



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G. NGOERAH

# RENCANA STRATEGI BISNIS (RSB) RSUP PROF.DR.I G.N.G.NGOERAH DENPASAR 2020-2024



RSUP PROF. DR.I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR

Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)

Telephone : (0361) 227911-15, 225482, 223869 Faximile: (0361) 224206

Email : [info@sanglahhospitalbali.com](mailto:info@sanglahhospitalbali.com)

Website : [www.sanglahhospitalbali.com](http://www.sanglahhospitalbali.com)

**KATA PENGANTAR**  
**DIREKTUR UTAMA RSUP PROF. DR. I.G.N.G. NGOERAH**

Om Swasthi Asthu,

Perencanaan pembangunan nasional dibagi menjadi 3 tahap, yaitu Rencana Pembangunan Jangka Panjang, Jangka Menengah dan Jangka Pendek. Perencanaan Pembangunan Jangka Menengah merupakan Perencanaan Strategis dalam periode lima tahun. Dokumen Perencanaan Strategis yang sekarang disebut dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Prof.dr. I G.N.G.Ngoerah Denpasar disusun untuk mengetahui kondisi dan posisi organisasi saat ini, tujuan yang akan dicapai di akhir periode RSB yaitu di tahun 2024, serta langkah-langkah untuk mencapai tujuan tersebut.

Dalam Rencana Strategis Bisnis, dijabarkan visi dan misi organisasi serta langkah-langkah strategis dalam usaha mencapai harapan dan impian tersebut. Di dalam RSB disampaikan pula rangkaian program kerja strategis yang merupakan upaya konkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis dalam kurun waktu tahun 2020 – 2024.

Semoga Buku Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar Tahun 2020-2024 ini, dapat dijadikan acuan dan pedoman dalam implementasi kegiatan di Rumah Sakit , sehingga RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dapat mencapai impiannya di tahun 2024.

Om Shanti, Shanti, Shanti, Om

Denpasar, Desember 2022



dr. I Wayan Sudana, M.Kes  
NIP. 196504091995091001

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT  
PROF. DR. I.G.N.G. NGOERAH DENPASAR.

RENCANA STRATEGI BISNIS  
TAHUN 2020-2024.

DIREKTUR UTAMA

dr. I Wayan Sudana.M.Kes  
NIP. 196504091995091001

DIREKTUR  
PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN  
DAN PENUNJANG

Dr.dr. Ketut Ariawati, SpA (K)  
NIP. 196806131999032001

DIREKTUR  
PERENCANAAN, OPERASIONAL  
DAN UMUM

Dr. Ni Luh Dharma Kerti Natih.MHSM  
NIP. 196404141990032002

DIREKTUR  
SDM DAN PENDIDIKAN

Drg. Tri Fajari Agustini, SpKGA.MARS.  
NIP. 1968082211994032007

DIREKTUR  
KEUANGAN DAN BMN

Agustinus Pasalli, SE.MM  
NIP. 196308241989101001

# LEMBAR PERSETUJUAN

## RENCANA STRATEGI BISNIS PROF. DR. I.G.N.G. NGOERAH DENPASAR. TAHUN 2020-2024

DEWAN PENGAWAS

KETUA,



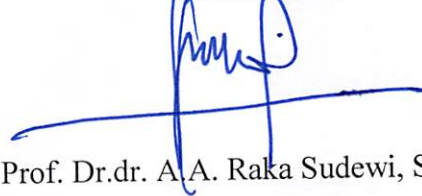
Dr. Rita Rogayah, SpP (K) MARS

ANGGOTA



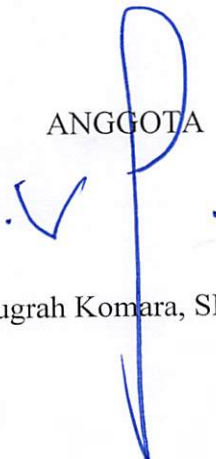
dr. Nizar Yamani, SpS (K)

ANGGOTA



Prof. Dr.dr. A.A. Raka Sudewi, Sp.S (K)

ANGGOTA



Anugrah Komara, SH.MM

ANGGOTA



Teguh Dwi Nugroho, SE.MM

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia layanan kesehatan rujukan memiliki peranan penting untuk menjaga, dan meningkatkan mutu derajat kesehatan. Sesuai dengan arah pembangunan nasional yang merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia, maka pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia.

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan Perencanaan Strategis Kementerian Kesehatan. Sasaran pembangunan jangka menengah 2020 – 2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang. Tatanan masyarakat yang mandiri, maju, adil dan makmur khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan:

1. Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi dan respon terhadap ancaman kesehatan global.
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat.
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal.

Landasan yang dijadikan acuan oleh Kementerian Kesehatan dalam menetapkan Visi dan Misinya adalah Visi dan Misi Presiden/Pemerintah 2020-2024. Adapun Visi Presiden di Bidang Kesehatan adalah **Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan.**

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, maka ditetapkan arah kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

1. Penguatan layanan kesehatan primer dengan mengutamakan UKM tanpa meninggalkan Upaya Kesehatan Masyarakat tanpa meninggalkan Upaya Kesehatan Perorangan serta mensirgenikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ( FKTP ) Pemerintah dan FKTP swasta.
2. Pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum ( promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.
3. Penguatan pencegahan faktor resiko, deteksi dini, dan aksi multisektoral (pemberdayaan GERMAS), guna pencegahan dan pengendalian penyakit.
4. Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya didukung inovasi teknologi.
5. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah, untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program.

Kementerian Kesehatan Menjabarkan Misi Presiden menjadi:

1. Menurunkan angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Menurunkan angka Stunting pada balita.
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Meningkatkan Kemandirian dan Penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar sebagai rumah sakit pendidikan yang merupakan UPT Kementerian Kesehatan, maka perlu mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan sehingga sasaran atau goal yang telah ditetapkan setahap demi setahap dapat diwujudkan. Tahun 2019 ini Visi Kementerian maupun Unit Kerja diharapkan mengacu pada Visi dan Misi Presiden Indonesia. Visi Presiden tahun 2020-2024 adalah **"Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat,**

**Mandiri dan Berkepribadian, berlandaskan Gotong royong”**. Untuk mewujudnya Visi Presiden tahun 2020-2024 tersebut, **Kementerian Kesehatan** menjabarkan Visi Presiden di bidang kesehatan menjadi: **Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan**. Rumah Sakit Umum Pusat Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah Denpasar sebagai UPT Kementerian Kesehatan menjabarkan Visi Presiden dengan tetap mengacu pada penjabaran Kementerian Kesehatan menetapkan **Visi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** sbb: **“Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024”**.

Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan digunakan sebagai pedoman dalam menyusun **Misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar**. **Misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
2. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
4. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik.
5. Membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Tujuan Penyusunan Rencana Strategi Bisnis RSUP Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah:

1. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan yang sejalan dengan Rencana Aksi Ditjen Pelayanan Kesehatan.
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah.
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah dalam pencapaian visi yang telah ditentukan.
4. Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* di RSUP Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah.

Berdasarkan analisa SWOT dan perhitungan dengan menggunakan Diagram Kartesius, maka posisi RSUP Prof.dr.I G.N.G.Ngoerah terletak pada Kuadran 1

yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman, maka strategi yang ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi Integrasi horizontal dan strategi Integrasi kedepan (forward).

Dengan mengacu pada Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan serta berdasarkan analisa *Balance Score Card*, maka RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar, menetapkan 3 (Tiga) **Tujuan Strategis** yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah: 1). Terselenggaranya Pelayanan Kesehatan yang Paripurna, Mandiri dan terjangkau, 2). Terselenggaranya Pendidikan dan Penelitian yang berdaya saing dan Berbudaya, 3). Terwujudnya Tata Kelola RS yang Baik. **RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar juga menetapkan 7 (Tujuh) Sasaran Strategis** pada RSB 2020-2024 sebagai berikut: 1. Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal, 2.Tersedianya pelayanan unggulan, 3.Tersedianya sumber daya diklit yang optimal, 4.Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien, 5.Terwujudnya kepuasan stakeholder, 6.Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat, 7.Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik. Ketujuh Sasaran Strategis tersebut kemudian dibuatkan Indikator menjadi 22 Indikator yang masing masing dilengkapi kegiatan dan target setiap tahun. **Kegiatan Pelayanan yang dijadikan unggulan** di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dalam tahun 2020-2024 adalah: 1). Pelayanan Kanker Terpadu, 2).Pelayanan Jantung Terpadu dan 3). Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. Pelayanan Jantung Terpadu juga dijadikan Pelayanan Unggulan untuk Pengembangan Wisata Medis.



## DAFTAR ISI

Halaman Depan.....	i
Kata Pengantar .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Ikhtisar Excutive.....	v
Daftar Isi .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A RESUME RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN.....	1
B VISI DAN MISI RSUP PROF DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR .....	3
C TARGET RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUP PROF DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR .....	4
<b>BAB II ANALISA DAN STRATEGIS .....</b>	<b>6</b>
A EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR .....	6
B ANALISA SWOT.....	10
C INISIATIF STRATEGI.....	12
<b>BAB III RENCANA BISNIS 5 TAHUN.....</b>	<b>13</b>
A PROGRAM KEMENTERIAN KESEHATAN .....	13
B STRATEGI BISNIS RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR .....	14
C KEGIATAN DAN INDIKATOR.....	15
D PROGRAM TRANSFORMASI KESEHATAN .....	15
E PROGRAM TRANSFORMASI TERKAIT DENGAN INDIKATOR KLINIS (PENGAMPUAN).....	16
<b>BAB IV PENUTUP.....</b>	<b>35</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. RESUME RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN**

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia layanan kesehatan rujukan memiliki peranan penting untuk menjaga, dan meningkatkan mutu derajat kesehatan. Sesuai dengan arah pembangunan nasional yang merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia, maka pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia.

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan Perencanaan Strategis Kementerian Kesehatan. Sasaran pembangunan jangka menengah 2020 – 2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang. Tatanan masyarakat yang mandiri, maju, adil dan makmur khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan:

1. Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi dan respon terhadap ancaman kesehatan global.
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat.
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal.

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi suatu organisasi pemerintah merupakan suatu kewajiban dalam upaya mewujudkan tatakelola system yang modern. RSB merupakan perangkat startegis bagi pimpinan organisasi dalam mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, tuntunan bagi unit kerja dibawahnya, dan *stakeholder* yang terkait untuk bergerak

bersama dan bersinergi untuk mencapai visi organisasi. RSB organisasi merupakan perwujudan aspirasi yang bersumber dari seluruh stakeholder kunci dan juga sebagai pertanggungjawaban utama pimpinan organisasi terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholder* kunci.

Visi dan Misi Presiden 2020-2024 dijadikan pedoman oleh seluruh Kementerian dan Lembaga termasuk seluruh Unit Pelaksana Teknis. Untuk melaksanakan visi Presiden 2020 – 2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan yaitu **Mewujudkan Masyarakat yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan**.

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, maka ditetapkan arah kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

1. Penguatan layanan kesehatan primer dengan mengutamakan UKM tanpa meninggalkan Upaya Kesehatan Masyarakat tanpa meninggalkan Upaya Kesehatan Perorangan serta mensirgenikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ( FKTP ) Pemerintah dan FKTP swasta.
2. Pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum ( promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.
3. Penguatan pencegahan faktor resiko, deteksi dini, dan aksi multisektoral (pemberdayaan GERMAS), guna pencegahan dan pengendalian penyakit.
4. Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya didukung inovasi teknologi.
5. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah, untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program.

Kementerian Kesehatan Menjabarkan Misi Presiden menjadi:

1. Menurunkan angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Menurunkan angka Stunting pada balita.
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Meningkatkan Kemandirian dan Penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

#### **B. VISI DAN MISI RSUP PROF. DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR**

RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar sebagai rumah sakit pendidikan yang merupakan UPT Kementerian Kesehatan, maka perlu mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan sehingga sasaran atau goal yang telah ditetapkan setahap demi setahap dapat diwujudkan. Tahun 2019 ini Visi Kementerian maupun Unit Kerja diharapkan mengacu pada Visi dan Misi Presiden Indonesia. Visi Presiden tahun 2020-2024 adalah **”Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, berlandaskan Gotong royong”**. Untuk mewujudkan Visi Presiden tahun 2020-2024 tersebut, **Kementerian Kesehatan** menjabarkan Visi Presiden di bidang kesehatan menjadi: **Mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan**. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar sebagai UPT Kementerian Kesehatan menjabarkan Visi Presiden dengan tetap mengacu pada penjabaran Kementerian Kesehatan menetapkan **Visi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** sbb:

**“Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024”.**

Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan digunakan sebagai pedoman dalam menyusun **Misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar**. **Misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** adalah sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
2. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.

3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
4. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik.
5. Membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 48 tahun 2020, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, Tugas RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah: RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam menyelenggarakan tugasnya, RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar menyelenggarakan fungsinya sebagai berikut: penyusunan rencana, program, dan anggaran; pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis; pengelolaan pelayanan keperawatan; pengelolaan pelayanan nonmedis; pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan; pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; pengelolaan keuangan dan barang milik negara; pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa; pengelolaan sumber daya manusia; pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat; pelaksanaan kerja sama; pengelolaan sistem informasi; pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

**Tujuan Strategis** yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah: 1. Terselenggaranya Pelayanan Kesehatan yang Paripurna, Mandiri dan terjangkau, 2. Terselenggaranya Pendidikan dan Penelitian yang berdaya saing dan Berbudaya, 3. Terwujudnya Tata Kelola RS yang Baik

#### **C. TARGET RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar.**

Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar disusun untuk bisa menjadi instrumen navigasi bagi

pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam menentukan kebijakan, program dan rencana kerja operasional. Selain itu, dapat menjadi pedoman kerja bagi para direktur dan jajarannya dalam menyelaraskan proses penyusunan anggaran dan program kerja masing-masing instalasi, terutama unit-unit pelayanan strategis yang akan menjadi sumber pendapatan utama (*revenue centre*) rumah sakit. Penyusunan Rencana Strategi Bisnis RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar bertujuan untuk mendapatkan :

1. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan yang sejalan dengan Rencana Aksi Ditjen Pelayanan Kesehatan.
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar .
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dalam pencapaian visi yang telah ditentukan
4. Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar.

Dalam rangka penyusunan Rencana Strategi Bisnis tahun 2020-2024, RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar menetapkan **Program Kegiatan Unggulan** dalam bidang kegiatan pelayanan sebagai berikut:

1. Pelayanan Kanker Terpadu.
2. Pelayanan Jantung Terpadu.
3. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

Pelayanan Jantung Terpadu juga dijadikan sebagai Program Kegiatan Unggulan untuk **Pengembangan Wisata Medis** di Indonesia dan Bali pada khususnya

## BAB II

### ANALISIS DAN STRATEGI

#### A. EVALUASI KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian. Sifat kegiatan jasa PPK-BLU adalah fungsi sosial, profesional dan etis dengan pengelolaan yang ekonomis.

Gambaran kinerja yang akan disampaikan di bawah ini meliputi pencapaian kinerja aspek pelayanan, kinerja aspek keuangan, kinerja aspek SDM, dan kinerja aspek sarana prasarana RSUP Sanglah/RSUP Prof. Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar selama 5 tahun terakhir (dari tahun 2017-2021). Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Layanan* dijelaskan di bawah ini.

**Tabel 1. Aspek Layanan.**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2017	2018	2019	2020	2021
<b>II.1</b>	<b>Layanan</b>					
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>					
1	Rata – rata kunjungan rawat jalan/hari	1.12	1.04	0.95	0.77	1,10
2	Rata – rata kunjungan rawat darurat/hari	0.95	0.93	1.05	0.61	0,96
3	Hari perawatan	0.93	0.93	0.89	0.67	1,22
4	Rata – rata Pemeriksaan radiologi/hari	1.1	0.78	1.01	1.17	1,20
5	Rata – rata Pemeriksaan laboratorium/hari	0.93	0.81	0.94	0.78	1,27
6	Rata – rata operasi/hari	1.04	1.05	1.07	0.82	1,30
7	Rata – rata rehab medik/hari	0.98	0.36	0.99	0.64	2,16
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1.04	1.12	1.3	1.05	1,07
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	1.12	0.87	2.14	1.05	1,70
<b>B</b>	<b>Efektivitas Pelayanan</b>					
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	96	97.43	88.71	84.91	87,86
2	Pengembalian Rekam Medik	99.17	70.48	76.37	85.25	96,55
3	Angka Pembatalan Operasi	3.09	1.84	2.76	3.25	0,25
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	0.89	0.1	2.99	8.2	8,42
5	Penulisan resep sesuai formularium	98.85	100	100	100	98,63
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0.02	0	0.3	0.17	0,027

7	BOR	92.96	87.78	82.47	74.13	70,94
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran</b>					
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1.4	1.59	0.99	23.77	0,91
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	67%	67%	74%	100	100
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	Ada program dilaksanakannya sepenuhnya	Ada program dilaksanakannya sepenuhnya	Ada dilaksanakannya	Ada program dilaksanakannya	Ada program dan dilaksanakannya
<b>TOTAL INDIKATOR PELAYANAN</b>						

Pada *Tabel 1* terlihat, hasil perhitungan *sub-aspek pertumbuhan produktivitas* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil perhitungan. Item yang cenderung mengalami peningkatan adalah rata-rata operasi per hari, hal ini antara lain disebabkan karena RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar merupakan PPK III sehingga kasus-kasus yang dirujuk ke RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah kasus-kasus yang sulit dan kompleks yang lebih banyak membutuhkan tindakan/pembedahan. Sedangkan item yang tampak mengalami penurunan adalah rata-rata rehab medik per hari, hal ini disebabkan antara lain karena semakin optimalnya sistem rujukan berjenjang sehingga pelayanan rehab medis lebih banyak di lakukan di PPK II.

Dari *sub-aspek efektivitas pelayanan* dapat dilihat, beberapa indikator seperti penulisan resep formularium, pengulangan pemeriksaan laboratorium sudah optimal, sedangkan pengembalian rekam medis masih belum menunjukkan capaian yang optimal, sehingga masih perlu dilakukan usaha-usaha untuk meningkatkannya. Di pihak lain, selama beberapa tahun, BOR rumah sakit diatas batas normal, yaitu didi atas 80 %, sehingga dapat dikatakan pemakaian tempat tidur di rumah sakit masih overload. Idealnya pemakaian tempat tidur 60-80%

Dalam *sub-aspek pertumbuhan dan pembelajaran* dapat dilihat, Training Of Trainer (TOT) untuk dokter pendidik klinis belum mencapai hasil yang optimal.

Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Kinerja Keuangan* dijelaskan di bawah ini.



**Tabel 2. Aspek Keuangan**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2017	2018	2019	2020	2021
I.1	Rasio Keuangan					
1	Ratio Kas (Cash Ratio)	44.11%	17.97%	28.54%	507.22%	977,19%
2	Rasio Lancar ( Current Ratio)	143.85%	157.60%	189.81%	883.04%	1211,31%
3	Periode Penangihan Utang (Collection Periode)	26.35 hr	96.98 hr	111.18 hr	71.28 hr	36,44
4	Perputaran Aset Tetap ( Return on asset)	138.50%	23.49%	22.62%	22.95%	29,88%
5	Imbalan atas asset tetap (Return on asset)	4.93%	-6.74%	4.75%	7.31%	8,13%
6	Imbalan Ekuitas (Return enequity )	4.76%	-8.11%	5.98%	8.97%	9,49%
7	Perputaran Persediaan (inventory turn over)	19.15 hr	16.20 hr	30.05 hr	23.81 hr	19,49
8	Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional	87.27%	77.68%	79.85%	81.52%	107,56%

Pada *Tabel 2* terli hat, hasil perhitungan *sub-aspek Rasio Keuangan* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil perhitungan.

