4%	69,6%	78,0%	81,0%	86,0%	86,7%	88,9%	84,9%	89,2%	87,9%	83,3%
- Anak	85,5%	88,7%	88,5%	82,2%	87,7%	85,0%	85,8%	83,3%	82,7%	84,4%	85,4%	88,2%	85,6%
- Melati	86,9%	84,4%	83,5%	74,8%	82,7%	83,3%	86,8%	88,3%	88,6%	89,0%	87,5%	87,9%	85,3%
- Teratai	86,6%	80,5%	74,0%	77,4%	87,3%	85,7%	85,9%	86,2%	86,0%	85,5%	84,5%	79,0%	83,2%
<b>b. Perawatan Isolasi</b>													
- RIIM	71,8%	78,4%	69,4%	71,7%	71,0%	68,3%	78,2%	82,3%	73,3%	71,0%	60,8%	75,0%	72,6%
- RIRA	34,7%	37,9%	50,8%	32,5%	37,1%	52,5%	40,3%	74,2%	63,3%	57,3%	81,7%	61,3%	52,0%
- Anggrek II	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tulip / Ruang Isolasi Non	87,6%	85,1%	83,5%	73,1%	89,0%	87,8%	89,0%	92,2%	92,9%	89,9%	94,4%	93,3%	88,2%
<b>c. Perawatan Khusus</b>													
ICU dengan ventilator (Medical)	92,2%	83,3%	89,4%	90,0%	84,8%	84,8%	80,6%	106,9%	101,4%	109,2%	110,5%	111,5%	95,4%
ICU dengan ventilator (Surgical)	59,1%	56,8%	58,1%	47,4%	57,8%	54,7%	62,0%	60,5%	61,8%	66,7%	71,8%	70,7%	60,7%
- PICU	74,2%	80,2%	69,4%	80,8%	81,5%	88,3%	88,7%	73,4%	74,0%	71,8%	85,0%	86,3%	78,8%

PRODUKTIVITAS RAWAT INAP TAHUN 2024



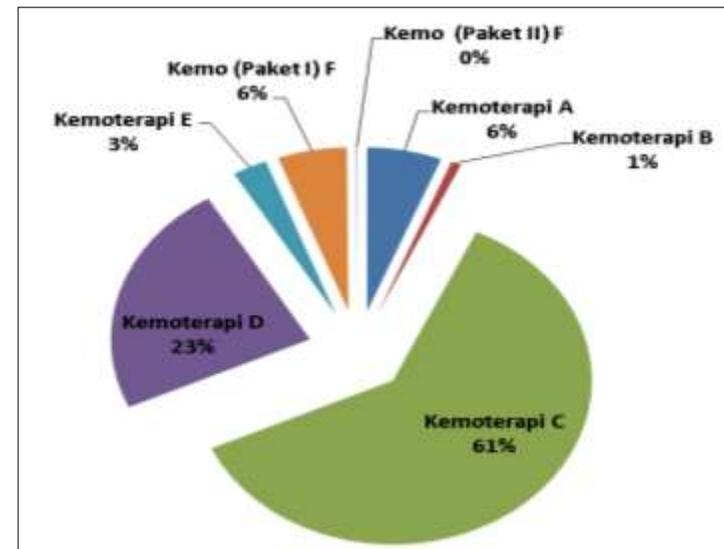
Grafik 6. Produktifitas Rawat Inap Tahun 2024

Layanan Kemoterapi Tahun 2024

Tabel 25. Layanan Kemoterapi Tahun 2024

No	Keterangan	Jan-24	Feb-24	Mar-24	Apr-24	Mei-24	Jun-24	Jul-24	Agust-24	Sep-24	Okt-24	Nop-24	Des-24	Jumlah
1	Kemo A	77	81	77	63	71	86	102	96	80	81	83	88	985
2	Kemo B	9	13	22	15	13	13	11	11	4	7	10	6	134
3	Kemo C	757	742	780	671	723	788	910	963	878	955	890	891	9948
4	Kemo D	323	276	330	295	283	274	342	319	317	331	327	355	3772
5	Kemo E	45	38	36	16	35	50	43	32	37	40	40	44	456
6	Kemo (Paket I) F	72	64	75	82	79	57	81	89	95	83	56	79	912
7	Kemo (Paket II) F	1	1	0	1	1	2	5	0	0	3	4	2	20
	<b>Jumlah</b>	<b>1.284</b>	<b>1.215</b>	<b>1.320</b>	<b>1.143</b>	<b>1.205</b>	<b>1.270</b>	<b>1.494</b>	<b>1.510</b>	<b>1.411</b>	<b>1.500</b>	<b>1.410</b>	<b>1.465</b>	<b>16.227</b>

Grafik 7. Layanan Kemoterapi Tahun 2024

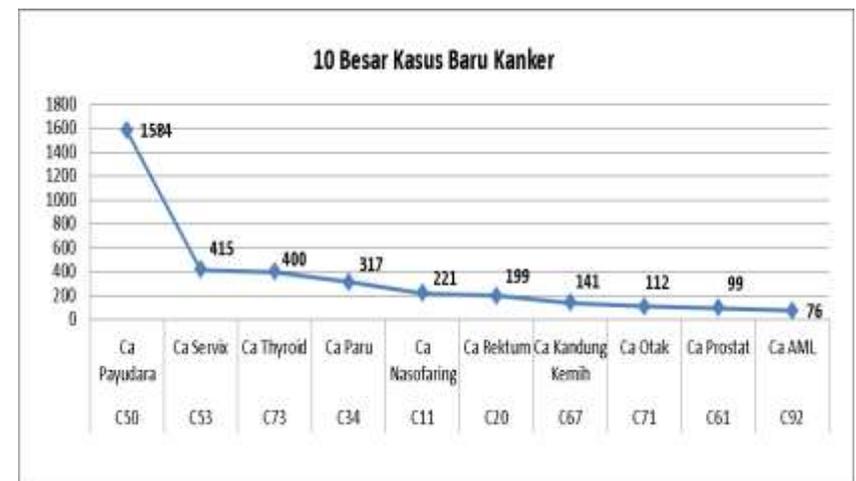
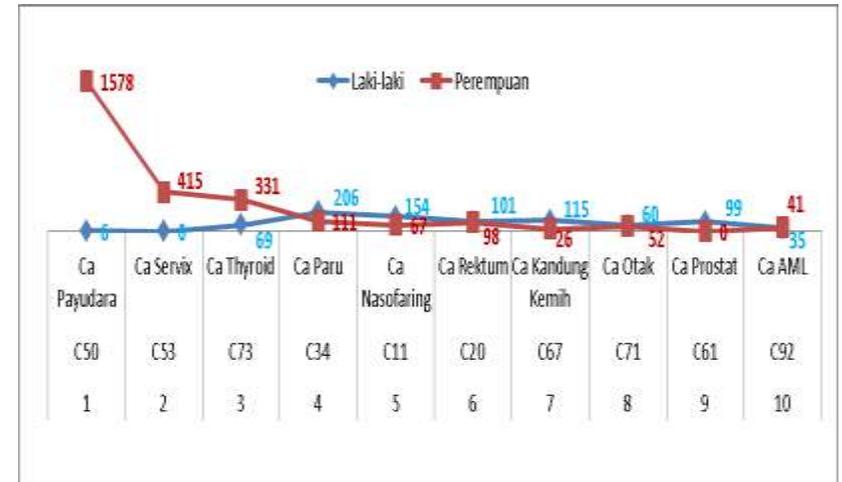


**II. Sepuluh Besar Kasus Baru Kanker Tahun 2024**

**Tabel 26.** Sepuluh Besar Kasus Kanker Baru Tahun 2024

No Urut Kasus Kanker	Kode ICD-10	Keterangan	Jenis Kelamin		Jumlah
			Laki-laki	Perempuan	
1	C50	Ca Payudara	6	1578	1584
2	C53	Ca Servix	0	415	415
3	C73	Ca Thyroid	69	331	400
4	C34	Ca Paru	206	111	317
5	C11	Ca Nasofaring	154	67	221
6	C20	Ca Rektum	101	98	199
7	C67	Ca Kandung Kemih	115	26	141
8	C71	Ca Otak	60	52	112
9	C61	Ca Prostat	99	0	99
10	C92	Ca AML	35	41	76
<b>Jumlah</b>			<b>845</b>	<b>2719</b>	<b>3564</b>