Adapun Capaian Indikator Kinerja RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar Tahun 2021 adalah sebagai berikut :

*Tabel 3. Capaian Indikator Kinerja Tahun 2021*

No	Indikator Kinerja	PIC	Realisasi TA 2020	Target TA 2021	Benchm arking TA 2021	Capaian	Persentase Ketercapaian	KET.
						TA 2021		
1	Persentase SDM non Medis yang Memenuhi Kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	SDM	62,29%	86%	-	100%	116,28%	Tercapai
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	SDM	100%	100%	-	100%	100%	Tercapai
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	SDM	5 Modul	5 Modul	-	7 Modul	140%	Tercapai
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di poliklinik	MED	37.59 Menit	40 Menit	-	35.39 Menit	113,03%	Tercapai

No	Indikator Kinerja	PIC	Realisasi	Target	Benchmarking	Capaian	Persentase Ketercapaian	KET.
			TA 2020	TA 2021	TA 2021	TA 2021		
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD < 5 Menit	MED	100%	100%	-	100%	100%	Tercapai
6	Persentase Visite DPJP sebelum Jam 11.00	MED	82,29%	90%	-	87,00%	96,67%	Belum Tercapai
7	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik	MED	89,16%	80%	-	86,35%	107,94%	Tercapai
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	MED	-5,38%	15%	-	0,40%	2,67%	Belum Tercapai
9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	MED	77,63%	90%	-	77,63%	86,26%	Belum Tercapai
10	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	MED	12 Dokter	16 Dokter	-	13 Dokter	81,25%	Belum Tercapai
11	Persentase Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi dengan Respon Time Kurang dari 1 Jam	MED		60%	82.30%	86,94%	144,90%	Tercapai
12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	MED	3 Jenis	3 Jenis	-	3 Jenis	100%	Tercapai
13	Pengembangan Pelayanan Estetika	MED	-15,04%	7%	-	23,24%	332,00%	Tercapai
14	Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral	MED	2 pasien/ OK/hr	3.5 pasien/OK/hr	-	pasien/ OK/hr	65,57%	Belum Tercapai
15	Persentase penerapan EMR	POU	85%	90%	-	95%	105,56%	Tercapai
16	Penerapan Proses Bisnis Internal yang Terintegrasi	POU	96%	85%	-	86%	101,18%	Tercapai
17	Tingkat kepuasan Pegawai	SDM	75,07%	80%	78,49%	75,36%	94,20%	Belum Tercapai
18	Tingkat Kepuasan Pasien	POU	82%	87%	87.01	82,75%	95,11%	Belum Tercapai

No	Indikator Kinerja	PIC	Realisasi TA 2020	Target TA 2021	Benchmarking	Capaian	Persentase Ketercapaian	KET.
					TA 2021	TA 2021		
19	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik	SDM	85,67%	90%	-	84,5%	93,89%	Belum Tercapai
20	Tingkat Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	SDM	73,25%	80%	80,92	82,1%	102,63%	Tercapai
21	Peningkatan Pendapatan PNB	KEU	88,54	80%	-	80,17%	100,2%	Tercapai
22	Curent Ratio	KEU	724,36	300%	-	1195,88%	398,6%	Tercapai
23	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)	KEU	73,77	83%	86,77%	107,93%	130,0%	Tercapai

Dari 23 Indikator Kinerja Utama, terdapat 8 Indikator yang belum mencapai target dengan ketercapaian kinerja total sebesar 65.22 %

#### B. ANALISA SWOT

RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar menyadari bahwa lingkungan rumah sakit telah mengalami perubahan yang sangat cepat, sehingga dalam mencapai visi tersebut rumah sakit harus melakukan analisa terhadap faktor-faktor yang berpengaruh dalam pencapaian visi tersebut baik lingkungan eksternal maupun lingkungan internal. Dalam melakukan identifikasi terhadap lingkungan eksternal, rumah sakit mengidentifikasi berbagai macam peluang (*Opportunity*) dan ancaman (*Threat*) dalam mencapai visi. Sedangkan dalam melakukan identifikasi terhadap lingkungan internal, rumah sakit mengidentifikasi kekuatan (*Strength*) dan Kelemahan (*Weakness*) yang dimiliki rumah sakit dalam rangka mencapai visi. Beberapa faktor Peluang (*Opportunity*) dan Ancaman (*Threat*) di lingkungan eksternal rumah yang teridentifikasi dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4. Faktor-Faktor yang membentuk Peluang dan Ancaman RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar

No	FAKTOR PELUANG (O)	No	FAKTOR ANCAMAN (T)
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	1	Munculnya kompetitor dari RS lain
2	Kerjasama dengan asuransi lain	2	Pengetatan anggaran dari kementerian Kesehatan
3	Sebagai lahan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.	3	Meningkatnya kesadaran masyarakat tentang hukum dan hakaknya.
4	Sebagai Wahana penelitian	4	Perkembangan IPTEKDOKKES yang begitu cepat
5	RS berkedudukan di daerah Pariwisata (Health Tourism)	5	Ketertanggung pada pembayaran klaim BPJS
6	Adanya skema Pembiayaan rumah sakit dari KPBU dan PHLN	6	Sistem Rujukan berjenjang
7	Pengembangan Pelayanan Non BPJS	7	Ketersediaan barang di e-catalog

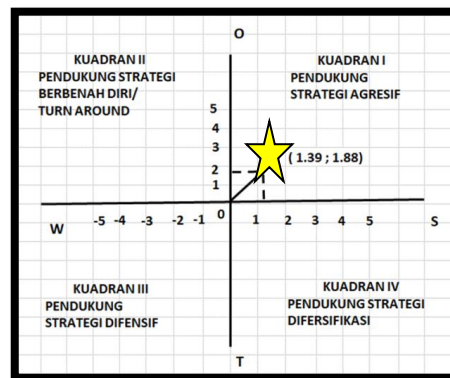
Tabel 5. Faktor-Faktor yang membentuk Kekuatan dan Kelemahan RSUP Sanglah/ Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar

No	FAKTOR KEKUATAN (S)	No	KELEMAHAN (W)
1	Rumah Sakit Pendidikan Klas A	1	Gedung banyak yang tua dan rusak
2	Rumah Sakit Rujukan Nasional	2	Peralatan medis kuno dan kurang
3	Terstandard Akreditasi Nasional dan Internasional	3	Penerapan budaya kerja belum optimal
4	Jumlah dan Jenis SDM Subspesialis cukup memadai	4	Lembaga Diklat RS belum terakreditasi
5	Jenis pelayanan yang beragam dan lengkap	5	Ketersediaan dana operasional RS belum mencukupi
6	Memiliki lahan yang luas.		
7	Memiliki IT mandiri		

### C. INISIATIF STRATEGI

Untuk menentukan posisi daya saing rumah sakit dalam mencapai visinya, dilakukan penentuan “*Bobot*” dan “*Rating*” dari faktor-faktor Peluang (Opportunity), Ancaman (Threat), Kekuatan (Strength) dan (Weakness). Tujuan dari pembobotan dan rating ini adalah untuk menentukan “*Total Nilai Terbobot*” yang akan dipakai sebagai dasar dalam penentuan posisi rumah sakit pada diagram kartesius. Nilai bobot yang digunakan adalah berkisar antara 0 (nol) sampai dengan 1 (satu) dimana nilai yang mendekati 1 (satu) dianggap mempunyai bobot (besarnya pengaruh suatu faktor dari keseluruhan faktor) yang besar. Sedangkan nilai rating yang digunakan berkisar antar 0 (nol) sampai dengan 100 (seratus), dimana nilai mendekati 100 (seratus) dianggap mewakili situasi atau keadaan yang paling sesuai dengan situasi rumah sakit saat ini.

Berdasarkan perhitungan Bobot pada analisa SWOT untuk menentukan posisi rumah sakit dalam diagram kartesius, maka didapatkan posisi RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar sebagai berikut:



**Gambar 2. Posisi RSUP Sanglah dalam Diagram Kartesius**

Berdasarkan gambar 2 di atas, posisi RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar jatuh di kwadran I, yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. Oleh karena itu, trategi yang sebaiknya ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, stratergi pengembangan konglomerasi, strategi Integrasi horizontal dan strategi Integrasi kedepan (forward)

**BAB III**  
**RENCANA BISNIS 5 TAHUN**

**A. PROGRAM KEMENTERIAN KESEHATAN**

RSUP Sanglah dalam mencapai Sasaran Strategis 2020-2024 mengacu kepada Program Kementerian Kesehatan 2020-2024 antara lain :

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui siklus hidup.
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
4. Peningkatan sumber daya kesehatan.
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif.

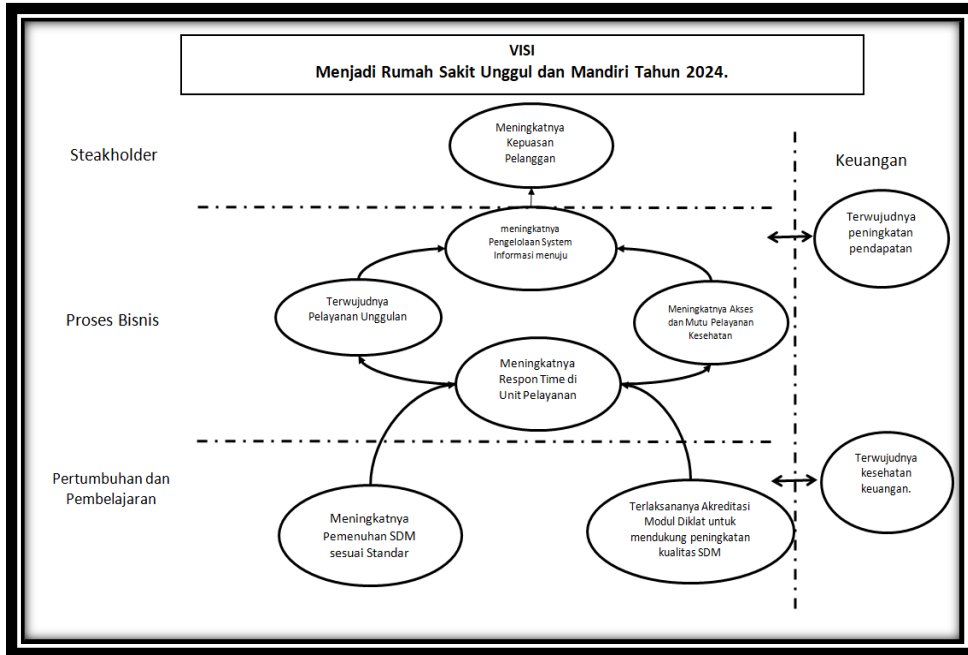
Mengacu pada arah kebijakan Kementerian Kesehatan maka tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 6. Tujuan dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan

No	Tujuan Strategis	No	Sasaran Strategis
1	Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	1	Meningkatnya Kesehatan Ibu, anak dan gizi masyarakat.
2	Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan	2	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
3	Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	3	Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian penyakit sertapengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
4	Peningkatan sumber daya kesehatan	4	Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan
		5	Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar.
		6	Terjaminnya pembiayaan kesehatan
5	Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif	7	Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih
		8	Meningkatnya efektifitas pengelolaan litbangkes dan system informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.

**B. STRATEGI BISNIS RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR/RSUP PROF. DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR**

Berdasarkan hasil analisis TWOS dan penetapan Strategi alternative yang telah dilakukan di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dan berdasarkan pertimbangan konsep *Balance Score Card* sebagai berikut:



Berdasarkan analisa *Balance Score Card* serta Pencapaian Visi dan Misi maka RSUP Sanglah menetapkan Tujuan Tujuan dan Sasaran Strategis sebagai berikut:

Tabel. 7. Tujuan dan Sasaran Strategis RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar.

No.	TUJUAN STRATEGIS	No.	SASARAN STRATEGIS
1	Terselenggaranya Pelayanan Kesehatan yang Paripurna, Mandiri dan Terjangkau.	1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal
		2	Tersedianya pelayanan unggulan
		3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal
2	Terselenggaranya Pendidikan dan Penelitian yang berdaya saing dan berbudaya	4	Terwujudnya Peningkatan Akses, mutu dan keselamatan pasien
3	Terwujudnya tata kelola RS yang Baik	5	Terwujudnya kepuasan stakeholder
		6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat
		7	Terwujudnya Tata kelola Rumah Sakit Yang Baik

### C. KEGIATAN DAN INDIKATOR

Sebagai penjabaran dari Sasaran Strategis yang pencapaiannya diukur melalui Indikator Kinerja Utama (IKU), maka disusunlah Program Kerja Strategis tahunan rumah sakit yang akan dilaksanakan untuk mencapai masing-masing Sasaran Strategis yang telah ditetapkan dalam kurun waktu 2020-2024.

Setelah dilakukan penentuan Sasaran Strategis, maka *Indikator (Ukuran) Kinerja Utama* dan *Target Indikator (Ukuran) Kinerja Utama* yang hendak dicapai untuk mengawal kemajuan pencapaian visi rumah sakit pada kurun waktu periode 2020-2024. Indikator Kinerja Utama (IKU) tersebut dicapai melalui *Program Kerja Strategis* yang merupakan upaya konkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar.

IKU dan target akan digunakan untuk mengukur status kemajuan pencapaian sasaran strategis, baik dari segi masukan (*input*), proses, keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*). Untuk setiap IKU yang teridentifikasi ditentukan besar bobotnya. Dalam konteks ini, bobot IKU menyatakan tingkat kepentingan IKU tersebut terhadap pencapaian visi rumah sakit dan total penjumlahan bobot semua IKU bernilai 100%. Target IKU ditentukan untuk setiap tahun periode 2020-2024 bagi setiap sasaran strategis. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dituju untuk setiap sasaran strategis dijelaskan dalam tabel 8 di bawah ini.

### D. PROGRAM TRANSFORMASI KESEHATAN

Kementerian Kesehatan mengharapkan seluruh Rumah Sakit Vertikal dapat menjadi Centre of Excellence. Adapun target Center of Excellence tersebut adalah:

1. Memberikan pelayanan bermutu setara World Class Hospital
- 2. Menjadi RS terbaik dibidangnya di tingkat Asia.**
- 3. Menjadi Rumah sakit pendidikan dan Pusat Penelitian.**
- 4. Mengampu dan Memperkuat jejaring pelayanan RS di Indonesia.**
5. Menggunakan Teknologi dalam Peningkatan Pelayanan.
6. Memiliki tata Kelola Keuangan yang sehat untuk Pengembangan Layanan.



Dalam rangka mencapai **Centre of Excellence** tersebut, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melakukan Transformasi sistem Kesehatan. Kementerian Kesehatan menetapkan 6 pilar transformasi penopang kesehatan di Indonesia. **6 Pilar Transformasi** tersebut adalah: 1. Transformasi Layanan Primer, 2. Transformasi Layanan Rujukan, 3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, 4. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, 5. Transformasi SDM Kesehatan, 6. Transformasi teknologi Kesehatan.

Indikator dan Program Kerja Transformasi yang harus dijalankan oleh Rumah Sakit tersebut terlihat pada tabel 9.

#### **E. PROGRAM TRANSFORMASI TERKAIT DENGAN INDIKATOR KLINIS (PENGAMPUAN)**

Dalam melaksanakan Transformasi Kesehatan, khususnya terkait Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway di Rumah Sakit. Penerapan Indikator Standar Klinis dengan menggunakan PPK dan Clinical Pathway ini, Kementerian Kesehatan membuat Program Pengampuan untuk mengampu dan membimbing Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan.






**Adapun Program Pengampuan** tersebut adalah: 1). Program Pengampuan Pelayanan Kanker, 2). Program Pengampuan Pelayanan Jantung, 3). Program Pengampuan Pelayanan Stroke, 4). Program Pengampuan Pelayanan Uronefro, 5). Program Pengampuan Pelayanan Diabetes Melitus, 6). Program Pengampuan Pelayanan Penyakit Infeksi dan Emerging, 7). Program Pengampuan Pelayanan Penyakit Tuberkulosis, 8). Program Pengampuan Kesehatan Ibu dan Anak, 9). Program Pengampuan Pelayanan.

Untuk melaksanakan Program Pengampuan tersebut, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G.Ngoerah, melaksanakan Indikator Klinis sesuai dengan Indikator Klinis yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G.Ngoerah melaksanakan Program Pengampuan ini secara bertahap sesuai dengan sarana dan prasarana yang dimiliki oleh rumah sakit.

Indikator Kinis, Target dan Program Kerja/Kegiatan terkait dengan Program Pengampuan yang akan dilaksanakan oleh rumah sakit, terlihat pada lampiran 10.

Tabel 8. Indikator dan Target RSB

No	Sasaran		Indikator Kinerja Unit	Baseline	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	80%	80%	82%	86%	88%	90%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Penurunan angka kematian neonatus	12%	12%	12%	12%	11%	10%
		3	Meningkatnya jumlah kunjungan pasien jantung	17.657	10%	10%	10%	12%	15%
		4	Meningkatnya jumlah pelayanan kemoterapi day care	4.669	5%	5%	5%	6%	7%
		5	Meningkatnya jumlah pasien Operasi	4.315	2%	2%	2%	3%	4%
		6	Meningkatnya jumlah kunjungan pasien rawat jalan	15.352	5%	6%	7%	8%	9%
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	70%	70%	75%	80%	85%	90%
		8	Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	3	5	7	10	12	15
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Penurunan persentase angka Kematian Ibu	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,2%	4%
		10	Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik	85%	86%	90%	100%	100%	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS )	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		12	Meningkatnya jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	2	2	3	4	5	6
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	60%	60%	65%	70%	75%	80%

No	Sasaran		Indikator Kinerja Unit	Baseline	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Peningkatan kepuasan Pasien	85%	85%	85%	84%	85%	86%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	75%	75%	76%	77%	78%	80%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPNBP	10%			1 		
		17	Rasio PNBPNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	80%	83%	83%	84%	85%	87%
		18	Current Rasio	500%	510%	515%	520%	550%	560%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya Manajemen Risiko di RS	70%	70%	75%	80%	85%	90%
		20	Persentase terlaksananya tata Kelola BMN di RS	70%	70%	75%	80%	85%	90%
		21	Persentase terlaksananya Pemusnahan Arsip di RS	80%	85%	90%	100%	100%	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola Mutu RS	70%	75%	78%	80%	85%	90%

**Tabel 9. Indikator dan Program RSB**

No	Sasaran	Indikator Kinerja Unit	Program				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1 Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Optimalisasi Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Optimalisasi Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	1. Pembuatan Training Need Assesment (TNA) 2. Peningkatan Kompetensi SDM Pemberi Pelayanan	1. Peningkatan Kompetensi CI/Dokdiknis/ 2. Penyediaan Dana Peningkatan Kompetensi
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2 Penurunan angka kematian neonatus	Monitoring evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Review Pedoman Pelayanan Anak 2. Peningkatan Kompetensi SDM Anak 3. Pembangunan Gedung KIA (Lanjutan) 4. Penguatan Jejaring di Provinsi Bali 6. Memantapkan Pelayanan PONEK. 7. menyusun/Meeninjau ulang Regulasi 8. Audit kematia dan nearmiss neonatus	1. Peningkatan Kompetensi SDM Anak 2. Melengkapi Alat Medis Gedung KIA (Lanjutan) 3. Membangun Jejaring ke RSUD yang diampu. 4. Memantapkan Pelayanan Ponek 5. Kunjungan dan Pendampingan ke RSUD yang diampu (Bali, NTB, NTT) 6. Memantapkan Pelayanan Ponek
		3 Meningkatnya jumlah kunjungan pasien jantung	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Melengkapi alkes Jantung 2. Review Pedoman Pelayanan Pasien Jantung 3. Monev Rehab Jantung sesuai PPK	1. Menambah dan atau Meningkatkan kompetensi SDM Jantung/Bedah Jantung
		4 Meningkatnya jumlah pelayanan kemoterapi day care	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Menambah jumlah tenaga farmasi untuk Pelayanan Kemothorapy. 2. Menambah waktu Pelayanan untuk pasien Kemothorapy. 3. Membuat DED Pembangunan Gedung Kanker Terpadu	1. Menambah jumlah tenaga farmasi untuk Pelayanan Kemothorapy. 2. Menambah waktu Pelayanan untuk pasien Kemothorapy. 3. Membuat DED Pembangunan Gedung Kanker Terpadu
		5 Meningkatnya jumlah pasien Operasi	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Penambahan tenaga perawat terlatih 2 orang (instrumen dan anastesi jantung) 2. Menambah waktu pelayanan Kamar Operasi (dengan extensi waktu kerja) 3. Perbaikan sistem Remunerasi berbasis kinerja 4. Peremajaan alkes 5. Penyelesaian kasus pembedahan emergency 1 x 24 jam sesuai indikasi (tidak meng-elektifkan tindakan emergency) 6. Pemantauan sistem atrean OK elektif 7. Penjadwalan Operasi H-7 8. Pengaturan jadwal kegiatan operasi ri ruang OK (IGD, IBS, WA)	1. Menambah waktu pelayanan Kamar Operasi (2 shift) 3. Menambah alkes 4. Membuat DED Kamar Operasi dan Intensif Care