**Grafik 8.** Sepuluh Besar Kasus Kanker Baru Tahun 2024



**C. Konservasi Energi Tahun 2024**
**Tabel 27. Konservasi Energi**

NO	URAIAN	DATA PEMAKAIAN & BIAYA ENERGI												Rata-Rata
		JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
1	<b>SOLAR</b>													
	- Pemakaian 2024 (Liter/Bulan)	16.850	14.860	17.900	15.040	17.010	15.850	16.830	16.800	16.360	17.170	16.820	14.500	16.333
	- Rata-rata Pemakaian per-hari 2024 (Liter)	543,55	530,71	577,42	501,33	548,71	528,33	542,90	541,94	545,33	553,87	560,67	467,74	536,88
	- Rata-rata Pemakaian 2023 (Liter)	479,58	523,93	469,68	409,67	532,26	463,67	480,32	508,06	533,33	521,94	526,00	507,42	496,32
	- Biaya Pengadaan Solar 2024 (Rp)	330.132.000	331.913.000	334.584.000	163.285.000	318.557.000	313.214.000	320.338.000	318.557.000	311.434.000	296.297.000	298.078.000	Tidak ada pengadaan	303.308.091
	- Biaya Pengadaan Solar 2025 (Rp)	424.514.000	426.295.000	405.816.000	390.679.000	380.885.000	356.160.000	341.914.000	379.104.000	385.543.000	389.995.000	374.858.000	298.968.000	379.560.917
	- Efisiensi Biaya Pengadaan Solar (%)	22%	22%	18%	58%	16%	12%	6%	16%	19%	24%	20%	#VALUE!	0,21
	- Efisiensi Pemakaian Solar (%)	-13%	-1%	-23%	-22%	-3%	-14%	-13%	-7%	-2%	-6%	-7%	8%	-0,1
2	<b>LISTRIK</b>													
	- Pemakaian (KWh/Bulan)	1.293.600	1.280.600	1.195.720	1.296.840	1.289.880	1.372.124	1.268.900	1.321.308	1.362.712	1.312.492	1.411.520	1.306.196	1.309.324
	- Rata-rata Pemakaian 2024 (KWh/Bulan)	41729,03	45735,71	38571,61	43228,00	41609,03	45737,47	40932,26	42622,84	45423,73	42338,45	47050,67	42135,35	43092,85
	- Rata-rata Pemakaian 2023 (KWh/Bulan)	40425,81	45328,57	37247,74	43268,00	40387,74	45243,87	40629,42	40873,03	44315,27	41385,58	45909,10	41824,10	42236,52
	- Biaya Pemakaian Listrik 2024 (Rp)	1.022.634.900	1.011.492.300	945.562.800	1.026.368.700	1.020.415.200	1.086.816.570	1.004.687.670	1.045.668.330	1.078.653.660	1.038.194.850	1.116.832.500	1.033.385.010	1.035.892.708
	- Biaya Pemakaian Listrik 2023 (Rp)	990.927.000	1.004.686.200	913.957.800	1.027.441.800	990.750.600	1.077.016.800	997.684.140	1.004.837.802	1.052.884.502	1.013.757.522	1.090.643.802	1.025.522.382	1.015.842.529
	- Efisiensi Biaya Pemakaian per-bulan (%)	-3%	-1%	-3%	0%	-3%	-1%	-1%	-4%	-2%	-2%	-2%	-1%	-0,02
	- Efisiensi Pemakaian Listrik (%)	-3%	-1%	-4%	0%	-3%	-1%	-1%	-4%	-3%	-2%	-2%	-1%	-0,02

Gedung komersial seperti perkantoran, hotel, pusat perbelanjaan (mall), rumah sakit terus meningkat jumlahnya khususnya di kota- kota besar seiring dengan pertumbuhan ekonomi.

Pertambahan jumlah gedung komersial tersebut tentu saja membutuhkan energi yang handal dan berkelanjutan yang menjadi tugas berat bagi pemerintah dalam penyediannya. Di sisi lain, gedung komersial dalam menggunakan energi bertanggung jawab untuk dapat melaksanakan konservasi energi (hemat energi).

Peraturan Pemerintah Nomor 70 Tahun 2009 tentang Konservasi Energi menyebutkan bahwa pelaksanaan konservasi energi bukan hanya menjadi tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah namun juga menjadi tanggung jawab pengusaha dan masyarakat. Selain itu juga disebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan insentif bagi pengguna energi yang berhasil melaksanakan konservasi energi dan disinsentif (pinalti) bagi pengguna energi yang tidak melaksanakan konservasi energi.

Adapun hasil penghematan energi yang telah diperoleh, berdasarkan tabel rincian efisiensi energi (terlampir) sebagai berikut :

1. Penghematan biaya pemakaian Solar sebesar -0,1%
2. Penghematan biaya pemakaian Listrik sebesar -0,02%

Sehubungan dengan hal tersebut, maka upaya untuk mengetahui data dan informasi terkait profil penggunaan energi dan status pelaksanaan konservasi energi di Rumah Sakit Kanker Dharmais secara berkala sangat dibutuhkan. Sebagaimana upaya-upaya yang telah dilakukan sepanjang tahun 2024, antara lain :

1. Membentuk tim hemat energi rumah sakit
2. Memberikan edukasi tentang implementasi penghematan energi
3. Membuat gerakan hemat energi
4. Melakukan monitoring efisiensi energi

**D. Sumber Daya Anggaran**

a) Tabel berikut adalah data program/ kegiatan dan sumber dana per 31 Desember 2024.

**Tabel 28. Realisasi Anggaran Tahun 2024**

No	Jenis Belanja		Anggaran	Realisasi 2024	
				Rp.	%
1	2		3	4	5
	<b>Sumber Dana Rupiah Murni</b>				
1	51	Belanja Pegawai	95.803.548.000	95.642.470.918	99,83
2	52	Belanja Barang	1.800.000.000	1.373.278.729	76,29
<b>Sub Total</b>			<b>97.603.548.000</b>	<b>97.015.749.647</b>	<b>99,40</b>
	<b>Sumber Dana PHLN</b>				
2	53	Belanja Modal	406.039.033.000	406.005.281.599	99,99
<b>Sub Total</b>			<b>406.039.033.000</b>	<b>406.005.281.599</b>	<b>99,99</b>
	<b>Sumber Dana BLU</b>				
1	52	Belanja Pegawai	321.532.232.000	335.506.822.991	104,35
2	52	Belanja Barang	631.912.717.000	576.590.331.503	91,25
3	53	Belanja Modal	235.319.394.000	208.218.265.122	88,48
		– Pengadaan Alat Medik	121.626.358.000	108.086.368.811	88,87
		– Pengadaan Mobil Ambulance	1.075.000.000	-	-
		– Alat Pengolah Data PIC SIM-RS	11.960.951.000	11.035.764.340	92,26
		– Software Anti Virus	1.416.891.000	592.861.000	41,84
		– Pembangunan Gedung Parkir Tahap 1	45.573.900.000	43.499.390.850	95,45
		– Renovasi Gedung Foodcourt	7.204.000.000	4.539.058.100	63,01
		– Peralatan Non Medik	33.111.870.000	30.956.695.365	93,49
		– Peralatan Kantor	8.465.955.000	5.607.799.900	66,24
		– Renovasi Gedung UTDRS	3.766.000.000	3.137.858.654	83,32
		– Renovasi Ruang RIIM	356.000.000	-	-
		– Konsultan DED IsDB	762.469.000	762.468.102	100,00
<b>TOTAL</b>			<b>1.188.764.343.000</b>	<b>1.120.315.419.616</b>	<b>94,24</b>
<b>TOTAL RM + PLN + BLU</b>			<b>1.692.406.924.000</b>	<b>1.623.336.450.862</b>	<b>95,92</b>

**b) Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNPB/BLU Tahun 2023 dan 2024**
**Tabel 29.** Realisasi Anggaran Rupiah Murni dan PNPB/BLU Tahun 2023 dan 2024

Jenis Belanja	TAHUN 2024			TAHUN 2023			Kenaikan	
	PAGU	REALISASI 2024	%	PAGU	REALISASI 2023	%	Rp.	%
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Rupiah Murni</b>	<b>97.603.548.000</b>	<b>97.015.749.647</b>	<b>99,40</b>	<b>74.333.339.000</b>	<b>74.191.634.950</b>	<b>99,81</b>	<b>22.824.114.697</b>	<b>30,76</b>
Belanja Pegawai	95.803.548.000	95.642.470.918	99,83	73.099.517.000	72.957.815.950	99,81	22.684.654.968	31,09
Belanja Barang	1.800.000.000	1.373.278.729	76,29	1.233.822.000	1.233.819.000	100,00	139.459.729	11,30
<b>PHLN</b>	<b>406.039.033.000</b>	<b>406.005.281.599</b>	<b>99,99</b>	<b>165.374.552.000</b>	<b>129.957.501.137</b>	<b>78,58</b>	<b>277.413.308.599</b>	<b>212,41</b>
Belanja Barang	-	-	0,00	5.104.019.000	1.365.528.137	26,75	-	-
Belanja Modal	406.039.033.000	406.005.281.599	99,99	160.270.533.000	128.591.973.000	80,23	277.413.308.599	215,73
<b>PNBP</b>	<b>1.188.764.343.000</b>	<b>1.120.315.419.617</b>	<b>94,24</b>	<b>872.535.866.000</b>	<b>849.423.341.024</b>	<b>97,35</b>	<b>270.892.078.593</b>	<b>31,89</b>
Belanja Pegawai	321.532.232.000	335.506.822.991	104,35	269.455.000.000	269.337.783.425	99,96	66.169.039.566	24,57
Belanja Barang	631.912.717.000	576.590.331.503	91,25	488.052.998.000	472.576.075.187	96,83	104.014.256.316	22,01
Belanja Modal	235.319.394.000	208.218.265.123	88,48	115.027.868.000	107.509.482.412	93,46	100.708.782.711	93,67
<b>TOTAL</b>	<b>1.692.406.924.000</b>	<b>1.623.336.450.863</b>	<b>95,92</b>	<b>1.112.243.757.000</b>	<b>1.053.572.477.111</b>	<b>94,72</b>	<b>571.129.501.889</b>	<b>54,08</b>