No	Sasaran	Indikator Kinerja Unit	Program				
			2020	2021	2022	2023	2024
2	Tersedianya pelayanan unggulan	6 Meningkatkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Review Pedoman Pelayanan Rawat Jalan. 2. Mengurangi waktu antrean Poliklinik khususnya pasien baru (melalui Registrasi Online pasien Baru) 3. Menempatkan dokter DJPJ secara full time di Poliklinik 4. Pembangunan Gedung Poliklinik 5. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Poliklinik	1. Mengurangi waktu antrean Poliklinik khususnya pasien baru (melalui Registrasi Online pasien Baru) 2. Menempatkan dokter DJPJ secara full time di Poliklinik 3. Pembangunan Gedung Poliklinik (Penataan) 4. Melengkapi Peralatan Gedung Poliklinik 5. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Poliklinik
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	7 Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	1. Pembuatan Training Need Assesment (TNA) 2. Peningkatan Kompetensi Pendidik/Pelatih/CI/Dokdiknis 3. Penyediaan dana Peningkatan Kompetensi	1. Peningkatan Kompetensi Pendidik/Pelatih/CI/Dokdiknis 2. Penyediaan dana Peningkatan Kompetensi
		8 Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	1. Penyiapan Dokumen Akreditasi 2 (dua) Modul Pelatihan. 2. Self Asesmen Akreditasi Modul Pelatihan. 3. Pelaksanaan Akreditasi Modul Pelatihan. 3. Penyediaan Dana Pelaksanaan Akreditasi 2 (dua) Modul Pelatihan	1. Penyiapan Dokumen Akreditasi 4 (dua) Modul Pelatihan. 2. Self Asesmen Akreditasi Modul Pelatihan. 3. Pelaksanaan Akreditasi Modul Pelatihan. 3. Penyediaan Dana Pelaksanaan Akreditasi 4 (empat) Modul Pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9 Penurunan persentase angka Kematian Ibu	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Review Pedoman Pelayanan KIA 2. Peningkatan Kompetensi Perawat/Bidan. 3. Pembangunan Gedung KIA (Lanjutan) 4. Melengkapi Alat Medis di Gedung KIA yang diampu (3 RSUD di Prov Bali). 5. Penyebaran Pelayanan Ponek	1. Peningkatan Kompetensi Perawat/Bidan. 2. Melengkapi Alat Medis (Lanjutan) 3. Membangun Jejaring ke RSUD yang diampu. 4. Memantapkan Pelayanan Ponek 5. Kunjungan dan Pendampingan ke RSUD yang diampu (5 RSUP Bali, 1 di NTB, 1 di NTT). 6. Penyebaran pelayanan Ponek
		10 Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik	Perbaiki system dan monev	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	1. Penyusunan dan Pemeliharaan Modul RME 2. Melengkapi Peralatan IT yang mendukung RME	1. Pemeliharaan Modul RME 2. Melengkapi Peralatan IT yang mendukung RME. 3. Membuat Modul Pelayanan Telemedicine

No	Sasaran	Indikator Kinerja Unit	Program				
			2020	2021	2022	2023	2024
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	11 Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS )	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	1. Monitoring dan Evaluasi Pengelolaan BIOS 2. Pengendalianj Belanja berdasarkan skala Prioritas	1. Monitoring dan Evaluasi Pengelolaan BIOS 2. Pengendalianj Belanja berdasarkan skala Prioritas. 3. Pembuatan Modul Pengendalian Belanja pada SIMRS
		12 Meningkatnya jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	Pembinaan Pendampingan, Monev dan Tindak Lanjut	Pembinaan Pendampingan, Monev dan Tindak Lanjut	Pembinaan Pendampingan, Monev dan Tindak Lanjut	1. Melakukan Pendampingan pada RS yang ditunjuk. 2. Monitoring dan Evaluasi hasil Pendampingan	yang ditunjuk. 2. Monitoring dan Evaluasi hasil Pendampingan
		13 Persentase Pelaksanaan Sisrute	Penyusunan Modul, Monev dan Tindak lanjut	Penyusunan Modul, Monev dan Tindak lanjut	Penyusunan Modul, Monev dan Tindak lanjut	1. Sosialisasi Sisrute sampai ke tingkat Kabupaten/Kota dan RS seluruh Bali 2. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Sisrute.	1. Sosialisasi Sisrute sampai ke tingkat Kabupaten/Kota dan RS seluruh Bali 2. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Sisrute.
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14 Peningkatan kepuasan Pasien	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	1. Pelaksanaan Survey Kepuasan Pasien. 2. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey. 3. Penyediaan Dana untuk pelaksanaan Survey. 4. Tindak Lanjut hasil Survey.	1. Pelaksanaan Survey Kepuasan Pasien. 2. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey. 3. Penyediaan Dana untuk pelaksanaan Survey. 4. Tindak Lanjut hasil Survey.
		15 Peningkatan Kepuasan Pegawai	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	1. Penyusunan Instrumen Survey Kepuasan Pegawai. 2. Pelaksanaan Survey. 3. Monitoring Hasil Survey. 4. Tindaklanjut Hasil Survey	1. PenyusunanInstrumen Survey Kepuasan Pegawai. 2. Pelaksanaan Survey. 3. Monitoring Hasil Survey. 4. Tindaklanjut Hasil Survey

No	Sasaran	Indikator Kinerja Unit	Program				
			2020	2021	2022	2023	2024
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16 Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPNB	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	1. Review Tarif Pelayanan. 2. Penyusunan Taris Pelayanan Baru. 3. Penyusunan Tarif Pelatihan dan Pendidikan. 4. Penyusunan Kontrak Sewa Lahan RS. 5. Efisiensi Listrik, Telepon, Air.	1. Review Tarif Pelayanan. 2. Penyusunan Taris Pelayanan Baru. 3. Penyusunan Tarif Pelatihan dan Pendidikan. 4. Penyusunan Kontrak Sewa Lahan RS. 5. Efisiensi Listrik, Telepon, Air.
		17 Rasio PNBPNB Terhadap Biaya Operasional (POBO)	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	1. Monev dan Pengendalian Belanja, 2. Pengembangan sumber sumber Pendapatan diluar pelayanan 3. Analisis biaya pasien. 4. Efisiensi Pengeluaran pengeluaran	1. Monev dan Pengendalian Belanja, 2. Pengembangan sumber sumber Pendapatan diluar pelayanan. 3. Analisis biaya pasien. 4. Efisiensi Pengeluaran pengeluaran
		18 Current Rasio	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	1. Monev dan Pengendalian belanja, 2. Monev dan Pengendalian Persediaan, 3. Monev dan Pengendalian Piutang, 4. Pengembangan sumber sumber Pendapatan diluar pelayanan.	1. Monev dan Pengendalian belanja, 2. Monev dan Pengendalian Persediaan, 3. Monev dan Pengendalian Piutang, 4. Pengembangan sumber sumber Pendapatan diluar Pelayanan.
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19 Persentase terlaksananya Manajemen Risiko di RS	Penyusunan Risk Manajemen, Monev, tindak lanjut	Penyusunan Risk Manajemen, Monev, tindak lanjut	Penyusunan Risk Manajemen, Monev, tindak lanjut	1. Pelatihan/Pyegaran ttg Risk Manajemen 2. Penyusunan Risk Manajemen, 3. Monitoring dan Tindak Lanjut Manajemen Risiko 4. Tindak lanjut Hasil Risk Manajemen	1. Penyusunan Risk Manajemen, 2. Monitoring dan Tindak Lanjut Manajemen Risiko 3. Tindak lanjut Hasil Risk Manajemen
		20 Persentase terlaksananya tata Kelola BMN di RS	Penyusunan Pedoman Tata Kelola BMN, Monitoring dan Tindak Lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola BMN, Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola BMN, Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut	1. Penyusunan Pedoman Tata Kelola BMN, 2. Monitoring Tata Kelola BMN. 3. Tindak Lanjut hasil tata Kelola BMN	1. Review Pedoman Tata Kelola BMN, 2. Monitoring Tata Kelola BMN. 3. Tindak Lanjut hasil tata Kelola BMN

No	Sasaran	Indikator Kinerja Unit	Program					
			2020	2021	2022	2023	2024	
		21	Pesentase terlaksananya Pemusnahan Arsip di RS	Penyusunan Pedoman Tata Kelola Arsip, Monev dan Tindak Lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola Arsip, Monev dan Tindak Lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola Arsip, Monev dan Tindak Lanjut	1. Penyusunan Pedoman Tata Kelola Arsip. 2. Pelaksanaan Tata Kelola Arsip. 3. Penghapusan Arsip non Aktif 4. Monotiring dan Evaluasi Tata Kelola Arsip. 5. Tindak Lanjut Hasil Tata Kelola Arsip.	1. Review Pedoman Tata Kelola Arsip. 2. Pelaksanaan Tata Kelola Arsip. 3. Penghapusan Arsip non Aktif 4. Monotiring dan Evaluasi Tata Kelola Arsip. 5. Tindak Lanjut Hasil Tata Kelola Arsip.
		22	Persentase terlaksananya tata kelola Mutu RS	Penyusunan Pedoman Tata Kelola Mutu, Sosialisasi, Monitoring, Evaluasi dan Tindak lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola Mutu, Sosialisasi, Monitoring, Evaluasi dan Tindak lanjut	Evaluasi Pedoman Tata Kelola Mutu, Sosialisasi, Monitoring, Evaluasi dan Tindak lanjut	1. Penyusunan Pedoman Tata Kelola Mutu, 2. Pelaksanaan Akreditasi RS, WBK/WBBM 3. Monitoring dan Evaluasi tata Kelola Mutu 4. Tindak lanjut Hasil Tata Kelola Mutu	1. Penyusunan Pedoman Tata Kelola Mutu, 2. Pelaksanaan Akreditasi RS Pendidikan. 3. Monitoring dan Evaluasi tata Kelola Mutu 4. Tindak lanjut Hasil Tata Kelola Mutu



Tabel 10.  
KPI, Target dan Kegiatan Program Transformasi Kesehatan

No	Key Performance Indikator (KPI)	Target		Kegiatan	
		2023	2024	2023	2024
1	<b>Persentase perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan</b>	≥ 80%	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembangunan Gedung Parkir 5 lantai dan 1 Basement di Eks R. Ratna (268 Mobil).</li> <li>2. Membuat fasilitas Parkir di Lahan Rumah Dinas.</li> <li>3. Penataan lahan Parkir di Timur Perumahan Imigrasi.</li> <li>4. Penataan Taman di lingkungan RS.</li> <li>5. Penataan Ruang Tunggu di Poliklinik lama dan Loker Pendaftaran.</li> <li>6. Pengelolaan Toilet di tempat tempat umum (IGD, Poliklinik, WA).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penataan Gedung Parkir dan lahan lahan Parkir</li> <li>2. Penataan Taman di lingkungan RS.</li> <li>3. Penataan Ruang Tunggu di Poliklinik lama dan Loker Pendaftaran.</li> <li>4. Pengelolaan Toilet di tempat tempat umum (IGD, Poliklinik, WA)</li> <li>5. Penataan Jalan Bali dan Lingkungannya. (termasuk Kali, DSDP dan Telajakannya)</li> <li>6. Penyiapan SDM CS Out door. Indoor dan Pengamanan</li> </ol>
2	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survey pasien	Rate: ≥ 80	85%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan pasien terhadap kepuasan fasilitas</li> <li>2. Pelaksanaan Survey Kepuasan.</li> <li>3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan</li> <li>4. Tindak Lanjut hasil Survey.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan pasien terhadap kepuasan fasilitas</li> <li>2. Pelaksanaan Survey Kepuasan.</li> <li>3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan</li> <li>4. Tindak Lanjut hasil Survey.</li> </ol>
3	<b>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</b>	≤ 2 jam	≤ 2 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Poliklinik.</li> <li>4. Monitoring dan Evaluasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Poliklinik.</li> <li>4. Monitoring dan Evaluasi</li> </ol>
4	Waktu pemeriksaan Lab	≤ 1 jam	≤ 1 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium</li> </ol>
5	Waktu pemeriksaan Radiologi	≤ 1 jam	≤ 1 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium</li> <li>4. Menerapkan LIS secara mandiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan.</li> <li>2. Sosialisasi Kebijakan.</li> <li>3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium</li> <li>4. Menerapkan LIS secara mandiri</li> </ol>

No	Key Performance Indikator (KPI)	Target		Kegiatan	
		2023	2024	2023	2024
6	Penundaan waktu operasi elektif	≤ 3%	≤ 3%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyusun SPO /alur pelaksanaan operasi elektif di IBS</li> <li>2. Sosialisasi SPO/alur pelaksanaan operasi elektif di IBS ke KSM</li> <li>3. Monev capaian indikator penundaan waktu operasi elektif</li> <li>4. Memastikan waktu operasi pertama mulai jam 8 pagi</li> <li>5. Pelaksanaan finger print sebagai kinerja di kamar operasi</li> <li>6. Reviw pedoman.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review SPO /alur pelaksanaan operasi elektif di IBS</li> <li>2. Sosialisasi SPO/alur pelaksanaan operasi elektif di IBS ke KSM</li> <li>3. Monev capaian indikator penundaan waktu operasi elektif</li> <li>4. Memastikan waktu operasi pertama mulai jam 8 pagi</li> <li>5. Pelaksanaan finger print sebagai kinerja di kamar operasi</li> </ol>
7	Waktu masuk RI dan % Realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	≤ 1 jam; 90%	≤ 1 jam; 90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat /reviu SPO pemulangan pasien</li> <li>2. Membuat /reviu pemindahan pasien ke rawat inap</li> <li>3. Sosialisasi SPO</li> <li>4. Monev capaian indikator</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat /reviu SPO pemulangan pasien</li> <li>2. Membuat /reviu pemindahan pasien ke rawat inap</li> <li>3. Sosialisasi SPO</li> <li>4. Monev capaian indikator</li> <li>5. Reward and Punishment</li> </ol>
8	% pengurangan jumlah keluhan pasien	≥ 50%		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat Kebijakan ttg Waktu Pelayanan.</li> <li>2. Implementasi Kebijakan Pelayanan.</li> <li>3. Tindak Lanjut hasil Survey Kepuasan/Keluhan Pasien.</li> <li>4.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review Kebijakan.</li> <li>2. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP stanby dan merencanakan pulang H-1</li> <li>3. Monitoring dan Evaluasi</li> <li>4. Reward and Punishment</li> </ol>
9	Kecepatan menyelesaikan keluhan dengan kategori non-medis	≤ 1x24 jam	≤ 1x24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan terhadap kepuasan fasilitas</li> <li>2. Pelaksanaan Survey Kepuasan.</li> <li>3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan</li> <li>4. Tindak Lanjut hasil Survey.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan pasien terhadap kepuasan fasilitas</li> <li>2. Pelaksanaan Survey Kepuasan.</li> <li>3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan</li> <li>4. Tindak Lanjut hasil Survey.</li> </ol>
10	Ketepatan waktu pelayanan dokter di Poliklinik dan Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%	≥ 80%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat Kebijakan Pelayanan di Poliklinik dan Kebijakan Visite di RI</li> <li>2. Menempatkan DPJP di Poliklinik selama Jam Kerja.</li> <li>3. Monotoring dan Evaluasi Penempatan DPJP.</li> <li>4. Reward and Punishment</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review Kebijakan Pelayanan di Poliklinik dan Kebijakan Visite di RI</li> <li>2. Menempatkan DPJP di Poliklinik selama Jam Kerja.</li> <li>3. Monotoring dan Evaluasi Penempatan DPJP.</li> <li>4. Reward and Punishment</li> </ol>

No	Key Performance Indikator (KPI)	Target		Kegiatan	
		2023	2024	2023	2024
11	Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	≥ 50%	≥ 50%	1. Membuat Instrumen Kepuasan staf thd remunerasi 2. Pelaksanaan Survei Kepuasan staf ttg Remunerasi. 3. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan. 4. Tindak Lanjut Hasil Survey Kepuasan. 5. Membuat Usulan Revisi Remunerasi. 6. Revisi Pedoman Remunerasi.	1. Review Instrumen Kepuasan staf thd remunerasi 2. Pelaksanaan Survei Kepuasan staf ttg Remunerasi. 3. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan. 4. Tindak Lanjut Hasil Survey Kepuasan. 5. Membuat Usulan Revisi Remunerasi. 6. Revisi Pedoman Remunerasi.
12	Capaian indikator klinis sesuai PPK	≥ 80%	≥ 80%	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU, DM, PIE) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU, DM dan PIE)
13	Kepatuhan CP per KSM	≥ 80%	≥ 80%	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)
14	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record	100%	100%	1. Pembuatan Modul Registrasi Pasien Baru di SIMARS 2. Integrasi Modul seluruh Registrasi Pasien. 3. Integrasi Elektronik Medical record di seluruh unit Pelayanan 4. Monotoring dan Evaluasi Penerapan Registrasi dan Medical Record	1. Review Modul Registrasi Pasien Baru di SIMARS 2. Integrasi Modul seluruh Registrasi Pasien. 3. Integrasi Elektronik Medical record di seluruh unit Pelayanan 4. Monotoring dan Evaluasi Penerapan Registrasi dan Medical Record

Tabel 11. Indikator Klinis terkait dengan Program Pengampunan

a. Program Pengampunan Kanker

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	Kanker Payudara	1	Pasien yang menjalani kemoterapi rawat inap pulang dalam waktu 3 hari	80%	85%	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan CPW kemoterapi rawat inap untuk pasien Kanker Payudara. 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan SPO Kanker Payudara 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan
		2	Pasien yang menjalani kemoterapi rawat inap pulang dalam waktu 3 hari	80%	85%	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan CPW kemoterapi rawat inap untuk pasien Kanker Payudara. 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan SPO Kanker Payudara 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan
		3	Pasien kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna (tanpa booster) dalam 40 hari	80%	85%	1. Koordinasi BPJS terkait rujukan Registri kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna 2. Pembuatan PPK Radiasi eksterna 3. review SPO Radiasi Eksterna 4. Pemantauan OTT sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan.  5. Pengusulan pengaturan hari, distribusi tenaga dan jam pelayanan radioterapi, dengan kompensasi yang sesuai aturan dan berkeadilan bagi petugas.  6. Penambahan alat teleterapi □ Linac, untuk meningkatkan kapasitas pelayanan.	1. Koordinasi BPJS terkait rujukan Registri kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna 2. Pembuatan PPK Radiasi eksterna 3. review SPO Radiasi Eksterna 4. Pemantauan OTT sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan.  5. Pengusulan pengaturan hari dan jam pelayanan radioterapi, dengan kompensasi yang sesuai aturan dan berkeadilan bagi petugas.  6. Penambahan alat teleterapi □ Linac, untuk meningkatkan kapasitas pelayanan.