**III. LAYANAN UNGGULAN**

Sebagai PKN RSKD, mempunyai layanan unggulan yang meliputi layanan:

1. Comprehensive BREAST Care Center
2. Comprehensive GYNECOLOGY Care Center
3. Comprehensive COLORECTAL Care Center
4. Comprehensive CHILDHOOD Malignancy Center
5. Comprehensive LUNG Care Center
6. Stem Cell Transplant
7. Biomedical and Genome Science initiative (BGSi).

Sejak tahun 2023 RSKD telah melaksanakan transplantasi sumsum tulang (TST)/ Stem Cell Transplant untuk 5 (lima) pasien dan tahun 2024 s.d Semester I sebanyak 3 (tiga) pasien.

---

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Evaluasi terhadap beberapa kegiatan dan indikator yang dituangkan dalam Laporan Tahunan ini merupakan perwujudan pertanggungjawaban kepada publik dan seluruh pemangku kepentingan terkait, disamping juga bertujuan untuk menilai pencapaian kinerja RSKD selama tahun 2024.

Dari perjanjian kinerja dan kontrak kinerja yang telah dibuat, telah dilakukan pengukuran evaluasi dengan beberapa simpulan sebagai berikut :

1. Indikator yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB), sebagai bahan Kontrak Kinerja/Penetapan Kinerja

Dari 63 (dua puluh sembilan) indikator RSB dan 5 indikator direktif, 55 (empat puluh sembilan) indikator telah mencapai/melebihi target. Masih terdapat 13 (tiga belas) indikator yang belum tercapai, yaitu :

- Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU
- Persentase nilai EBITDA Margin
- Employee Opinion Survey (EOS)
- Indeks integritas institusi
- Akreditasi Rumah Sakit
- Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (all cancer)
- Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker
- *Patient Managemen Time*
- Jumlah pasien baru non BPJS
- Kepatuhan penggunaan APD
- Kepatuhan identifikasi pasien
- Pelaporan hasil kritis laboratorium
- Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

2. Realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 99,40% realisasi pendapatan bersumber PNBPN/BLU sebesar 94,24% sedangkan realisasi pendapatan bersumber PHLN sebesar 99,99%.

#### **B. Rekomendasi**

1. Perhitungan target pendapatan BLU harus lebih cermat agar dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan oleh Kementerian Keuangan.
2. Peningkatan promosi pelayanan ke perusahaan bonafid dan asuransi swasta untuk meningkatkan pendapatan pasien umum/non BPJS.
3. Pemanfaatan hasil investasi belanja modal tahun 2024 semaksimal mungkin untuk meningkatkan pendapatan RSKD di tahun 2025.
4. Mengembangkan inovasi pelayanan baru agar mampu bersaing dengan kompetitor lain, baik RS swasta maupun RS pemerintah dengan unggulan kanker.
5. Mengoptimalkan peran RSKD sebagai Pusat Kanker Nasional dengan menguatkan jejaring kanker baik nasional dan internasional dengan selalu melakukan *improvement*

- berkelanjutan serta senantiasa memperkaya pengetahuan di bidang kanker.
6. Perbaiki tarif pelayanan RSKD sesuai dengan pengeluaran riil RSKD untuk meningkatkan pendapatan RS.
  7. Meningkatkan pendapatan dari pelayanan non JKN dan mencari peluang pendapatan diluar *core business* rumah sakit.

LAMPIRAN – LAMPIRAN :

1. Penetapan RSKD sebagai Pusat Kanker Nasional



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR HK.01.07/MENKES/531/2017

TENTANG  
PENETAPAN RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA SEBAGAI  
PUSAT KANKER NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Rencana Strategis Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta diarahkan menuju rumah sakit kelas dunia (*World Class Hospital*) dan membangun sistem pelayanan kanker secara berjenjang di seluruh Indonesia;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta sebagai Pusat Kanker Nasional;
- Mengingat : 1. Undang- Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

- 2 -

3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 4502);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 168/Menkes/Per/XII/ 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta;

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENETAPAN RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA SEBAGAI PUSAT KANKER NASIONAL.**

**KESATU** : Menetapkan Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta sebagai Rumah Sakit Pusat Kanker Nasional.