**b. Program Pengampuan Jantung.**

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	Stemi	1	Terapi reperfusi : 80 % dilakukan PCI primer : “door to balloon” < 90 menit	≥ 80 %	≥ 80 %	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan
		2	Mortalitas CABG severity I sebesar 10%	≤ 5 %	≤ 5 %	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan
		3	LOS <= 5 hari pada kasus dengan klasifikasi KILLIP 1	100%	100%	1. Pelatihan SDM perawat ICCU (bersertifikat kardas 3 bulan, rawat intensif 3 bulan) 2. Pelatihan SDM perawat PJT (UGD dan HCU) bersertifikasi kardas 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat ICCU (bersertifikat kardas 3 bulan, rawat intensif 3 bulan) 2. Pelatihan SDM perawat PJT (UGD dan HCU) bersertifikasi kardas 3 bulan

### c. Program Pengampuan Stroke

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	Stroke Iskemi	1	“Door to CT” 30 MENIT	80%	80%	1. Sosialisasi daring mengenai code stroke dan door to CT kepada dokter triage, perawat triage, radiografer, dan residen radiologi 2. simulasi Code Stroke di UGD 3. Monitoring kegiatan door to CT tiap 3 bulan 4. Menyusun SPO khusus Code Stroke di oleh sejawat TS Radiologi dan Patologi Klinik	1. Sosialisasi daring mengenai code stroke dan door to CT kepada dokter triage, perawat triage, radiografer, dan residen radiologi 2. simulasi Code Stroke di UGD 3. Monitoring kegiatan door to CT tiap 3 bulan 4. Menyusun SPO khusus Code Stroke di oleh sejawat TS Radiologi dan Patologi Klinik
		2	Trombolisis dengan rTPA	80%	80%	1. Case based discussion code stroke setiap bulan intern dpjp dan residen Neurologi	1. Case based discussion code stroke setiap bulan intern dpjp dan residen Neurologi
		3	LOS <7 hari	80%	80%	1. Melengkapi blangko monitoring selama pemberian alteplase, menjadi RM RSUP Prof. Ngoerah 2. Melengkapi check list pasien pulang menjadi RM RSUP Prof. Ngoerah 3. Evaluasi PPK dan CPW stroke iskemik 4. Meningkatkan peran perawat dan fisioterapis tersertifikasi stroke, dietisian	1. Melengkapi blangko monitoring ke sistem EMR 2. Melengkapi check list pasien pulang ke sistem EMR 3. Evaluasi PPK dan CPW stroke iskemik 4. Meningkatkan peran perawat dan fisioterapis tersertifikasi stroke, dietisian
		4	Pasien pulang hidup	80%	80%	1. Penyusunan PPK dan SPO tindakan trombektomi mekanis 2. Pengajuan alat-alat untuk tindakan trombektomi mekanis	1. Meningkatkan jumlah perawat tersertifikasi tindakan-tindakan neurointervensi

**d. Program Pengampuan Uronefro**

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	PGK	1	Pasien PGK st.5 dengan indikasi inisiasi dialysis yang dilakukan dialysis maksimal 1x24 jam	50%	60%	1. Memperkuat pendataan jumlah pasien CKD 5 yang diinisiasi di RSUP Prof. Ngoerah, sosialisasi target 24 jam untuk inisiasi dialysis, review SPO inisiasi dialysis 2. Membentuk dan memperkuat tim terpadu (dialisis dan akses vaskuler) yang terdiri dari Spesialis Konsultan, dr. spesialis dan tenaga penunjang 3. TOT dari SDM yang terkait 4. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan	1. Memperkuat pendataan jumlah pasien CKD 5 yang diinisiasi di RSUP Prof. Ngoerah 2. Membentuk dan memperkuat tim terpadu (dialisis dan akses vaskuler) yang terdiri dari Spesialis Konsultan, dr. spesialis dan tenaga penunjang 3. TOT dari SDM yang terkait 4. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan 5. Membuat pusat ginjal terpadu
		2	Pasien PGK st.5 dengan indikasi inisiasi dialysis yang dilakukan dialysis, mengalami perbaikan kondisi klinis yang berkaitan dengan komplikasi PGTA	70%	80%	1. Pengembangan layanan TPG terintegrasi yang khusus mengenai dialisis meliputi HD, HDF dan HF, hybrid dialysis, CRRT, dan CAPD 2. Pemasangan akses HD, pemasangan akses PD 3. Pembentukan tim home visit untuk pasien PD 4. TOT dari SDM yang terkait 5. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan	1. Pengembangan layanan TPG terintegrasi yang khusus mengenai dialisis meliputi HD, HDF dan HF, hybrid dialysis, CRRT, automated PD dan CAPD 2. Pemasangan akses HD, pemasangan akses PD 3. Pembentukan tim home visit untuk pasien PD 4. TOT dari SDM yang terkait 5. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan
2	Batu Saluran Kemih	1	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	90%	90%	1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi 2. Melengkapi sarana prasarana standar	1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi 2. Melengkapi sarana prasarana standar
		2	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal <2cm	60%	60%	1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi 2. Melengkapi sarana prasarana standar	1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi 2. Melengkapi sarana prasarana standar
		3	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid, maksimal 3 hari	80%	80%	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Review dan update manajemen klinis terapi invasif batu ginjal (Kebijakan, Alur, PPK dll)	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Review dan update manajemen klinis terapi invasif batu ginjal (Kebijakan, Alur, PPK dll)

e. Program Kesehatan Ibu dan Anak

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	BBLR	16	Kemampuan menangani BBLSR <1500 gr	85%	85%	1. Peningkatan kompetensi SDM (Perawat NICU) 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Ahur, SPO dll)	1. Peningkatan kompetensi SDM (Perawat NICU) 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Ahur, SPO dll)
		17	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	95%	95%	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Ahur, SPO dll)	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Ahur, SPO dll)
2	Pre Eklamsia/Eklamsia	18	Mortalitas ibu melahirkan dengan pre/eclampsia <30%	<30%	<30%	1. Kegiatan Penguatan Pengampuan KIA 2. SDM sudah cukup (residen) 3. Pengembangan SDM Perawat dan Kebidanan. (target <30%)	1. Kegiatan Penguatan Pengampuan KIA 2. SDM sudah cukup (residen) 3. Pengembangan SDM Perawat dan Kebidanan. (target <30%)



f. Program BGSi

No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan		Anggaran	
		2023	2024	2023	2024	2023	2024
	Penelitian Psoriasis	80 (Kasus dan Kontrol) Sampel	420 (Kasus dan Kontrol) Sampel	1. Rekrutmen Tim Peneliti. 2. Penyusunan Pedoman klinis Penelitian 3. Sosialisasi Penelitian. 4. Peningkatan Kompetensi SDM terkait Penelitian. 5. Pengambilan Sampel Penelitian 6. Transportasi Sample. 7. Analisa hasil penelitian	1. Rekrutmen Tim Peneliti. 2. Sosialisasi Penelitian. 3. Peningkatan Kompetensi SDM terkait Penelitian. 4. Pengambilan Sampel Penelitian 5. Transportasi Sample. 6. Analisa hasil Penelitian. 7. Pelaporan Hasil Penelitian. 9. Sosialisasi Hasil Penelitian. 10. Publish hasil penelitian ke Journal Internasional	1.440.565.350	1.772.400.125

**g. Program Pelayanan Beauty and Wellness**

No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan		Anggaran	
		2023	2024	2023	2024	2023	2024
1	Peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan layanan Wellnes			1. Membuat Pedoman Pelayann (Pedoman, SPO, Panduan) 2. Menyusun Tarif Layanan. 3. Memantapkan Kerjasama Luar Negeri (Korea Selatan dll) 4. Melengkapi Furniture dan Peralatan Non Medis. 5. Sosialisasi, Promosi Layanan 6. Penataan Taman, Ruang Tunggu. 8. Pelaksanaan Layanan Estetik	1. Kerjasama Luar Negeri (Korea Selatan dll) 2. Sosialisasi, Promosi Layanan 3. Promosi internal dan Eksternal. 4. Pelaksanaan layanan Estetik	1.440.565.350	1.772.400.125
2	Peningkatan Jumlah Perusahaan yang melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)			1. Membuat Pedoman Pelayann (Pedoman, SPO, Panduan) 2. Menyusun Tarif Layanan. 3. Kerjasama dengan Perusahan perusahaan 4. Sosialisasi, Promosi Layanan 5. Pelaksanaan Layanan MCU 6. Pelatihan oleh Tim Mark Plus.	1. Promosi External melalui Perusahaan perusahaan. Pelaksanaan Layanan MCU. 3. Minotoring dan Evaluasi	1.500.000.000	

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Dengan tersusunnya Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Prof. dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar tahun 2020-2024 Revisi 2 ini diharapkan dapat terbentuk keselarasan gerak langkah dari seluruh pemangku kepentingan (stakeholders) di rumah sakit, sehingga tercapai visi yang dicita-citakan. Rencana Strategis Bisnis ini diharapkan dapat digunakan secara internal oleh seluruh pegawai secara vertikal dan horizontal dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumberdaya di rumah sakit dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis dalam kurun periode 2020-2024.

Revisi ini dilakukan untuk menyesuaikan dengan Revisi Rencana Strategis Kementerian kesehatan serta menyesuaikan dengan Program Transformasi di Bidang Kesehatan yang dicanangkan oleh Kementerian kesehatan serta menyesuaikan dengan Program Pengampujan dari Kementerian Kesehatan.

Masukan serta kritik yang bersifat membangun kiranya dapat menjadi bahan evaluasi bagi perbaikan Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini di masa yang akan datang. Rencana Strategis Bisnis ini terbuka untuk dilakukan revisi apabila terjadi perubahan baik dalam lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit.

## LAMPIRAN 1. RUMUS INDIKATOR KINERJA UNIT

### 1. Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

a.	<b>Judul Indikator</b>	Peningkatan persentase Kompetensi SDM pemberi pelayanan
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Peningkatan pengembangan kualifikasi kompetensi dan pendidikan SDM pemberi pelayanan sesuai dengan Prioritas pelayanan
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Meningkatnya kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayan unggulan dan pelayan prioritas
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Persentase SDM pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendapat peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan
i.	<b>Target Pencapaian</b>	86%
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	1. SDM yang memenuhi criteria Tugas Belajar 2. SDM yang diusulkan dari unitnya untuk mengikuti pelatihan -
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% = \dots\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	Laporan Kegiatan di Bagian Diklit
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap Bulan

<b>n.</b>	<b>Periode Analisis</b>	Satu Tahun
<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase dalam bentuk tabel
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Koordinator Diklit



<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kerta kerja angka kematian neonatus
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. Instalasi Rawat Inap

### 3. Meningkatnya kunjungan pasien jantung

a.	<b>Judul Indikator</b>	Meningkatnya Kunjungan Pasien Jantung
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) merupakan salah satu pelayanan unggulan di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar yang memiliki fasilitas, prasarana, maupun SDM, yang menangani berbagai jenis penyakit jantung dan pembuluh darah pada berbagai usia.
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien jantung di poliklinik PJT RSUP Sanglah
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar. Pelayanan di PJT menghasilkan layanan spesialisik dan subspecialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga untuk itu diperlukan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
i.	<b>Target Pencapaian</b>	10%
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan layanan di Poliklinik PJT
		Eksklusi:
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	Instalasi PJT



<b>m.</b>	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan
<b>n.</b>	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan
<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Total sampling pasien PJT
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas Kerja kunjungan pasien di PJT
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. Instalasi PJT

#### 4. Meningkatnya pelayanan kemoterapi Day Care

a.	<b>Judul Indikator</b>	Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i>
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Instalasi Kanker terpadu adalah unit pelayanan medik dan penunjang yang memberikan pelayanan pada penderita kanker di RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar, salah satunya adalah pelayanan kemoterapi <i>day care</i> . Pelayanan kemoterapi <i>day care</i> merupakan salah satu pengembangan pelayanan untuk para pasien kanker. Dengan pelayanan kemoterapi <i>Day Care</i> ini, maka memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap.
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i> adalah pelayanan kemoterapi yang diberikan kepada pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi dengan regimen yang diberikan dalam waktu kurang dari 6 jam
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
i.	<b>Target Pencapaian</b>	5%
j.	<b>Kriteria:</b>	Inklusi: Semua pasien kemoterapi yang mendapatkan layanan <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi:

<b>k.</b>	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
<b>l.</b>	<b>Sumber Data</b>	Instalasi Kanker Terpadu
<b>m.</b>	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan
<b>n.</b>	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan
<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Total sampling pasien pasien kemoterapi <i>day care</i> instalasi kanker Terpadu
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas Kerja pasien kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Rawat Inap

### 5. Meningkatnya jumlah pasien operasi

a.	<b>Judul Indikator</b>	Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Kamar operasi merupakan salah satu sumber daya yang dimiliki oleh RS yang memerlukan pengelolaan dengan baik karena melibatkan banyak sumber daya terutama sarana prasarana peralatan yang canggih, mahal serta mengikuti perkembangan teknologi kedokteran sehingga perlu ada upaya untuk meningkatkan utilisasi kamar operasi serta pengaturan pengoperasiannya
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan gambaran tingkat utilisasi kamar operasi dalam kegiatan operasi elektif serta peran KSM dan DPJP dalam perencanaan operasi
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome Input                      / <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi
i.	<b>Target Pencapaian</b>	2%
j.	<b>Kriteria:</b>	Inklusi: Semua tindakan yang dilakukan oleh DPJP di kamar operasi
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi:
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	IBS
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan
n.	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan

<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Total sampling tindakan operasi di kamar operasi
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas kerja tindakan operasi per kamar operasi di seluruh kamar operasi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. IBS

## 6. Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan

a.	<b>Judul Indikator</b>	Meningkatnya Kunjungan Pasien Rawat Jalan
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan gambaran angka kunjungan pasien rawat jalan baik melalui poliklinik maupun emergensi
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan ke seluruh poliklinik rawat jalan dan emergensi.
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan di poliklinik rawat jalan dan emergensi dikurangi jumlah pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
i.	<b>Target Pencapaian</b>	7%
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di poliklinik rawat jalan dan emergensi Eksklusi:
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	IRJ, PJT, IGD, Wing Amerta
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan
n.	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan
o.	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	<b>Sampel</b>	Total sampling/total kunjungan pasien non BPJS

<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas kerja kunjungan pasien non BPJS
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. IRJ, Ka. Instalasi PJT, Ka. IGD

## 7. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

<b>Judul Indikator</b>	Persentase Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik Klinis dan SDM Diklat
<b>Dasar Pemikiran</b>	Dengan peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan
<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Untuk meningkatkan kompetensi Clinical Teacher dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik.
<b>Definisi Operasional</b>	Rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC
<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
<b>Numerator (Pembilang)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah SDM Pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT dan</li> <li>Jumlah SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC</li> </ol>
<b>Denominator (Penyebut)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Total seluruh SDM Pendidik Klinis</li> <li>Jml seluruh SDm Diklat yang memenuhi persyaratan pelatihan</li> </ol>
<b>Target Pencapaian</b>	80%
<b>Kriteria:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>SDM RS yang ditetapkan dengan SK sebagai pendidik klinis</li> <li>SDM yang bekerja di Bagian Diklat</li> </ol>
	-
<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% + \dots\% = \text{Persentase}$ <p>Rata-rata = Persentase SDM pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT + Persentase SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC</p>
<b>Sumber Data</b>	Laporan Kegiatan Bagian Diklat
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	<u>Setiap Bulan</u>
<b>Periode Analisis</b>	Setiap Tri Wulan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent



<b>Sampel</b>	Total Sample
<b>Rencana Analisis</b>	Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Laporan Kegiatan Bagian Diklit
<b>Penanggung Jawab</b>	Koordinator Diklit

## 8. Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi

a.	<b>Judul Indikator</b>	<b>Jumlah pelatihan yang sudah di akreditasi oleh Badan PPSDM Kesehatan</b>
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Penyelenggaraan setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Acc</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien <i>essible</i>
d.	<b>Tujuan</b>	Semua pelatihan yang diselenggarakan mendapatkan persetujuan legal aspek dan kompeten
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesehatan untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang akan diselenggarakan
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah pelatihan yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah pelatihan yang sudah mendapatkan rekomendasi dari Badan PPSDM Kesehatan
i.	<b>Target Pencapaian</b>	10 Pelatihan (100%)
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Pelatihan yang diselenggarakan oleh Bagian Diklit RSUP Sanglah Pelatihan yang diampun oleh bagian Diklit RSUP Sanglah
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% = 100\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	Laporan Kegiatan Bagian Diklit
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan

n.	<b>Periode Analisis</b>	Tri Wulan
o.	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	<b>Sampel</b>	Total Sample
q.	<b>Rencana Analisis</b>	Analisis menggunakan table distribusi dan persentase
r.	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Laporan kegiatan Bagian Diklit
s.	<b>Penanggung Jawab</b>	Koordinator Diklit

## 9. Persentase Kematian Ibu

a.	<b>Judul Indikator</b>	Persentase Kematian Ibu
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Tingginya kematian Ibu disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosis dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain.
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan gambaran angka kematian Ibu di RSUP Sanglah
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Persentase Kematian Ibu adalah jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri dibagi jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah dikali 100%
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah
i.	<b>Target Pencapaian</b>	4,5%
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri Eksklusi:
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 1 \text{ menit} = \dots \text{menit}$
l.	<b>Sumber Data</b>	IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan

<b>n.</b>	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan
<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas kerja angka kematian ibu
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. IGD, Ka. Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI

## 10. Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

**Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA 2022  
 Rumah Sakit Umum dan Khusus**

<b>Nama Indikator</b>	<b>: Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)</b>
Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Manajemen Informasi
Perspektif	: Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Rumah sakit dapat mengelola data rekam medis secara elektronik
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan <i>Responsiveness</i>
Tujuan	: Meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	: Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital.
	: Resume Medis adalah ringkasan dari Rekam Medis yang memuat informasi tentang identitas pasien, diagnosis, hasil pemeriksaan, terapi dan tindakan yang diberikan serta anjuran
	: Informasi kesehatan dalam RME tersebut harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS. Informasi kesehatan yang ada di dalam RME tidak terbatas pada riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, tetapi juga informasi tagihan pembayaran, pemberian obat, dan demografi pasien. RME tersebut dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS yang bertugas dengan jaminan keamanan data, kerahasiaan dan privasi data pasien.
Frekuensi Pengumpulan	: Bulanan
Pelaporan Data	: Bulanan
Periode Analisa	: Triwulan (Akumulatif)
Periodisasi Target IKT	: Triwulan (Akumulatif)
	: Sistem RME diterapkan di semua pelayanan dan terintegrasi lengkap. Diterapkan artinya RS sudah memiliki standar dan rencana penerapan RME secara luas dan keseluruhan di RS. Data RME tersebut harus dapat digunakan dalam pengambilan keputusan tindakan medis, permintaan tes laboratorium, radiologi, evaluasi hasil tes dan seterusnya. Tidak ada lagi kertas fisik dokumen rekam medis (paper-less)*. Terintegrasi lengkap artinya pertukaran data antar instalasi/ruang pelayanan tidak lagi menggunakan kertas fisik, tetapi dilakukan secara digital dan dapat diakses di seluruh unit kerja internal RS secara langsung ( <i>real time</i> ). *) dikecualikan untuk dokumen <i>informed consent</i>

Perjanjian Tingkat Layanan atau Service Level Agreement (SLA) adalah adalah Dokumen kontrak yang menjamin tingkat performa untuk berbagai macam metrik layanan seperti kecepatan dan ketersediaan layanan teknologi informasi. SLA dibuat sesuai kemampuan sumber daya masing-masing RS. SLA ditandatangani antara penyedia layanan SI/TI RS (sesuai produk layanan SI/TI nya, penyedia layanan TI/SI tersebut dapat terdiri dari pihak internal maupun eksternal RS) dengan Direktur pelayanan medik RS atau pihak lain yang dianggap relevan. SLA harus dievaluasi secara berkala oleh RS dalam bentuk laporan Evaluasi dan dilakukan perubahan Dokumen Kontrak SLA sesuai kebutuhan RS.

Perencanaan Kelangsungan Bisnis atau Business Continuity Plan (BCP) merupakan rincian Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang bagaimana suatu organisasi merencanakan agar pelayanan utama organisasi tetap terjaga dan/atau dapat segera dipulihkan setelah terjadinya suatu bencana atau insiden. BCP dibuat oleh keseluruhan elemen dalam organisasi. BCP harus dapat menjelaskan secara spesifik tindakan apa yang dilakukan ketika bencana atau insiden terjadi, tidak hanya tindakan dari sisi teknologinya saja.

IT Disaster Recovery Plan (DRP) merupakan Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang rencana pemulihan fungsi-fungsi layanan TI setelah bencana atau insiden terjadi.

DRP dapat menjadi bagian dari BCP, akan tetapi dalam kasus tertentu, DRP dapat berdiri sendiri (contoh ketika terjadi kebakaran di data centre RS).

Vulnerability Test atau Uji Kerentanan adalah melakukan "penyerangan" ke dalam sistem internal organisasi itu sendiri untuk mencari dan menemukan kerentanan yang ada di dalam sistem sebelum diserang/dilakukan oleh pihak-pihak yang tidak diinginkan.

Pengujian dapat dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal RS.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak internal, pegawai yang melakukan uji kerentanan tersebut wajib menandatangani perjanjian dengan atasan langsung atau pihak lain yang ditunjuk RS, dimana perjanjian tersebut berisikan izin untuk melakukan pengujian. sehingga bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, pegawai tersebut tidak dapat dituntut atau dikenai hukuman disiplin.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak eksternal RS, perjanjian atau kontrak pengujian haruslah spesifik menuliskan apa-apa saja yang akan dilakukan sebelum, selama, dan sesudah pengujian. Selama pengujian dilakukan, tidak diperbolehkan adanya penyimpangan dari kontrak yang sudah disepakati.

Sebagai tambahan, uji kerentanan terkadang membuat sistem menjadi "crash" atau menimbulkan kerusakan lainnya. Kontrak/perjanjian yang dibuat tidak boleh menyalahkan penguji internal RS jika kerusakan tersebut terjadi. Akan tetapi, untuk penguji eksternal RS diwajibkan memiliki jaminan akan kemungkinan kerusakan tersebut terjadi. Penguji kerentanan tidak boleh datang dari kalangan hacker atau mantan hacker.