**KEDUA** : Penetapan Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta sebagai Pusat Kanker Nasional sebagaimana dimaksud Diktum KESATU merupakan perwujudan dan Rencana Strategis yang dijabarkan melalui Visi yaitu menjadi Pusat Rujukan Kanker Nasional yang setara tingkat Asia, dan Misi yaitu pelayanan kanker komprehensif, pendidikan berkesinambungan dan penelitian yang bertanggung jawab, serta terlaksananya registrasi kanker Nasional.

- 3 -

**KETIGA** : Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana penetapan kriteria, organisasi dan tata kerja dari Rumah Sakit Kanker Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**KEEMPAT** : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 1 November 2017

**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,**



**NILA FARID MOELOEK**

**2. Laporan Arus Kas Per 31 Desember 2024**

**LAPORAN ARUS KAS**  
**SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024 DAN 2023**  
 (dalam rupiah)



**KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA** : 024  
**ESELON I** : 04  
**WILAYAH/PROVINSI** :  
**SATUAN KERJA** : 548890  
**JENIS SATUAN KERJA** : K8

**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**  
**BA(024) ES1(04) DKI JAKARTA**  
**RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS" JAKARTA**

Kode Lap : LAK.SAT  
 Tanggal : 22/01/25 3:34 AM  
 Halaman : 1  
 Prg ID : lap\_lak\_satker\_poc  
 Tgl Data : 21/01/25 11:16 PM

URAIAN	2024	2023	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
AKTIVITAS OPERASI	0	0	0	0
<b>ARUS MASUK KAS OPERASI</b>	0	0	0	0
Pendapatan dari Alokasi APBN	503,021,031,246	204,095,761,621	298,925,269,625	146.46
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Masyarakat	966,176,836,911	785,596,643,211	180,580,193,700	22.99
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Entitas Lain	4,883,695,762	6,339,008,628	(1,455,312,866)	(22.96)
Pendapatan dari Hasil Kerja Sama	5,549,892,109	7,964,987,971	(2,415,095,862)	(30.32)
Pendapatan dari Hibah	5,012,955,533	0	5,012,955,533	0
Pendapatan Usaha Lainnya	29,030,929,271	21,931,612,258	7,099,317,013	32.37
Pendapatan dari Pengembalian Belanja BLU TAYL	0	0	0	0
Pendapatan PNPB Umum	101,795,810	13,342,520	88,453,290	662.94
<b>JUMLAH ARUS MASUK KAS OPERASI</b>	<b>1,513,777,136,642</b>	<b>1,025,941,356,209</b>	<b>487,835,780,433</b>	<b>47.55</b>
<b>ARUS KELUAR KAS OPERASI</b>	0	0	0	0
Pembayaran Pegawai	(412,252,034,840)	(342,295,599,375)	(69,956,435,465)	20.44
Pembayaran Barang	(29,328,535,353)	(28,885,728,099)	(442,807,254)	1.53
Pembayaran Jasa	(24,069,263)	0	(24,069,263)	0
Pembayaran Barang Menghasilkan Persediaan	(381,012,969,558)	(301,706,913,573)	(79,306,055,985)	26.29
Pembayaran Pemeliharaan	(53,537,060,871)	(30,629,097,110)	(22,907,963,761)	74.79
Pembayaran Perjalanan Dinas	(993,834,709)	(7,251,875,066)	6,258,040,357	(86.3)
Pembayaran Barang dan Jasa Kekhususan BLU	(131,964,399,547)	(105,716,528,492)	(26,247,871,055)	24.83
Pembayaran Bantuan Sosial	0	0	0	0
Pembayaran Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	0
Pembayaran Pengembalian Pendapatan BLU TAYL	0	0	0	0
Penyetoran PNPB ke Kas Negara	(407,445,806)	(285,330,243)	(122,115,563)	42.8
<b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS OPERASI</b>	<b>(1,009,520,349,947)</b>	<b>(816,771,071,958)</b>	<b>(192,749,277,989)</b>	<b>23.6</b>
<b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS OPERASI</b>	<b>504,256,786,695</b>	<b>209,170,284,251</b>	<b>295,086,502,444</b>	<b>141.07</b>
<b>AKTIVITAS INVESTASI</b>	0	0	0	0
<b>ARUS MASUK KAS INVESTASI</b>	0	0	0	0
Penjualan atas Tanah	0	0	0	0
Penjualan atas Peralatan dan Mesin	290,089,996	161,887,723	128,202,273	79.19
Penjualan atas Gedung dan Bangunan	0	0	0	0
Penjualan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan	0	0	0	0

**LAPORAN ARUS KAS**  
**SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024 DAN 2023**  
(dalam rupiah)



**KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA** : 024  
**ESELON I** : 04  
**WILAYAH/PROVINSI** :  
**SATUAN KERJA** : 548890  
**JENIS SATUAN KERJA** : K8

**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**  
**BA(024) ES1(04) DKI JAKARTA**  
**RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS" JAKARTA**

Kode Lap : LAK.SAT  
 Tanggal : 22/01/25 3:34 AM  
 Halaman : 2  
 Prg ID : lap\_lak\_satker\_poc  
 Tgl Data : 21/01/25 11:16 PM

URAIAN	2024	2023	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
Penjualan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya	15,560,000	110,100,000	(94,540,000)	(85.87)
Penerimaan Kembali Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS MASUK KAS INVESTASI</b>	<b>305,649,996</b>	<b>271,987,723</b>	<b>33,662,273</b>	<b>12.38</b>
<b>ARUS KELUAR KAS INVESTASI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Perolehan atas Tanah	0	0	0	0
Perolehan atas Peralatan dan Mesin	(281,688,016,417)	(105,734,587,601)	(175,953,428,816)	166.41
Perolehan atas Gedung dan Bangunan	(331,942,669,305)	(130,894,190,308)	(201,248,478,997)	153.98
Perolehan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan	(592,861,000)	0	(592,861,000)	0
Perolehan atas Aset Tetap Lainnya/ Aset Lainnya	0	(604,583,000)	604,583,000	(100)
Pengeluaran Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS INVESTASI</b>	<b>(614,223,546,722)</b>	<b>(237,033,360,909)</b>	<b>(377,190,185,813)</b>	<b>159.13</b>
<b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS INVESTASI</b>	<b>(613,917,896,726)</b>	<b>(236,761,373,186)</b>	<b>(377,156,523,540)</b>	<b>159.3</b>
<b>AKTIVITAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ARUS MASUK KAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Penerimaan Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
Penerimaan Pengembalian Setoran ke Kas Negara	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS MASUK KAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ARUS KELUAR KAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Penyetoran ke Kas Negara	0	0	0	0
Pengeluaran atas Pengembalian Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS PENDANAAN</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AKTIVITAS TRANSITORIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ARUS MASUK KAS TRANSITORIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga	3,821,699,407	7,371,145,733	(3,549,446,326)	(48.15)
Penerimaan atas transfer masuk Kas BLU dari BLU lain	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS MASUK KAS TRANSITORIS</b>	<b>3,821,699,407</b>	<b>7,371,145,733</b>	<b>(3,549,446,326)</b>	<b>(48.15)</b>
<b>ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga	(6,728,471,400)	(4,547,028,932)	(2,181,442,468)	47.98
Pengeluaran atas transfer keluar Kas BLU kepada BLU lain	0	0	0	0
<b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS</b>	<b>(6,728,471,400)</b>	<b>(4,547,028,932)</b>	<b>(2,181,442,468)</b>	<b>47.98</b>

**LAPORAN ARUS KAS  
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024 DAN 2023  
(dalam rupiah)**



**KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024**  
**ESELON I : 04**  
**WILAYAH/PROVINSI :**  
**SATUAN KERJA : 548890**  
**JENIS SATUAN KERJA : K8**

**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**  
**BA(024) ES1(04) DKI JAKARTA**  
**RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS" JAKARTA**

Kode Lap : LAK.SAT  
Tanggal : 22/01/25 3:34 AM  
Halaman : 3  
Prg ID : lap\_lak\_satker\_poc  
Tgl Data : 21/01/25 11:16 PM

URAIAN	2024	2023	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS TRANSITORIS	(2,906,771,993)	2,824,116,801	(5,730,888,794)	(202.93)
KENAIKAN/PENURUNAN KAS:	(112,567,882,024)	(24,766,972,134)	(87,800,909,890)	354.51
Penyesuaian atas Selisih Kurs	0	0	0	0
Saldo Awal Kas	535,969,708,006	560,736,680,140	(24,766,972,134)	(4.42)
Koreksi Saldo Kas	0	0	0	0
<b>SALDO AKHIR KAS</b>	<b>423,401,825,982</b>	<b>535,969,708,006</b>	<b>(112,567,882,024)</b>	<b>(21)</b>
Rincian Saldo Akhir Kas antara lain :	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas pada BLU	422,771,919,491	57,433,029,522	365,338,889,969	636.11
Saldo Akhir Kas Lainnya dan Setara Kas	629,906,491	742,857,596	(112,951,105)	(15.2)
Investasi Jangka Pendek BLU	0	475,000,000,000	(475,000,000,000)	(100)
Saldo Akhir Dana Kelolaan BLU	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas BLU yang Dibatasi Penggunaannya	0	0	0	0
Jumlah Rincian Saldo	423,401,825,982	533,175,887,118	(109,774,061,136)	(20.59)
Rincian Lainnya Pos Kas di Neraca :	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas pada BLU (yang belum disahkan)	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas di Bendahara Pengeluaran	0	0	0	0