Formula

Dokumentasi Uji Kerentanan minimal terdiri dari:

1. Petugas/Pihak Penguji;
2. Skenario Pengujian;
3. Tools/alat yang digunakan;
4. Periode/waktu Pengujian dilakukan;
5. Kontrak/Perjanjian Kesepakatan antara Penguji dengan RS;
6. Laporan Hasil Pengujian;
7. Rekomendasi Perbaikan Sistem oleh penguji yang ditandatangani atasan langsung penguji atau pihak lain yang ditunjuk RS;
8. Rencana Tindak Lanjut.

Kategori Penilaian:

Sistem Penilaian diambil dari:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Laboratorium;
3. Pelayanan Farmasi;
4. Pelayanan Radiologi;
5. Pelayanan Rawat Inap;
6. Pelayanan Rawat Jalan.

Dimana untuk setiap pelayanan dihitung dengan skala penilaian:

0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai **0,875**;

2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai **1,75**;

3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai **3,5**;

Khusus untuk Pelayanan Rawat Jalan, menggunakan skala penilaian sebagai berikut:

0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai **1,875**;

2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai **3,75**;

3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai **7,5**;

Sehingga bila keenam layanan tersebut telah diterapkan RME akan mendapat nilai **25**.

Apabila keenam pelayanan tersebut telah diimplementasikan dan telah terintegrasi lengkap, maka terdapat penambahan nilai sebesar **10**. Sehingga pada RS yang melakukan implementasi di 6 layanan dan telah terintegrasi lengkap mendapat nilai **35**.

Penilaian terkait SLA, dihitung dengan skala penilaian:

0 : Tidak ada SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi tidak diimplementasikan, Nilai **3,75**;

2 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai **7,5**;

3 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan serta terdapat bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai **15**;





## 11. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)

2.

Lampiran II  
Surat Direktur Pembinaan PK BLU  
Nomor : 5-7/PB.5/2022  
Tanggal : 11 Januari 2022

### Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem / BIOS)

Area	Manajerial					
Kategori Indikator	Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS)					
Perspektif	Learning and growth					
Sasaran Strategis	Untuk meningkatkan kinerja layanan dan keuangan BLU					
Dimensi Mutu	Sistem informasi BLU yang andal dan modern					
Tujuan	Untuk mengukur tingkat modernisasi pengelolaan BLU dalam mendukung peningkatan layanan serta peningkatan akuntabilitas dan akurasi manajemen dalam pengambilan keputusan					
Definisi Operasional	Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun 2022 berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan.					
	Terdapat 8 (delapan) Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS) dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan:					
	Urutan Tahapan	Variabel	Nilai Penambah (%)*	Nilai Pengurang (%)**		
	<b>1</b>	<b>Pengisian data profil, layanan dan keuangan pada BIOS secara lengkap dan up to date , dengan sub variabel:</b>				
		<b>Mengelola dan memiliki data BIOS (info umum, info khusus, info keuangan) yang up to date :</b>				
		1.1) Memiliki dan mengelola data Informasi umum dan data organisasi			-	2%
		1.2) Memiliki dan mengelola data SDM pada setiap awal tahun dan setiap kali ada perubahan jumlah dan komposisi SDM.			-	2%
		1.3) Memiliki dan mengelola data SWOT			-	2%
		1.4) Memiliki data info keuangan, melakukan penyampaian/upload Catatan Atas Laporan Keuangan SAIBA BLU			-	2%
		<b>Penggunaan modul-modul pada BIOS</b>				
		1.5) Melakukan input data kontrak kinerja pada modul kontrak kinerja			-	2%
		1.6) Memberikan tanggapan atas rekomendasi pada Laporan Dewas, dengan menyusun rencana aksi atas rekomendasi dan saran dewas.			-	2%
		1.7) Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaan Dit. PPK BLU dan Kanwil, dengan menyusun rencana aksi atas rekomendasi hasil pembinaan Dit. PPK BLU dan Kanwil			-	4%
		1.8) Menggunakan modul Tarif dengan optimal				
		Melakukan input/upload Laporan atas pelaksanaan Tarif Layanan BLU pada Modul Tarif (5-24/PB.5/2021)			-	2%
		Melakukan proses pengajuan usulan tarif baru/revisi (jika ada)			-	1%
	1.9) Melakukan Proses pengajuan remunerasi baru/revisi pada modul remunerasi (jika ada)			-	2%	
	1.10) Melakukan Perekaman summary data Rencana Strategis Bisnis terakhir dan melakukan Penyampaian RBA (upload dokumen RSB dan RBA)			-	2%	
	1.11) Melengkapi dokumen digital pada modul dokumentasi dengan melakukan upload dokumen sesuai dengan jenis dokumennya			-	2%	
	1.12) Memiliki Standard Operating Procedures (SOP) updating data pada BIOS			-	2%	
	<b>2</b>	<b>Tersedianya website yang representatif dan up to date , dengan sub variabel:</b>				
		2.1) Memiliki Website dengan data profil, alamat, kontak layanan (helpdesk), berita, produk layanan, tarif layanan (layanan utama), pengaduan pelanggan yang informatif dan up to date			-	2%
		2.2) Memiliki menu feedback/survey kepuasan produk layanan			-	2%
		Dengan data responden/pengguna layanan terhubung simrs/simbalai			3%	-
		2.3) Memiliki fitur jadwal layanan (contoh: rawat jalan, hari dan jam praktek masing-masing dokter)			-	2%
		2.4) Memiliki menu informasi ketersediaan tempat tidur yang real time			-	2%
		2.5) Memiliki Menu Pendaftaran antrian layanan utama (contoh: pendaftaran rawat jalan online)			-	2%
	Terdapat monitoring antrian layanan utama (contoh: monitoring antrian rawat jalan)			3%	-	
	2.6) Memiliki SOP pengelolaan website			-	2%	
	<b>3</b>	<b>Terbentuknya database terpusat, dengan sub variabel:</b>				
		3.1) Memiliki database terpusat/single database untuk data layanan dan/atau keuangan Satker BLU			-	2%
		3.2) Mengelola dan memiliki data database yang up to date dan valid			-	2%
	3.3) Memiliki SOP pengelolaan database			-	2%	
	<b>4</b>	<b>Implementasi capturing data dari database BLU ke BIOS, dengan sub variabel:</b>				
		4.1) Mengimplementasikan Capturing Data dari Database BLU ke BIOS (bukan mekanisme interface/manual) (BLU Bakti atau dengan Webservice)			-	2%
	4.2) Memiliki Kelengkapan data sesuai dengan spesifikasi otomatis yang ditentukan berdasarkan kebutuhan BIOS			-	2%	

	Variabel	Nilai Penambah (%)*	Nilai Pengurang (%)**
	4.3) Memiliki data hasil <i>Capturing</i> merupakan data valid/terbaru	-	2%
	4.4) Memiliki SOP <i>Capturing Data</i> dan/atau <i>Webservice</i> dari database BLU ke BIOS	-	2%
5	<b>Tersedianya Dashboard untuk kebutuhan manajerial dan realtime, dengan sub variabel</b>		
	5.1) BLU memiliki dashboard untuk manajerial (bukan dari aplikasi BIOS)	-	2%
	5.2) Memiliki kelengkapan data pada Dashboard sbb : ***		
	Kinerja Layanan Utama,		
	Keuangan (realisasi belanja, realisasi pendapatan, rekapitulasi hutang dan piutang BLU)	0%	3%
	IKI dan IKT Pemimpin BLU		
	5.3) Kebutuhan data pada dashboard secara otomatis dari aplikasi SIMRS atau sejenis (tidak didapatkan dengan manual input)	-	2%
	5.4) Dashboard telah digunakan dalam rapat manajerial		2%
	<b>Implementasi Maturity Rating</b>		
	5.5) Melaksanakan sosialisasi internal terkait Maturity Rating dan terimplementasi pada BIOS (data dukung: absensi, notulensi, dokumentasi, disampaikan melalui BIOS)	4%	
5.6) Melaksanakan <i>self assessment Maturity Rating</i> TA 2021 menggunakan LK Unaudited, (menggunakan menu pada BIOS dan/atau Kertas Kerja Excel)	5%		
6	<b>Optimalisasi penggunaan fasilitas dari perbankan, dengan sub variabel</b>		
	6.1) Ketersediaan <i>Cash Management System (CMS)</i> dari perbankan	-	2%
	6.2) Mengoptimalkan penggunaan CMS (minimal: inquiry, transfer, remunerasi)	-	2%
	6.3) Memiliki SOP pengelolaan rekening dengan menggunakan CMS	-	2%
	6.4) Pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account	-	2%
	6.5) Penyediaan fitur pembayaran online/pembayaran digital/cashless (m-banking, i-banking, sms banking, uang digital/uang elektronik) ***	15%	-
	(Per transaksi dan/atau jumlah rupiah)		
	s.d. 25% = 3% (s.d. 25% dari jml transaksi dan/atau jml rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 3%)		
	lebih dari 25% s.d. 50% = 5% (lebih dari 25% s.d. 50% dari jml transaksi dan/atau jml rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 5%)		
	lebih dari 50% s.d. 75% = 10% (lebih dari 50% s.d. 75% dari jml transaksi dan/atau jumlah rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 10%)		
lebih dari 75% = 15% (lebih dari 75% dari jml transaksi dan/atau jumlah rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 15%)			
6.6) Terimplementasinya aplikasi pengelolaan penerimaan dari perbankan yang terintegrasi dengan SIM RS/Balai sehingga seluruh penerimaan langsung diterima oleh pihak perbankan tanpa melalui kasir BLU (24 jam 7 hari)	5%	-	
7	<b>Implementasi Maturity Rating</b>		
	6.7) Memiliki Penyimpanan Data Online, yang berisi kelengkapan bukti dukung <i>Maturity Rating assessment</i> per indikator, per kriteria (menyediakan link tautan online yang dapat diakses)	5%	-
	<b>Menggunakan E-Office untuk pengelolaan tata naskah dinas (paperless) dengan sub variabel:</b>		
	7.1) Aplikasi e-office digunakan secara aktif oleh BLU untuk kegiatan surat menyurat (mulai dari surat masuk, disposisi, konsep surat keluar, sampai net surat menggunakan aplikasi***)	-	4%
	7.2) Aplikasi e-office dapat diakses dari mana saja dan kapan saja (versi mobile app android/iOS)	-	2%
	7.3) Aplikasi e-office memiliki fungsi sebagai penyimpanan arsip digital/e-filing	-	2%
	7.4) Aplikasi e-office memiliki kemudahan untuk pencarian dokumen	-	2%
	7.5) Sudah mengimplementasikan DS (digital signature)	5%	-
	7.6) Memiliki fasilitas absensi online menggunakan e-office yang hasil rekapitulasinya terkoneksi dengan penilaian individu pegawai.	5%	-
	<b>Implementasi Maturity Rating</b>		
7.7.M Melaksanakan <i>self assessment Maturity Rating</i> TA 2021 menggunakan LK Audited, (BIOS dan atau Kertas Kerja Excel)	5%	-	
7.8.M Memiliki output dari Aplikasi Internal yang memenuhi bukti dukung Aspek Kapabilitas Internal Lv 4 (Predictable) ***	10%	-	
3.1 Output Aplikasi menampilkan IKI individu, Tren, prediksi iki beserta komentar dan argumen penjelasan			
3.2 Output Aplikasi menampilkan IKI dan IKT Pemimpin BLU per unit layanan terkait, Tren, prediksi Iku beserta komentar dan argumen penjelasan			

		Variabel	Nilai Penambah (%) <sup>*</sup>	Nilai Pengurang (%) <sup>**</sup>
<b>8</b>	<b>Memiliki Proses Bisnis Layanan keuangan yang berbasis teknologi informasi dengan sub variabel :</b>			
		8.1) Pengelolaan barang persediaan (Medis dan Nonmedis) sudah berbasis TI (pengadaan – data barang persediaan – penggunaan) dan terintegrasi/mekanisme backup restore dengan SIMAK BMN.	-	2%
		8.2) Pengelolaan belanja rutin (perjalanan dinas, keperluan sehari-hari) BLU sudah berbasis TI (pengajuan Uang Muka, pertanggungjawaban, s.d. pembayaran)		2%
		8.3) Memiliki SOP pengelolaan barang persediaan dan pengelolaan belanja rutin yang berbasis TI		2%
		8.4) Penyusunan perencanaan tahun anggaran berikutnya (rincian belanja per unit kerja) pada RBA sudah secara bottom up, terintegrasi, dan berbasis TI		2%
		8.5) Data pendapatan dan belanja yang digunakan untuk menyusun laporan keuangan didapatkan secara otomatis dari titik-titik penerimaan dan pengeluaran serta terintegrasi dalam aplikasi TI		2%
		8.6) <b>Data utang</b> didapatkan oleh bagian akuntansi secara otomatis dan terintegrasi dari penerima barang dan/atau pelaksana kegiatan, <b>data piutang</b> didapatkan oleh bagian akuntansi secara otomatis dan terintegrasi dari bagian pengelola piutang dan terintegrasi dalam aplikasi SIMRS atau sejenis <b>***</b> )	5%	2%
		8.7) Memiliki SOP Data Pendapatan, Belanja dan utang-piutang yang berbasis TI <b>***</b> )	-	2%
		8.8) Memiliki aplikasi TI yang terintegrasi dengan SIMRS atau aplikasi sejenis untuk Pembukuan Bendahara Penerimaan dan Pengeluaran PNPB BLU (BKU, Buku Pembantu, Pengawasan Anggaran)	5%	-
		8.9) Memiliki Aplikasi TI yang terintegrasi dengan SIMRS atau aplikasi sejenis untuk memonitor tindak lanjut temuan auditor eksternal dan internal serta rekomendasi movev DR PPK BLU dan Rekomendasi Dewas	5%	-
		<b>Implementasi Maturity Rating</b>		-
	8.10) Memiliki output dari Aplikasi Internal yang memenuhi bukti dukung Aspek Kapabilitas Internal Lv 4 (Predictable) <b>***</b> )	10%		
	3.3 Memiliki Aplikasi untuk memonitor tindak lanjut, feedback terkait tata kelola TI, misal hasil temuan audit TI.			
	3.4 Keluhan Pelanggan dapat dimonitor melalui Dashboard IKI/IKT Pemimpin BLU			
Keterangan:				
	<sup>*</sup> )	Nilai Penambah adalah nilai yang ditambahkan jika realisasi kinerja BLU dapat melampaui tahapan yang ditargetkan oleh BLU		
	<sup>**</sup> )	Nilai Pengurang adalah nilai yang dikurangkan jika realisasi kinerja BLU tidak dapat memenuhi tahapan yang ditargetkan oleh BLU		
	<sup>***</sup> )	Nilai secara proposional		
Frekuensi	: Triwulanan			
Periodisasi Target IKT	: Triwulanan			
Standar	100% dengan penjelasan :			
	<b>Semester</b>	<b>Tahap yang harus diselesaikan</b>		
	Triwulan I (TW I)	Tahap 1 s.d. 5		
	Triwulan II (TW II)	Tahap 1 s.d. 4 & 6		
	Triwulan III (TW III)	Tahap 1 s.d. 4 & 7		
	Triwulan IV (TW IV)	Tahap 1 s.d. 4 & 8		
Target	Keterangan :			
	1.	Nilai Standar 100% pada Triwulan I adalah selesainya Tahap 1 s.d. 5 di luar variabel dengan nilai penambah		
	2.	Nilai Standar 100% pada Triwulan II adalah selesainya Tahap 1 s.d. 4 & 6 di luar variabel dengan nilai penambah		
	3.	Nilai Standar 100% pada Triwulan III adalah selesainya Tahap 1 s.d. 4 & 7 di luar variabel dengan nilai penambah		
	4.	Nilai Standar 100% pada Triwulan IV adalah selesainya Tahap 1 s.d. 4 & 8 di luar variabel dengan nilai penambah		
	5.	Variabel dengan nilai penambah hanya dapat diperhitungkan untuk capaian kinerja triwulan berkenaan dan diperhitungkan satu kali		
	: Ilustrasi Penentuan Target oleh BLU sebagai berikut:			
	<b>A.</b>	RS "A" pada TW I ingin mengambil target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d. 5), maka target RS "A" pada TW I adalah = <b>100%</b>		
	<b>B.</b>	RS "B" pada TW II (tahap sesuai standar adalah tahap 1 s.d. 4 & 6) memperkirakan tidak dapat menyelesaikan sub variabel "Pembayaran Jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account" Target TW II (Tahap 1 s.d. 4 & 6) : 100% Target variabel "Pembayaran Jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account" = 2% Maka target RS "B" menentukan target pada TW II adalah : 100% - 2% = 98%		

Formula Perhitungan Realisasi	<b>Formulasi:</b> <b>100% + [Nilai Penambah(%)] – [Nilai pengurang(%)]</b>
	<b>Contoh:</b>
	<p>RS "A", pada TW I memiliki target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d. 5), 100%. RS "A" dapat merealisasikan semua sub variabel pada tahap 1 s.d. 5. kecuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ) Tidak memiliki data info keuangan, melakukan penyampaihan/upload Catatan Atas Laporan Keuangan SAIBA BLU (2%)</li> <li>* ) Tidak melakukan Perekaman summary data Rencana Strategis Bisnis terakhir dan melakukan Penyampaihan RBA (upload dokumen RSB dan RBA) (2%)</li> <li>* ) Belum terdapat pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account (2%)</li> </ul> <p>Nilai penambah tahap 1 s.d. 5 = 25%</p> <p>Nilai pengurang tahap 1 s.d. 5 = 2% + 2% + 2% = 6%</p> <p>maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "A" adalah:</p> <p><b>100% + 25% - 6% = 119%</b></p>
	<p>RS "B" pada TW II memiliki target sesuai standar (100% ; tahap 1 s.d. 4 &amp; 0 ) pencapaian RS "B" antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ) Belum ada Cash Management System (CMS) dari perbankan (0%)</li> <li>* ) Sudah mengimplementasikan DS (digital signature ) (5%) (penambah tahap 7)</li> <li>* ) Sudah memiliki Penyimpanan Data Online, yang berisi kelengkapan bukti dukung Maturity Level assessment per indikator, per kriteria (menyediakan link tautan online yang dapat diakses) (5%)</li> </ul> <p>maka perhitungan realisasi untuk TW II untuk RS "B" adalah:</p> <p><b>100% - 0% + 5% = 99%</b> (nilai penambah pada tahap 7 tidak diperhitungkan di TW II karena nilai penambah hanya dapat diperhitungkan untuk capaian kinerja triwulan berkenaan)</p>
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data pada BIOS dan data pada sistem informasi BLU; dan</li> <li>2. Data primer sebagai pembandingan/penguji kevalidan data yang terekam pada sistem</li> </ol>
Kriteria Penilaian	$C_n = \left( \left( \alpha \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left( (1 - \alpha) \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>R : Nilai Realisasi yang dicapai</p> <p>α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%)</p> <p>1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)</p>
PIC	Seluruh Direksi

## 12. Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan

a.	<b>Judul Indikator</b>	Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	RSUP Sanglah sebagai rumah sakit tersier dipandang perlu melakukan pendampingan ke RS daerah untuk meningkatkan pelayanan di RS daerah tersebut
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Access</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Meningkatkan pelayanan di RS yang didampingi agar sesuai dengan yang ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan RI
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Melakukan pendampingan ke RS Daerah
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	-
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	-
i.	<b>Target Pencapaian</b>	4 RS
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: RS Daerah yang didampingi Eksklusi:
k.	<b>Formula</b>	-
l.	<b>Sumber Data</b>	RS yang didampingi
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap empat bulan
n.	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan
o.	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	<b>Sampel</b>	RS yang didampingi
q.	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang

<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Laporan Pendampingan RS
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Koordinator Pelayanan Medis

### 13. Persentase Pelaksanaan Sisrute

a.	<b>Judul Indikator</b>	Persentase pelaksanaan sisrute
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	Salah satu tolak ukur mutu layanan di ruang emergensi adalah <i>respon time</i> terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sisrute.
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan <i>respon time</i> kurang dari 1 jam 70%
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Sistem rujukan yang terintegrasi
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon di IGD oleh MOD dalam waktu <1 jam
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Sanglah
i.	<b>Target Pencapaian</b>	70%
j.	<b>Kriteria:</b> • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua pasien gawat; pasien darurat dan pasien gawat darurat
		Eksklusi: Situasi bencana (disaster) / musibah massal
k.	<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	<b>Sumber Data</b>	IGD
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Setiap bulan
n.	<b>Periode Analisis</b>	Triwulan



<b>o.</b>	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
<b>p.</b>	<b>Sampel</b>	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang dirujuk yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu <1 jam
<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kertas kerja Waktu tanggap kedaruratan di IGD
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Ka. IGD

#### 14. Peningkatan Kepuasan Pasien

Nama Indikator	:	<b>Kepuasan Pasien</b>
Area	:	Manajerial
Kategori Indikator	:	Peningkatan Kualitas Pelayanan
Perspektif	:	<i>Customer Orientation</i>
Sasaran Strategis	:	Peningkatan mutu pelayanan kesehatan
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada Pasien
Tujuan	:	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu pelayanan
Definisi Operasional	:	<p>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</p> <p>3. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</p> <p>4. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</p> <p>5. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>c. Waktu Penyelesaian.</li> <li>d. Biaya/Tarif.</li> <li>e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>f. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>g. Perilaku Pelaksana.</li> <li>h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>i. Sarana dan prasarana.</li> </ol> <p>6. Acuan yang dipakai adalah <b>Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 tahun 2017</b> tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik</p>

Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulan
Pelaporan Data	:	Semesteran
Periode Analisa	:	Tahunan
Periodisasi Target IKT	:	Tahunan
Inklusi	:	Semua Pasien yang mampu dan bersedia mengisi kuesioner
Eksklusi	:	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	:	Sesuai Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 tahun 2017
Sumber Data	:	Survey kepuasan pasien yang dilakukan oleh <b>pihak eksternal</b> BLU
Standar		<b>80 (maximize)</b>
PIC	:	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Direktur Umum dan Operasional/Kabid Pelayanan Medik/Kabid Humas

## 15. Peningkatan Kepuasan Pegawai

a.	<b>Judul Indikator</b>	Tingkat kepuasan pegawai
b.	<b>Dasar Pemikiran</b>	SDM yang memiliki tingkat kepuasan tinggi, akan menghasilkan kinerja yang tinggi untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas
c.	<b>Dimensi Mutu</b>	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	<b>Tujuan</b>	Mengetahui factor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan sehingga dapat dilakukan perbaikan. Factor-faktor ini antara lain: kepuasan terhadap pekerjaannya, gaji, promosi, atasan rekan.
e.	<b>Definisi Operasional</b>	Kepuasan adalah perasaan senang terhadap hasil dari harapan
f.	<b>Jenis Indikator</b>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	<b>Numerator (Pembilang)</b>	Total nilai persepsi (1-4)
h.	<b>Denominator (Penyebut)</b>	Total jumlah responden
i.	<b>Target Pencapaian</b>	77%
j.	<b>Kriteria:</b>	Pegawai yang telah bekerja diatas satu tahun
	• Inklusi	Pegawai yang telah bekerja dibawah satu tahun
	• Eksklusi	
k.	<b>Formula</b>	(Total nilai persepsi (1-4) : total jumlah responden) x 25%
l.	<b>Sumber Data</b>	SDM
m.	<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Sekali setahun pada TW III hingga TW IV
n.	<b>Periode Analisis</b>	Sekali setahun pada TW III hingga TW IV
o.	<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Melalui sistem informasi
p.	<b>Sampel</b>	Seluruh pegawai RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar

<b>q.</b>	<b>Rencana Analisis</b>	Analisa Deskriptif
<b>r.</b>	<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Kuesioner
<b>s.</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	Koordinator SDM

## 16. Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP

a.	Judul Indikator	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor : 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui besaran peningkatan pendapatan PNBP setiap tahunnya
e.	Definisi Operasional	Kemampuan Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan pendapatan PNBP setiap tahun
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Penerimaan Tahun Berjalan dikurangi Penerimaan Tahun Sebelumnya
h.	Denominator (Penyebut)	Penerimaan Tahun Sebelumnya
i.	Target Pencapaian	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP di Tahun 2022 sebesar 15 %
j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Seluruh Penerimaan PNBP
		Selain Penerimaan PNBP

k.	Formula	$X = \frac{\text{Penerimaan Tahun Berjalan} - \text{Penerimaan Tahun Sebelumnya}}{\text{Penerimaan Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$
l.	Sumber Data	Laporan Penerimaan PNB
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
n.	Periode Analisis	Per Bulan
o.	Cara Pengumpulan Data	Studi Dokumentasi
p.	Sampel	Laporan Penerimaan
q.	Rencana Analisis	Diagram Batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
s.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

## 17. Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional ( POBO )

Lampiran II  
Surat Direktur Pembinaan PK BLU  
Nomor : S- 7/PB.5/2022  
Tanggal : 11 Januari 2022

### Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional ( POBO )

Area	:	Manajerial
Kategori Indikator	:	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional ( POBO )
Perspektif	:	Keuangan
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBPN dan APBN
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien.
Definisi Operasional	:	<p>Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p>Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
Periodisasi Target IKT	:	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
Numerator	:	Pendapatan PNBPN
Denominator	:	Beban Operasional
Formula	:	Pendapatan PNBPN/Beban Operasional x 100%
Inklusi	:	-
Ekstusi	:	-
Sumber Data	:	Laporan Keuangan SAIBA BLU setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU
Standar	:	<p>35% untuk Balai Paru, RS Mata Makassar</p> <p>45% untuk RS Jiwa, RSUP sebelumnya RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi, RS Otak M. Hatta Bukittinggi, dan Balai Lab Kesehatan</p> <p>75% untuk RSUP dan RS selain yang disebutkan diatas</p>
Kriteria Penilaian	:	$C_1 = \left\{ \left( \alpha \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left( (1 - \alpha) \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)  T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)  R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBPN / Biaya Operasional x 100%]  α : Nilai Bobot kinerja  1- α : Nilai Bobot kinerja</p>
PIC	:	Direktur Keuangan



## 18. Current Rasio

a.	Judul Indikator	<b>Rasio Lancar ( Current Ratio )</b>
b.	Dasar Pemikiran	Rasio Lancar ( Current Ratio ) merupakan salah satu indicator kinerja utama / IKU yang ditetapkan pada RSB RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar tahun 2020 - 2024
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kesehatan rumah sakit
e.	Definisi Operasional	Rasio Lancar ( current ratio ) adalah rasio likuiditas untuk mengukur kemampuan Rumah sakit untuk membayar utang jangka pendek atau yang jatuh tempo dalam 1 tahun dengan asset lancar yang dimiliki
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Aset Lancar
h.	Denominator (Penyebut)	Kewajiban janka pendek
i.	Target Pencapaian	520 %

j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi : Aset lancar seperti : kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain – lain, persediaan, uang muka, dan biaya yang dibayar di muka Kewajiban jangka pendek : utang kepada pihak ketiga																
		Eksklusi : Kewajiban jangka pendek yang berupa pendapatan diterima di muka																
k.	Formula	$\frac{\text{Aset lancar}}{\text{Kewajiban jangka pendek}} \times 100\%$																
l.	Sumber Data	Laporan Keuangan Rumah Sakit ( Neraca )																
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari Kerja																
n.	Periode Analisis	Setiap 3 bulan ( triwulan )																
o.	Cara Pengumpulan Data	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan																
p.	Sampel	-																
q.	Rencana Analisis	Analisis Rasio Lancar ( current ratio ) berdasarkan Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomer Per 24/PB/2018 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum ( BLU ) Bidang Layanan Kesehatan Skor Rasio Lancar ( Current Ratio ) sebagai berikut :																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rasio lancar ( current ratio ) %</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RL &gt; 600</td> <td>2.75</td> </tr> <tr> <td>480 &lt; RL ≤ 600</td> <td>2.25</td> </tr> <tr> <td>360 &lt; RL ≤ 480</td> <td>1.75</td> </tr> <tr> <td>240 &lt; RL ≤ 360</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>120 &lt; RL ≤ 240</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>0 &lt; RL ≤ 120</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>RL = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Rasio lancar ( current ratio ) %	Skor	RL > 600	2.75	480 < RL ≤ 600	2.25	360 < RL ≤ 480	1.75	240 < RL ≤ 360	1.25	120 < RL ≤ 240	0.75	0 < RL ≤ 120	0.5	RL = 0	0
		Rasio lancar ( current ratio ) %	Skor															
		RL > 600	2.75															
		480 < RL ≤ 600	2.25															
		360 < RL ≤ 480	1.75															
		240 < RL ≤ 360	1.25															
		120 < RL ≤ 240	0.75															
		0 < RL ≤ 120	0.5															
RL = 0	0																	
r.	Instrumen Pengambilan Data	Buku Besar masing – masing Akun Laporan Neraca Rumah Sakit																

s.	Penanggung Jawab	Sub Koordinator Akuntansi
----	------------------	---------------------------



m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan.
n.	Periode Analisis	Triwulanan
o.	Cara Pengumpulan Data	Rekapitulasi laporan pengampu/pemilik risiko
p.	Sampel	Sensus
q.	Rencana Analisis	Deskriptif
r.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan dan data terkait yang ada di SIMARS
s.	Penanggung Jawab	Ketua Subkom Manajemen Risiko/Ketua KMRS

**20. Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS**

a.	Judul Indikator	Terkelolanya Barang Milik Negara
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomer 181 / Pmk. 06/2016 Tentang Penatausahaan Barang Milik Negara
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Acce</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien <input type="checkbox"/> <i>ssible</i>
d.	Tujuan	Tertib administrasi dalam pengelolaan Barang Milik Negara
e.	Definisi Operasional	Pengelolaan Barang Milik Negara adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau berasal dari perolehan lainnya yang sah dalam suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah barang milik negara yang masuk dan tercatat di Aplikasi sampai akhir tahun
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah barang milik negara yang sudah didistribusikan sampai akhir tahun
i.	Target Pencapaian	80 %
j.	Kriteria:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inklusi</li> <li>• Eksklusi</li> </ul>	
k.	Formula	
l.	Sumber Data	Data Pengadaan barang
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Triwulan

n.	Periode Analisis	Setiap triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	Concurrent
p.	Sampel	Data Pengadaan barang
q.	Rencana Analisis	Menggunakan diagram batang dan diagram garis
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Akuntansi dan BMN

## 21. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS

a.	Judul Indikator	Pemusnahan Arsip
b.	Dasar Pemikiran	Sebagian besar arsip yang sudah tidak memiliki nilai guna, telah habis retensinya dan berketerangan dimusnahkan berdasarkan Jadwal Retensi Arsip (JRA), tidak ada peraturan perundang-undangan yang melarang, dan tidak berkaitan dengan penyelesaian proses suatu perkara harus dimusnahkan. Sebagian besar arsip yang sudah tidak memiliki nilai guna, telah habis retensinya dan berketeran
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tujuan pemusnahan arsip antara lain adalah untuk efisiensi dan efektivitas kerja, serta penyelamatan informasi arsip itu sendiri dari pihak-pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya
e.	Definisi Operasional	Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan
h.	Denominator (Penyebut)	Target kegiatan pemusnahan arsip
i.	Target Pencapaian	2 (dua) kali dalam setahun
j.	Kriteria:	Arsip yang telah masuk dalam jadwal retensi
	• Inklusi	Arsip yang belum masuk dalam jadwal retensi
	• Eksklusi	
k.	Formula	$\frac{\text{kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan}}{\text{target kegiatan pemusnahan arsip}} \times 100\%$
l.	Sumber Data	Jadwal Retensi Arsip (JRA)



m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari Kerja
n.	Periode Analisis	Setiap 3 bulan ( triwulan )
o.	Cara Pengumpulan Data	Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan
p.	Sampel	-
q.	Rencana Analisis	-
r.	Instrumen Pengambilan Data	-
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Umum

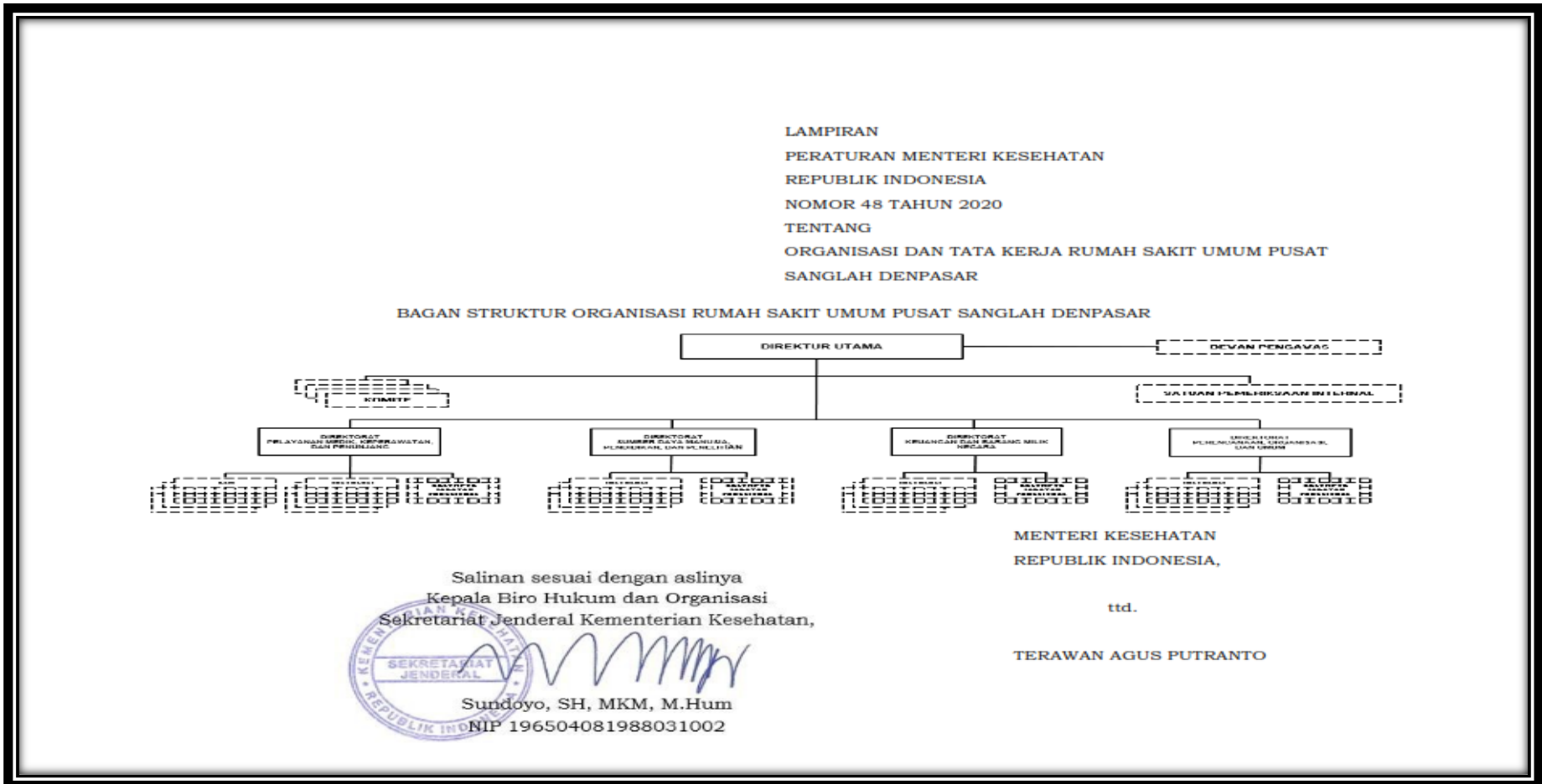
## 22. Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS

a.	Judul Indikator	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS						
b.	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMK nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit</li> <li>• Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> <li>• Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit</li> </ul>						
c.	Dimensi Mutu	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i></td> <td style="width: 50%; border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i></td> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/<i>Accessible</i></td> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i>							
<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i>							
<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien							
d.	Tujuan	Meningkatnya mutu pelayanan						
e.	Definisi Operasional	Tata Kelola mutu rumah sakit merupakan pelaksanaan standar akreditasi rumah sakit (Nasional maupun Internasional), dan standar WBK/WBBM						
f.	Jenis Indikator	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Struktur / Input</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Outcome</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> Proses</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Proses Outcome</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Struktur / Input	<input type="checkbox"/> Outcome	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses Outcome		
<input type="checkbox"/> Struktur / Input	<input type="checkbox"/> Outcome							
<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses Outcome							

g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi, WBK/WBBM
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi, WBK/WBBM
i.	Target Pencapaian	≥ 80%
j.	Kriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inklusi</li> <li>• Eksklusi</li> </ul>	Inklusi: semua elemen penilaian dalam akreditasi RS, WBK/WBBM
		Eksklusi: -
k.	Formula	$N/D \times 100\%$
l.	Sumber Data	Self assessment
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Waktu/periode berjalan dalam setahun
n.	Periode Analisis	Setiap tahun (akhir tahun 2022)
o.	Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
p.	Sampel	Total elemen penilaian akreditasi rumah sakit, WBK/WBBM
q.	Rencana Analisis	Rekapan hasil capaian dengan menggunakan grafik batang

r.	Instrumen Pengambilan Data	Tools self assessment
s.	Penanggung Jawab	Ketua KMRS

Lampiran 2. Struktur Organisasi



### Lampiran 3.

#### **Rumusan Pernyataan Visi, Misi, Falsafah, Motto, Keyakinan Dasar dan Logo RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar.**

##### **a. VISI:**

**Visi RSUP Sanglah/RSUP Prof.Dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** sebagai berikut:  
**“Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri, Tahun 2024”**

##### **b. MISI:**

Visi tersebut diupayakan untuk dicapai melalui Misi. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar sebagai rumah sakit pemerintah harus dikembangkan secara berkelanjutan untuk mewujudkan rumah sakit pendidikan rujukan nasional yang unggul, mandiri dan berkeadilan, **maka misi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar** ini dijabarkan menjadi

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
2. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
4. Menciptakan Tata Kelola RS yang baik.
5. Membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait.

##### **c. TUJUAN STRATEGIS** Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah:

- 1) Terselenggaranya Pelayanan Kesehatan yang Paripurna, Mandiri dan terjangkau,
- 2) Terselenggaranya Pendidikan dan Penelitian yang berdaya saing dan Berbudaya,
- 3) Terwujudnya Tata Kelola RS yang Baik

**d. FALSAFAH RSUP SANGLAH:**

*”Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian”.*

**e. MOTTO RSUP PROF. DR. I.G.N.G.NGOERAH DENPASAR:**

*Motto: ”IKHLAS MELAYANI”*

**f. KEYAKINAN DASAR**

Disamping Visi, Misi dan Falsafah di atas, RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar telah melakukan evaluasi terhadap **Keyakinan Dasar** yang akan dijadikan pedoman bagi segenap pegawai RSUP Sanglah/RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dalam berinteraksi dengan segenap stakeholders di kehidupan sehari-hari. *Keyakinan Dasar* berjumlah 5 (lima) yaitu:

- 1. Integritas**
- 2. Profesional**
- 3. Tat Twam Asi**
- 4. Efektif**
- 5. Kebersamaan**

Arti kelima keyakinan dasar tersebut adalah sebagai berikut:

1. Integritas  
Keselarasan antara ucapan, pikiran dan tindakan
2. Profesional  
Melaksanakan tugas dengan penuh tanggungjawab sesuai keahlian dan terus mengupayakan pengembangan diri
3. Tat Twam Asi  
Peduli; belarasa, peka dalam melayani kebutuhan pelanggan, tulus ikhlas
4. Efektif

Memfaatkan sumber daya sesuai kebutuhan dengan menggunakan waktu, tenaga dan biaya secara tepat

5. **Kebersamaan**

mampu bekerjasama dengan kompetensi yang sesuai dengan tugasnya untuk mencapai visi dan misi organisasi

**g. LOGO RSUP PROF.DR.I.G.N.G. NGOERAH**

Gambar Logo RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah



Logo dari RSUP Prof.dr I G.N.G. Ngoerah adalah simbol "Kayonan" yang bermakna Bumi beserta isinya.

Penjelasannya adalah sebagai berikut:

**1. Akar Yang Kokoh**

- a) Warna Hijau tua, bermakna kematangan
- b) Bermakna, RSUP Prof. I G.N.G. Ngoreah memiliki pondasi (Sumber Daya ) yang kokoh dan mengakar kuat di masyarakat.