**3. Laporan Operasional Per 31 Desember 2024**

**LAPORAN OPERASIONAL - BLU  
TINGKAT SATUAN KERJA  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024 DAN 2023  
(dalam rupiah)**

KEMENTERIAN/LEMBAGA	: 024	KEMENTERIAN KESEHATAN	Kode Lap : LO.SATBLU
ESELON I	: 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN	Tanggal : 22/01/25 3:34 AM
WILAYAH/PROVINSI	: 0100	DKI JAKARTA	Halaman : 1
SATUAN KERJA	: 548890	RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS" JAKARTA	Prg ID : lap_blu_lo_satker_poc
JENIS SATUAN KERJA	: K8		Tgl Data : 21/01/25 10:58 PM

URAIAN	2024	2023	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
KEGIATAN OPERASIONAL	0	0	0	
PENDAPATAN OPERASIONAL	0	0	0	
Pendapatan Alokasi APBN	503,021,031,246	204,095,761,621	298,925,269,625	146.463
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	822,656,843,110	925,848,977,510	(102,992,134,400)	(11.126)
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	4,883,696,762	4,537,357,428	346,338,334	7.633
Pendapatan Hibah BLU	5,025,205,533	115,836,292	4,909,369,241	4.238.1
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	5,734,157,874	7,295,214,980	(1,561,057,106)	(21.398)
Pendapatan BLU Lainnya	27,676,464,852	23,580,214,666	4,096,250,186	17.372
<b>JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL</b>	<b>1,368,997,398,377</b>	<b>1,165,273,362,497</b>	<b>203,724,035,880</b>	<b>17.483</b>
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>	<b>1,368,997,398,377</b>	<b>1,165,273,362,497</b>	<b>203,724,035,880</b>	<b>17.483</b>
BEBAN OPERASIONAL	0	0	0	
Beban Pegawai	392,457,001,387	353,083,750,552	39,373,250,835	11.151
Beban Persediaan	352,827,628,971	326,111,160,017	26,716,468,954	8.192
Beban Barang dan Jasa	157,635,578,113	136,890,575,599	20,745,002,514	15.154
Beban Pemeliharaan	49,540,181,856	47,132,331,089	2,407,850,767	5.109
Beban Perjalanan Dinas	993,834,709	7,251,875,066	(6,258,040,357)	(66.295)
Beban Barang Untuk Diserahkan Kepada Masyarakat/Pemda	0	0	0	
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	
Beban Penyusutan dan Amortisasi	54,211,706,125	102,760,839,813	(48,549,131,688)	(47.245)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	1,212,405	779,091,128	(777,878,723)	(99.844)
<b>JUMLAH BEBAN OPERASIONAL</b>	<b>1,007,667,145,566</b>	<b>974,009,623,264</b>	<b>33,657,522,302</b>	<b>3.456</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN OPERASIONAL</b>	<b>361,330,252,811</b>	<b>191,263,739,233</b>	<b>170,066,513,578</b>	<b>88.917</b>
KEGIATAN NON OPERASIONAL	0	0	0	
Surplus/Defisit Pelepasan Aset	(1,678,453,835)	(6,065,639,982)	4,387,186,147	(72.326)
Pendapatan Pelepasan Aset	305,649,996	271,987,723	33,662,273	12.376
Beban Pelepasan Aset	1,984,103,831	6,337,627,705	(4,353,523,874)	(68.693)
Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	3,046,175,428	15,508,729,760	(12,462,554,332)	(80.358)
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	3,453,621,234	15,795,330,479	(12,341,709,245)	(78.135)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	407,445,806	286,600,719	120,845,087	42.165
<b>JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>	<b>1,367,721,593</b>	<b>9,443,089,778</b>	<b>(8,075,368,185)</b>	<b>(85.516)</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT - LO</b>	<b>362,697,974,404</b>	<b>200,706,829,011</b>	<b>161,991,145,393</b>	<b>80.71</b>