**2. Dua Tangan Menggenggam**

- a) Tangan merupakan simbol "Kerja dan Melayani"
- b) Dua tangan bermakna sinergi, kerjasama, keseimbangan masyarakat

**3. Daun Kehidupan**

- a) Tiga daun disebelah kanan melambangkan "Tri Kaya Parisudha"
- b) Tiga Daun disebelah kiri melambangkan "Tri Hita Karana"



- c) Warna Hijau Muda yang bermakna daun yang masih terus bertumbuh dan mengandung banyak "klorofil" sebagai sumber Penghidupan
- d) Daun, banyak digunakan sebagai bahan obat "Ubad"

**4. Globe:**

- a) Warna biru bermakna unggul, elegan & canggih
- b) Lambang dunia, diharapkan RSUP Prof I G.N.G. Ngoerah meraih kemasyuran dan bersaing di kancah Dunia dibidang Pelayanan, Pendidikan & Penelitian Kesehatan

#### Lampiran 4 . Arah dan Kebijakan Stakeholders Inti

Kegiatan menampung arah dan kebijakan Stakeholder dilakukan untuk mencari masukan demi kepentingan dan pencapaian Visi RSUP Prof. dr. I.G.N.G.Ngoerah Denpasar. Analisis aspirasi ini didahului oleh kompilasi mengenai **“Harapan dan Kekhawatiran”** berbagai stakeholders inti rumah sakit. Analisis ini menjelaskan apa saja harapan dan kekhawatiran dari setiap *stakeholders* inti rumah sakit. Pihak-pihak utama ini meliputi: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana,, Pemerintah Daerah, Insitusi Pendidikan Kedokteran terkait, pasien, karyawan, supplier, dll. Hasil kompilasi dari berbagai stakeholder inti rumah sakit ini dapat dilihat pada table di bawah ini.

**Tabel Analisis stakeholders inti**

NO	Komponen Stakeholders Inti	Harapan	Kekhawatiran
1	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan/ Ketua Dewan Pengawas RSUP Sanglah	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Isue Strategis yang harus diselesaikan: Stunting, SDM Unggul, JKN, Yankes Dasar,, RS harus mampu berinovasi</li> <li>– RS mengembangkan pelayanan unggulan.</li> <li>– DPJP standby di Poliklinik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agar RS mampu bersaing</li> <li>– RS Mampu mengembangkan pelayanan dengan sasaran pasien non BPJS.</li> <li>– Tidak mampu memberikan pelayanan yang optimal</li> <li>– Tidak mampu memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit</li> </ul>
2	FK UNUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pelayanan bisa dilakukan dengan 2 shift seperti di Kamar Operasi serta di Poliklinik</li> <li>– Memprioritaskan pendidikan, penelitian dan pelayanan</li> <li>– Menjadi wahana pendidikan dokter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Biaya praktek di rumah sakit tinggi</li> <li>– Sarana/prasarana tidak memadai</li> <li>– Lebih mengutamakan pelayanan daripada pendidikan dan penelitian</li> <li>– Tidak tercapainya proses pendidikan yg baik</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>primer, spesialisasi dan subspecialistik</li> <li>- Terselenggaranya proses pendidikan dengan baik</li> <li>- Mahasiswa berpraktek sesuai standar RS</li> <li>- Mahasiswa bisa mendapatkan ilmu dan teknologi</li> <li>- Menciptakan dokter berkualitas dan kompeten</li> <li>- Pembiayaan peserta didik ke RS minimal</li> <li>- Turut monitor peserta didik secara kontinyu</li> <li>- Proses pendidikan unggul</li> <li>- Indikator no 7 sebaiknya berbunyi” Keberadaan DPJP diseluruh Poliklinik”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lulusan dokter tdk berkualitas.</li> <li>- Peserta didik bekerja sendiri tanpa bimbingan terstruktur</li> <li>- Dikawatirkan yang memberikan pelayanan hanya residen saja, sehingga Dekan sangat mendukung diterapkannya 2 shift untuk pelayanan OK dan POLiklinik.</li> </ul>
3	Dinas Kesehatan Kota Denpasar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUP Sanglah sebaiknya melakukan kerjasama dengan seluruh Stekholder.</li> <li>- Surveillance ditingkatkan.</li> <li>- PKMRS ditingkatkan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peran RSUP Sanglah menjadi lebih komprehensif.</li> </ul>
4	Komkordik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan sistem HAS, RSUP Sanglah sebaiknya membuat Renstra bersama dengan FK Unud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terjadi koordinasi yang baik dalam mencapai tujuan bersamaAntrean panjang</li> </ul>
5	RSUD Gianyar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat jelas Visi dan Misi RSUP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjadi panduan RSUP untuk</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisa SWOT agar diperlihatkan sehingga menjadi jelas</li> </ul>	mencapat tujuan yang diharapkan
6	Perwakilan Masyarakat (Kepala Dusun Sanglah Barat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUP Sanglah sebaiknya ikut dalam kegiatan di Masyarakat sekitar RS, seperti Penyuluhan, menjaga kebersihan dlll.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar RSUP Sanglah tidak dijauhi oleh Masyarakat sekitar</li> </ul>
7	SDM (karyawan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjadi sejahtera</li> <li>- Kepastian karir</li> <li>- Lingkungan kerja nyaman dan aman</li> <li>- Kesempatan mengembangkan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penghasilan tidak memadai</li> <li>- Tidak ada perbedaan penghasilan antara yang rajin dengan malas</li> <li>- Tidak ada kepastian karir</li> </ul>

## Lampiran 5. Identifikasi dan penentuan Bobot analisa SWOT

### Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot kekuatan

No	FAKTOR KEKUATAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Rumah Sakit Pendidikan Klas A	0.20	9	1.80
2	Rumah Sakit Rujukan Nasional	0.20	9	1.80
3	Terstandard Akreditasi Nasional dan Internasional	0.01	9	0.09
4	Jumlah dan Jenis SDM Subspesialis cukup memadai	0.20	9	1.80
5	Jenis pelayanan yang beragam dan lengkap	0.20	9	1.80
6	memiliki lahan yang luas.	0.01	8	0.08
7	Memiliki IT mandiri	0.18	9	1.62
		1.00		8.99

### Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Kelemahan

No	FAKTOR KELEMAHAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Gedung banyak yang tua dan rusak	0.30	8	2.40
2	Peralatan medis kuno dan kurang	0.20	8	1.60
3	Penerapan budaya kerja belum optimal	0.10	7	0.70
4	Lembaga Diklat RS belum terakreditasi	0.30	8	2.40
5	Ketersediaan dana operasional RS belum mencukupi	0.10	5	0.50
		1.00		7.60

### Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Peluang

No	FAKTOR PELUANG	BOBOT	RATING	NILAI
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	0.50	10	5.00
2	Kerjasama dengan asuransi lain	0.15	8	1.20
3	Sebagai lahan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.	0.10	7	0.70
4	Sebagai Wahana penelitian	0.05	6	0.30
5	RS berkedudukan di daerah Pariwisata (Health Tourism)	0.10	8	0.80
6	Adanya skema Pembiayaan rumah sakit dari KPBU dan PHLN	0.10	6	0.60
		1.00		8.60

### Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Ancaman

No	FAKTOR ANCAMAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Munculnya kompetitor dari RS lain	0.01	4	0.04
2	Pengetatan anggaran dari kementerian Kesehatan	0.01	2	0.02
3	Meningkatnya tuntutan hukum oleh masyarakat terkait pelayanan RS	0,05	6	0.30
4	Perkembangan IPTEKDOKKES yang begitu cepat yang sulit diikuti	0.10	4	0.40
5	Ketergantungan pada pembayaran klaim BPJS	0.70	8	5.60
6	Sistem Rujukan berjenjang	0.03	2	0.06
7	Ketersediaan barang di e-catalog	0.10	3	0.30
		1.00		6.72

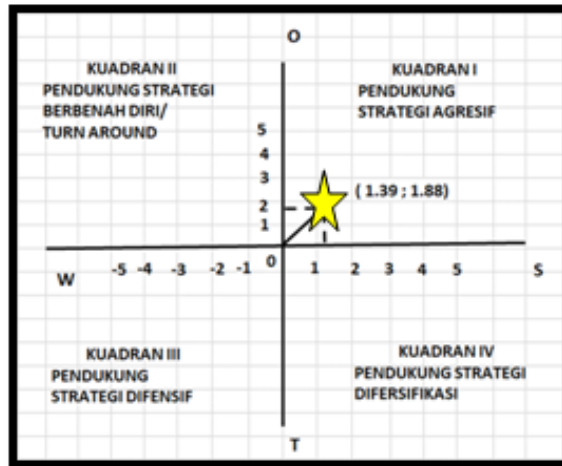
Nilai Sumbu X = total nilai terbobot **Kekuatan** dikurangi total nilai terbobot **Kelemahan**.

$$\text{Nilai Sumbu X} = 8.99 \text{ (Tabel 7)} - 7.60 \text{ (Tabel 8)} = 1,39$$

Nilai Sumbu Y = total nilai terbobot **Peluang** dikurangi total nilai terbobot **Ancaman**

$$\text{Nilai Sumbu Y} = 8,60 \text{ (Tabel 9)} - 6,72 \text{ (Tabel 10)} = 1,88$$

Sehingga dari perhitungan di atas, posisi Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah/Prof.dr. I G.N.G. Ngoerah dapat dilihat pada Gambar di bawah ini.



Berdasarkan gambar di atas, posisi RSUP Sanglah jatuh di kwadran I, yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. Oleh karena itu, maka strategi yang sebaiknya ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi Integrasi horizontal dan strategi Integrasi kedepan (forward)

## Lampiran. 6. Pemetaan Risiko.

No	Indikator Kinerja	PIC	No	Daftar Risiko	Level Kemungkinan Risiko	Level Dampak Resiko	RISK LEVEL
1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	SDM	1	Tidak lengkapnya usulan peningkatan kompetensi pada TNA dari unit kerja.	3	3	9 (S)
			2	Program pelatihan dari Diklit tidak sesuai TNA	2	4	8 (S)
			3	Alokasi anggaran untuk diklit peningkatan kompetensi tidak mencukupi kebutuhan	4	4	16 (ST)
2	Penurunan angka kematian neonatus	MEDIK	4	Kurang baiknya kondisi pasien yang dirujuk.	4	4	16 (ST)
			5	Ketidak seragaman pemberian pelayanan pada neonatus.	4	4	16 (ST)
3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	MEDIK	6	Belum optimalnya mutu pelayanan bagi pasien jantung	3	4	12 (T)
			7	Belum lengkapnya fasilitas pendukung.	2	4	8 (S)
4	Peningkatan jumlah pelayanan kemoterapi day care	MEDIK	8	Tertundanya pasien mendapat tindakan kemoterapi day care.	3	5	15 (ST)
5	Peningkatan jumlah pasien Ope	MEDIK	9	Belum optimalnya pemanfaatan kamar operasi.	5	4	20 (ST)
6	Peningkatan jumlah kunjungan	MEDIK	10	Kurangnya minat dokter untuk praktek sore di rawat jalan	4	4	16 (ST)
			11	Belum samanya perspektif antara RS dan dokter terkait hak dan kewajiban (yang tertuang pada Kebijakan RS tentang Dokter Praktik di Rawat Jalan)	3	3	9 (S)
			12	Kurang disiplinnya DPJP dalam melaksanakan Pelayanan	3	4	12 (T)
7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih.	SDM	13	Kurangnya alokasi anggaran untuk pengembangan (meningkatkan kompetensi) SDM Pendidik dan Pelatih.	4	3	12 (T)
8	Terakreditasinya Modul Pelatihan	SDM	14	Minimnya dukungan berbagai stakeholders pemilik Modul Pelatihan	4	2	8 (S)
			15	Belum semua pelatihan yang ada, terakreditasi BPPSDM Kesehatan	3	2	6 (S)
9	Penurunan persentase angka Kematian Ibu	MEDIK	16	Ketidakeragaman pelayanan pasien.	4	4	16 (ST)
10	Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik	POU/MEDIK	17	Belum optimalnya penginputan RME oleh user.	4	4	16 (ST)
			18	Belum lengkapnya form rekam medis elektronik yang ada di SIMARS.	4	3	12 (T)
11	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS )	KEU	19	Adanya keraguan terhadap kehandalan sistem (BIOS)	4	5	20 (ST)
12	Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan.	MEDIK	20	Tidak terselenggaranya pendampingan pelayanan sesuai jadwal (timeline).	5	4	20 (ST)



No	Indikator Kinerja	PIC	No	Daftar Resiko	Level Kemungkinan Resiko	Level Dampak Resilo	RISK LEVEL
13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	MEDIK	21	Belum baiknya pemahaman staf RS perujuk akan pentingnya menginput data rujukan melalui SISRUTE.	5	3	15 (ST)
			22	Belum baiknya pemahaman staf Fasyankes perujuk terhadap pentingnya memasukkan data rujukan melalui sistem SISRUTE.	5	3	15 (ST)
			23	Belum semua fasyankes memiliki fasilitas SISRUTE yang memadai, sehingga merujuk pasien melalui SISRUTE tidak dilakukan, akibatnya laporan rujukan pasien melalui SISRUTE tidak valid	5	3	15 (ST)
14	Peningkatan kepuasan pasien	POU	24	Pasien yang memerlukan kunjungan ke lebih dari satu poliklinik harus berkunjung pada hari berikutnya.	4	4	16 (ST)
			25	Pasien lama menunggu kamar	4	4	16 (ST)
			26	Excelence service tidak tercapai	3	4	12 (T)
			27	Rendahnya <i>response time</i>	3	4	12 (T)
15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	SDM	28	Tidak transparannya proses penilaian kinerja pegawai.	3	4	12 (T)
			29	Belum lengkap/mendukungnya fasilitas penunjang pegawai untuk bekerja seperti peralatan medis, komputer, software (aplikasi).	3	3	9 (S)
			30	Belum baiknya penataan sistem promosi dan pengembangan karir pegawai.	2	3	6 (S)
			31	Masih adanya enempatan pegawai yg tdk sesuai kompetensi.	2	3	6 (S)
			32	Belum optimalnya kerjasama tim	2	3	6 (S)
16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	KEU	33	Krn keterlambatan pembayaran klaim	3	2	6 (S)
			34	Penurunan jumlah kunjungan pasien	3	2	6 (S)
17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	KEU	35	Pembayaran piutang pelayanan menjadi lebih dari 60 hari,	4	4	16 (ST)
			36	Tenaga sering diperbantukan (kurangnya dukungan staf), ( tidak optimalnya penyelesaian dokumen tagihan pelayanan pada bulan bersangkutan),	3	4	12 (T)
			37	Meningkatnya biaya operasional	2	4	8 (S)
			38	Inflasi	2	3	6 (S)
18	Current Rasio	KEU	39	Karena terlalu fleksibelnya pengeluaran kas untuk belanja langsung (tidak melalui PPK), (pengelolaan kas menjadi tidak efektif)	4	3	12 (T)

## Lampiran 7. Rencana Mitigasi Risiko.

No	Indikator Kinerja	Daftar Resiko	RISK LEVEL	Mitigasi
1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	Tidak lengkapnya usulan peningkatan kompetensi pada TNA dari unit kerja.	9 (S)	Penyusunan TNA dan jadwal pelaksanaan melibatkan user
		Program pelatihan dari Diklat tidak sesuai TNA	8 (S)	Menyusun program diklat bersama antara SDM dan Diklat
		Alokasi anggaran untuk diklat peningkatan kompetensi tidak mencukupi kebutuhan	16 (ST)	Meningkatkan alokasi anggaran; Menerapkan kebijakan prioritas berdasarkan suatu kajian; Inhouse training.
2	Penurunan angka kematian neonatus - angka kematian neonatal dini (AKND)	Kurang baiknya kondisi pasien yang dirujuk.	16 (ST)	Stabilisasi optimal dan kom mel SISRUTE Pendampingan pelayanan PONEK di RS Lokus, Audit kematian.
		Ketidakseragaman pemberian pelayanan pada neonatus.	16 (ST)	Membuat PPK, Review PPK, Audit kematian
3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	Ketidakseragaman pelayanan	12 (T)	Menyusun dan melengkapi regulasi pelayanan, PPK Pelay Ps Jantung Rajal
		Belum optimalnya mutu pelayanan bagi pasien jantung	12 (T)	Meningkatkan mutu pelayanan PJT rajal dg membuat imut dan monev berkala;
		Belum lengkapnya fasilitas pendukung.	8 (S)	Mengidentifikasi kebutuhan fasilitas pendukung dan mengupayakan penyediaannya
4	Peningkatan jumlah pelayanan kemoterapi day care	Tertundanya pasien mendapat tindakan kemoterapi.	15 (ST)	Meningkatkan komunikasi koordinasi penyiapan pasien (kelengkapan administrasi & kondisi klinis) dan monitoring stok obat kemoterapi secara ketat.
		<b>Kurangnya kapasitas</b>		Pengaturan jadwal pelayanan; Peningkatan kapasitas pelayanan
5	Peningkatan jumlah pasien Operasi	Pasien tidak cepat menjalani operasi	20 (ST)	Mengoptimalkan pemanfaatan SIMARS dalam menyusun jadwal operasi
		<b>Batal operasi</b>		Memastikan kesiapan fasilitas
6	Peningkatan jumlah kunjungan	Kurangnya minat dan kehadiran dokter untuk praktek sore di rawat jalan Wing Amertha.	16 (ST)	Tata ulang serta diskusikan secara terbuka termasuk yg terkait dengan hak dan kewajiban.
		Belum dikenalnya pelayanan rawat jalan sore hari	9 (S)	Peningkatan marketing
		Belum tersedianya sumberdaya yg dibutuhkan untuk pelayanan rajal sesuai kunjungan pasien		Perencanaan pengembangan atau penambahan sumberdaya sesuai kebutuhan
7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih.	Tidak adanya alokasi anggaran untuk meningkatkan kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	12 (T)	Menyusun TNA yang riil sesuai kebutuhan RS
8	Terakreditasinya Modul Pelatihan	Minimnya dukungan berbagai stakeholders pemilik Modul Pelatihan	8 (S)	Sosialisasi ulang dan meningkatkan koordinasi dengan pemilik modul pelatihan yang teridentifikasi
9	Penurunan persentase angka	Ketidakseragaman pelayanan pasien	16 (ST)	Review PPK, audit kematian; Pengampunan ke RS regional yang ada di Bali dan sekitar
10	Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik	Belum baiknya pemahaman dan kurangnya kesadaran menggunakan system - RME oleh user.	16 (ST)	Edukasi, Internalisasi, Monev oleh unit terkait.
		Belum lengkapnya form rekam medis elektronik yang ada di SIMARS.	12 (T)	Percepatan kelengkapan form RME di SIMARS
		Masih fleksibelnya system, sehingga memungkinkan user tidak menggunakan EMR secara optimal.		Buat dan integrasikan modul tambahan sehingga user dapat mengoptimalkan pemanfaatan EMR seperti Clinical Decision Support System (CDSS).
11	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS )	Terbatasnya kemampuan (kehandalan) SIMARS dalam memenuhi kebutuhan BIOS	20 (ST)	Menyempurnakan system agar dapat menyesuaikan dg system BIOS;
		Kemampuan operator yang belum optimal		Memberikan pelatihan dan bimtek terkait BIOS
12	Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan.	Tidak terselenggaranya pendampingan pelayanan sesuai jadwal (timeline).	20 (ST)	Monev, Koordinasi & Komunikasi; Melaksanakan pendampingan sesuai jadwal;
13	Persentase Pelaksanaan Sistrute	Belum baiknya pemahaman staf RS perujuk akan pentingnya menginput data rujukan melalui SISRUTE.	15 (ST)	Merekomendasikan kepada pengambil keputusan untuk menetapkan hanya pasien yg dirujuk melalui SISRUTE yang dapat diterima di RS rujukan.
		Belum baiknya pemahaman staf Fasyankes perujuk terhadap pentingnya memasukkan data rujukan melalui sistem SISRUTE.	15 (ST)	Merekomendasikan kepada pengambil keputusan untuk menetapkan hanya pasien yg dirujuk melalui SISRUTE yang dapat diterima.
		Belum semua fasyankes memiliki fasilitas SISRUTE yang memadai, sehingga merujuk pasien melalui SISRUTE tidak dilakukan, akibatnya laporan rujukan pasien melalui SISRUTE tidak valid	15 (ST)	Merekomendasikan kepada pengambil keputusan untuk menetapkan hanya pasien yg dirujuk melalui SISRUTE yang dapat diterima.
		Belum optimalnya respon petugas IGD terhadap rujukan melalui SISRUTE		Membuat notifikasi (dlm bentuk suara) pada saat ada rujukan melalui SISRUTE di IGD

No	Indikator Kinerja	Daftar Resiko	RISK LEVEL	Mitigasi
14	Peningkatan kepuasan pasien	Pasien yg seharusnya bisakomplikasi harus berkunjung lebih dari satu kali.	16 (ST)	Mengevaluasi kebijakan yang ada, menyempurnakannya serta mensosialisasikan ke semua staf terkait, Memberikan KIE ke pasien
		Pasien lama menunggu kamar	16 (ST)	Percepatan proses pasien pulang, Peningkatan jml kamar ps BPJS sesuai hak & kejelasan informasi antrean yg bisa diakses melalui Dashboard
		Pelayanan prima tidak tercapai	12 (T)	Program pendidikan dan pelatihan terintegrasi (mandatory training, service excellent, komunikasi efektif)
		Rendahnya <i>response time</i>	12 (T)	Evaluasi dan tindak lanjut pemantauan <i>response time</i> - Program penanganan/ penatalaksanaan keluhan
15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	Tidak transparannya proses penilaian kinerja pegawai.	12 (T)	Sosialisasikan Panduan Penilaian Kinerja pegawai dan tingkatkan transparansi prosesnya.
		Belum lengkap/mendukungnya fasilitas penunjang pegawai untuk bekerja seperti peralatan medis, komputer, software (aplikasi).	9 (S)	Mengakomodir aspirasi terkait penyediaan fasilitas untuk bekerja, serta memberikan umpan balik atau mengkomunikasikan perkembangan prosesnya secara transparan.
		Belum baiknya penataan sistem promosi dan pengembangan karir pegawai.	6 (S)	Menyusun kebijakan standar tentang sistem promosi dan pengembangan karir pegawai, implementasikan serta lakukan movev.
		Masih adanya penempatan pegawai yg tdk sesuai kompetensi.	6 (S)	Penyusunan TNA; Diklat, Pengusulan formasi pegawai sesuai kompetensi yg diperlukan.
		Belum optimalnya kerjasama tim	6 (S)	Meningkatkan dan mengintensifkan kerjasama tim
16	Persentase Peningkatan Pendapatan	Krn keterlambatan pembayaran klaim	6 (S)	Melakukan advokasi ke BPJS agar berkas klaim tidak duplikasi (hard copy & soft copy); Optimalisasi Tim Penagihan Piutang.
		Penurunan jumlah kunjungan pasien	6 (S)	Tingkatkan upaya marketing.
17	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (POBO)	Pembayaran piutang pelayanan menjadi lebih dari 60 hari,	16 (ST)	Monev piutang dan desiminasikan hasilnya.
		Karena tenaga sering diperbantukan (kurangnya dukungan staf), ( tidak optimalnya penyelesaian dokumen tagihan pelayanan pada bulan bersangkutan),	12 (T)	Penyusunan jadwal, pengumpulan dokumen, pengaturan cuti/ijin, dll.
		Meningkatnya biaya operasional	8 (S)	Mengkaji kebutuhan sesuai dengan prioritas
		Inflasi	6 (S)	Memperketat pengeluaran
18	Current Rasio	Karena terlalu fleksibelnya pengeluaran kas untuk belanja langsung (tidak melalui PPK), (pengelolaan kas menjadi tidak efektif)	12 (T)	Menyusun kebijakan pengeluaran kas panjar dan kebijakan pengelolaan stok persediaan

Lampiran 8. Capaian Indikator Kinerja RSUP Sanglah Tahun 2021.

No	Indikator Kinerja	PIC	Realisasi	Target	Benchmarking	Capaian	Persentase	KET.	Permasalahan	RTL
			TA 2020	TA 2021	TA 2021	TA 2021	Ketercapaian			
1	Persentase SDM non Medis yang Memenuhi Kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	SDM	62,29%	86%	-	100%	116,28%	Tercapai		
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	SDM	100%	100%	-	100%	100%	Tercapai		
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	SDM	5 Modul	5 Modul	-	7 Modul	140%	Tercapai		
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di poliklinik	MED	37.59 Menit	40 Menit	-	35.39 Menit	113,03%	Tercapai		
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD < 5 Menit	MED	100%	100%	-	100%	100%	Tercapai		
6	Persentase Visite DPJP sebelum Jam 11.00	MED	82,29%	90%	-	87,00%	96,67%	Belum Tercapai	Belum mencapai target disebabkan karena masih ada beberapa dokter tidak konsisten untuk tetap melakukan visite sebelum jam 11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan sosialisasi ke masing-masing KSM untuk melakukan</li> <li>Diperlukan konsistensi DPJP untuk melakukan visite</li> <li>Memberikan feedback kepada DPJP yang belum</li> </ul>
7	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik	MED	89,16%	80%	-	86,35%	107,94%	Tercapai		
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	MED	-5,38%	15%	-	0,40%	2,67%	Belum Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> <li>Belum mencapai target disebabkan karena masih</li> <li>Bulan Juli dan Agustus terjadi gelombang kedua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendaftaran online</li> <li>Melakukan pemasaran ke instansi/perusahaan</li> <li>Melakukan pemasaran ttg poliklinik perjanjian</li> <li>Menyiapkan poli eksekutif</li> <li>Menyiapkan layanan telekonsultasi</li> <li>Sosialisasi kesiapan RS memberi pelayanan dengan penerapan</li> </ul>
9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	MED	77,63%	90%	-	77,63%	86,26%	Belum Tercapai	Perlu redesign ruang poliklinik penyakit dalam untuk menyiapkan tempat layanan semua divisi setiap hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemantauan proses perencanaan dan RAB</li> <li>Melakukan pengaturan waktu kedatangan pasien ke</li> </ul>

No	Indikator Kinerja	PIC	Realisasi TA 2020	Target TA 2021	Benchmarking TA 2021	Capaian TA 2021	Persentase Ketercapaian	KET.	Permasalahan	RTL
10	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	MED	12 Dokter	16 Dokter	-	13 Dokter	81,25%	Belum Tercapai	Beberapa dokter tidak konsisten untuk tetap praktek sore di Poliklinik Wing Amerta	Melakukan pertemuan dengan KSM dan dokter yang melakukan praktek sore di Poliklinik Wing Amerta untuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan feed back kepada dokter yang melakukan praktek sore di Poliklinik Wing Amerta</li> <li>• Mendata ulang dokter yang bersedia untuk praktek sore di Poliklinik Wing Amerta</li> </ul>
11	Persentase Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi dengan Respon Time Kurang	MED		60%	82.30%	86,94%	144,90%	Tercapai		
12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	MED	3 Jenis	3 Jenis	-	3 Jenis	100%	Tercapai		
13	Pengembangan Pelayanan Estetika	MED	-15,04%	7%	-	23,24%	332,00%	Tercapai		
14	Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral	MED	2 pasien/OK/hr	3.5 pasien/OK/hr	-	en/ OK/hr	65,57%	Belum Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya pandemi Covid-19, sehingga membuat</li> <li>• Masih adanya instrument operasi yang kurang</li> <li>• Adanya gelombang kedua Covid-19 sehingga</li> <li>• Dengan gelombang kedua Covid-19 sehingga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempersiapkan APD level 3 untuk petugas OK</li> <li>• Melakukan skrining pada pasien-pasien pre-op dengan melakukan</li> <li>• Monev kelengkapan instrument operasi</li> <li>• Pemilahan tindakan operasi di IBS (dengan mempertimbangkan</li> </ul>
15	Persentase penerapan EMR	POU	85%	90%	-	95%	105,56%	Tercapai		
16	Penerapan Proses Bisnis Internal yang Terintegrasi	POU	96%	85%	-	86%	101,18%	Tercapai		
17	Tingkat kepuasan Pegawai	SDM	75,07%	80%	78,49%	75,36%	94,20%	Belum Tercapai	Aspek penggajian dan promosi	Perbaikan dalam proses penggajian dengan transparansi,
18	Tingkat Kepuasan Pasien	POU	82%	87%	87,01	82,75%	95,11%	Belum Tercapai	Turunnya persepsi terhadap pelayanan di RSUP Sanglah	Memberikan saran kepada pihak BPJS tentang iur biaya,
19	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik	SDM	85,67%	90%	-	84,5%	93,89%	Belum Tercapai	unsur kemampuan interpersonal dan pemberian informasi yaitu item waktu tunggu hingga mendapatkan pelayanan oleh dokter dan kesiapan dokter residen ketika pasien membutuhkan bantuan	Penyegaran kepada dokter residen tentang komunikasi, etika, pelayanan prima ; sosialisasi tentang rekam medis, peresepan obat resume medis serta regulasi da klaim BPJS ; koordinasi dengan instalasi untuk monev pelayanan yang diberikan oleh peserta didik ; monev oleh IRJ
20	Tingkat Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	SDM	73,25%	80%	80,92	82,1%	102,63%	Tercapai		
21	Peningkatan Pendapatan PNBPN	KEU	88,54	80%	-	80,17%	100,2%	Tercapai		
22	Curent Ratio	KEU	724,36	300%	-	1195,88%	398,6%	Tercapai		
23	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)	KEU	73,77	83%	86,77%	107,93%	130,0%	Tercapai		

Lampiran 9. Capaian Indikator Kinerja RSUP Sanglah Tahun 2020.

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target 2020	Realisasi tahun 2020	PIC	Persentase Ketercapaian	Keterangan
1	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai standar	Persentase SDM yang memenuhi kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	83%	62.29%	SDM dan DIKLIT	75.05%	Tidak Tercapai
2	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	100%	100%	SDM dan DIKLIT	100%	Tercapai
		Jumlah modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	6 Modul	5 Modul	SDM dan DIKLIT	83.33%	Tidak Tercapai
3	Meningkatnya akses dan mutu yankes	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik	≤ 50 menit	37.59 menit	YANKE PJANG	133.01%	Tercapai
		Persentase waktu tanggap ke darurat di IGD kurang dari 5 menit	< 5 menit	100%	YANKE PJANG	100%	Tercapai
		Persentase visite DPJP sebelum jam 11.00 wita	80%	82.29%	YANKE PJANG	102.90%	Tercapai
		Keberadaan seluruh DPJP di poliklinik selama jam kerja poliklinik	70%	89.16%	YANKE PJANG	127%	Tercapai
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	15%	-5.38%	YANKE PJANG	-35.87%	Tidak Tercapai
		Peningkatan Penggunaan Poliklinik sub spesialis ( IRJ ) setiap hari kerja	80%	77.63%	YANKE PJANG	97,04%	Tidak Tercapai
		Peningkatan penggunaan bedah sentral	2.5 pasien/OK/hr		YANKE PJANG	80%	Tidak Tercapai
		Optimalisasi pelayanan spesialistik di poliklinik pada sore hari kerja di pavilion wing Amertha	15	12 dokter	YANKE PJANG	80%	Tidak Tercapai
4	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan	Pengembangan pelayanan kesehatan tradisional	3 jenis	3 Jenis	YANKE PJANG	100%	Tercapai
		Pengembangan pelayanan estetika	5%	-15.04%	YANKE PJANG	-300.80%	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya Peng	Persentase penerapan eMR	85%	85%	POU	100%	Tercapai
		Persentase penerapan proses bisnis internal yang terintegrasi	82%	96%	POU	117.07%	Tercapai

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target 2020	Realisasi tahun 2020	PIC	Persentase Ketercapaian	Keterangan
6	Mantapnya tata kelola rumah sakit	Rumah sakit terakreditasi	KARS	KARS	DIRUT	100%	Tercapai
		Berstatus WBK/WBBM	WBK	WBK	DIRUT	100%	Tercapai
7	Meningkatkan Kepuasan Pelanggan	Tingkat Kepuasan Pegawai	75%	75.07%	SDM	100.10%	Tercapai
		Tingkat kepuasan pasien	85%	82%	POU	96.47%	Tidak tercapai
		Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik	90%	85.67%	SDM dan	95.19%	Tidak Tercapai
		Tingkat kepuasan peserta didik terhadap proses pendidikan	75%	73.25%	SDM dan	97.67%	Tidak Tercapai
8	Terwujudnya peningkatan pendapatan	Peningkatan pendapatan PNBPN	52%	88.54%	KEU dan	170.27%	Tercapai
9	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	Current ratio	285%	883.04%	KEU dan	309.84%	Tercapai
		POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya Operasional)	86%	81.52%	KEU dan	94.79%	Tidak Tercapai
						84.42%	

Lampiran 10. Indikator, Target dan Program Kerja Transformasi Kesehatan.

No	Inisiatif	No	Key Performance Indikator (KPI)	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	1	<b>Persentase perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan</b>	≥ 80%	100%	1. Pembangunan Gedung Parkir 5 lantai dan 1 Basement di Eks R. Ratna (268 Mobil). 2. Membuat fasilitas Parkir di Lahan Rumah Dinas. 3. Penataan lahan Parkir di Timur Perumahan Imigrasi. 4. Penataan Taman dilingkungan RS. 5. Penataan Ruang Tunggu di Poliklinik lama dan Locket Pendaftaran. 6. Pengelolaan Toilet di tempat tempat umum (IGD, Poliklinik, WA).	1. Penataan Gedung Parkir dan lahan lahan Parkir 2. Penataan Taman dilingkungan RS. 3. Penataan Ruang Tunggu di Poliklinik lama dan Locket Pendaftaran. 4. Pengelolaan Toilet di tempat tempat umum (IGD, Poliklinik, WA) 5. Penataan Jalan Bali dan Lingkungannya. (termasuk Kali, DSDP dan Telajakannya) 6. Penyiapan SDM CS Out door. Indoor dan Pengamanan
		2	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survey pasien	Rate: ≥ 80	85%	1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan pasien terhadap kepuasan fasilitas 2. Pelaksanaan Survey Kepuasan. 3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan 4. Tindak Lanjut hasil Survey.	1. Penyiapan Instrumen Survey Kepuasan pasien terhadap kepuasan fasilitas 2. Pelaksanaan Survey Kepuasan. 3. Minitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan 4. Tindak Lanjut hasil Survey.
2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI dan OK	3	<b>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</b>	≤ 2 jam	≤ 2 jam	1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Poliklinik. 4. Monitoring dan Evaluasi	1. Review Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Poliklinik. 4. Monitoring dan Evaluasi
		4	Waktu pemeriksaan Lab	≤ 1 jam	≤ 1 jam	1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium	1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium
		5	Waktu pemeriksaan Radiologi	≤ 1 jam	≤ 1 jam	1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium 4. Menerapkan LIS secara mandiri	1. Pembuatan dan Penyusunan Kebijakan. 2. Sosialisasi Kebijakan. 3. Membuat Jadwal Jaga DPJP agar DPJP standby dalam jam kerja di Laboratorium 4. Menerapkan LIS secara mandiri
		6	penundaan waktu operasi elektif	≤ 3%	≤ 3%	1. Reviw pedoman.	
		7	Waktu masuk RI dan % Realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	≤ 1 jam; 90%	≤ 1 jam; 90%		



No	Inisiatif	No	Key Performance Indikator (KPI)	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	8	% pengurangan jumlah keluhan pasien	≥ 50%		1. Membuat Kebijakan ttg Waktu Pelayanan. 2. Implementasi Kebijakan Pelayanan. 3. Tindak Lanjut hasil Survey Kepuasan/Keluhan Pasien. 4.	1. Membuat Kebijakan ttg Waktu Pelayanan. 2. Implementasi Kebijakan Pelayanan. 3. Tindak Lanjut hasil Survey Kepuasan/Keluhan Pasien. 4.
		9	Kecepatan menyelesaikan keluhan dengan kategori non-medis	≤ 1x24 jam	≤ 1x24 jam	1.	
4	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	10	Ketepatan waktu pelayanan dokter di Poliklinik dan Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%	≥ 80%	1. Membuat Kebijakan Pelayanan di Poliklinik dan Kebijakan Visite di RI 2. Menempatkan DPJP di Poliklinik selama Jam Kerja. 3. Monitoring dan Evaluasi Penempatan DPJP. 4. Reward and Punishment	1. Review Kebijakan Pelayanan di Poliklinik dan Kebijakan Visite di RI 2. Menempatkan DPJP di Poliklinik selama Jam Kerja. 3. Monitoring dan Evaluasi Penempatan DPJP. 4. Reward and Punishment
		11	Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	≥ 50%	≥ 50%	1. Membuat Instrumen Kepuasan staf thd remunerasi 2. Pelaksanaan Survei Kepuasan staf ttg Remunerasi. 3. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan. 4. Tindak Lanjut Hasil Survey Kepuasan. 5. Membuat Usulan Revisi Remunerasi. 6. Revisi Pedoman Remunerasi.	1. Membuat Instrumen Kepuasan staf thd remunerasi 2. Pelaksanaan Survei Kepuasan staf ttg Remunerasi. 3. Monitoring dan Evaluasi hasil Survey Kepuasan. 4. Tindak Lanjut Hasil Survey Kepuasan. 5. Membuat Usulan Revisi Remunerasi. 6. Revisi Pedoman Remunerasi.
5	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	12	Capaian indikator klinis sesuai PPK	≥ 80%	≥ 80%	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA KJSU, DM, PIE) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU, DM dan PIE)
		13	Kepatuhan CP per KSM	≥ 80%	≥ 80%	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)	1. Membuat Panduan Klinis sesuai PPK (KIA dan KJSU) 2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Panduan Klinis sesuai program Pengampuan (KIA, KJSU)
6	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	14	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record	100%	100%	1. Pembuatan Modul Registrasi Pasien Baru di SIMARS 2. Integrasi Modul seluruh Registrasi Pasien. 3. Integrasi Elektronik Medical record di seluruh unit Pelayanan 4. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Registrasi dan Medical Record	1. Review Modul Registrasi Pasien Baru di SIMARS 2. Integrasi Modul seluruh Registrasi Pasien. 3. Integrasi Elektronik Medical record di seluruh unit Pelayanan 4. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Registrasi dan Medical Record

Lampiran 11. Indikator, Target dan Program Kerja/Kegiatan pada Program Pengampuan (Indikator Klinis)

a. Program Kerja Pengampuan Pelayanan Stroke.

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan		PIC
				2023	2024	2023	2024	
1	Stroke Iskemi	1	“Door to CT” 30 MENIT	80%	80%	1. Sosialisasi daring mengenai code stroke dan door to CT kepada dokter triage, perawat triage, radiografer, dan residen radiologi 2.simulasi Code Stroke di UGD 3. Monitoring kegiatan door to CT tiap 3 bulan 4. Menyusun SPO khusus Code Stroke di oleh sejawat TS Radiologi dan Patologi Klinik	1. Sosialisasi daring mengenai code stroke dan door to CT kepada dokter triage, perawat triage, radiografer, dan residen radiologi 2.simulasi Code Stroke di UGD 3. Monitoring kegiatan door to CT tiap 3 bulan 4. Menyusun SPO khusus Code Stroke di oleh sejawat TS Radiologi dan Patologi Klinik	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang
		2	Trombolisis dengan rTPA	80%	80%	1. Case based discussion code stroke setiap bulan intern dpjp dan residen Neurologi	1. Case based discussion code stroke setiap bulan intern dpjp dan residen Neurologi	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang
		3	LOS <7 hari	80%	80%	1. Melengkapi blangko monitoring selama pemberian alteplase, menjadi RM RSUP Prof. Ngoerah 2. Melengkapi check list pasien pulang menjadi RM RSUP Prof. Ngoerah 3. Evaluasi PPK dan CPW stroke iskemik 4. Meningkatkan peran perawat dan fisioterapis tersertifikasi stroke, dietisien	1. Melengkapi blangko monitoring ke sistem EMR 2. Melengkapi check list pasien pulang ke sistem EMR 3. Evaluasi PPK dan CPW stroke iskemik 4. Meningkatkan peran perawat dan fisioterapis tersertifikasi stroke, dietisien	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang
		4	Pasien pulang hidup	80%	80%	1. Penyusunan PPK dan SPO tindakan trombektomi mekanis 2. Pengajuan alat-alat untuk tindakan trombektomi mekanis	1. Meningkatkan jumlah perawat tersertifikasi tindakan-tindakan neurointervensi	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang

b. Program Kerja Pengampuan Pelayanan Kanker.

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
2	Kanker Payudara	5	Pasien yang menjalani kemoterapi rawat inap pulang dalam waktu 3 hari	80%	85%	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan CPW kemoterapi rawat inap untuk pasien Kanker Payudara. 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan SPO Kanker Payudara 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan
		6	Pasien yang menjalani kemoterapi rawat inap pulang dalam waktu 3 hari	80%	85%	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan CPW kemoterapi rawat inap untuk pasien Kanker Payudara. 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan	1. Penguatan registry kanker guna identifikasi LOS (Length Of Stay) 2. Review PPK Kanker Payudara untuk pasien rawat inap 3. Pembuatan SPO Kanker Payudara 4. Pemantauan LOS sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan
		7	Pasien kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna (tanpa booster) dalam 40 hari	80%	85%	1. Koordinasi BPJS terkait rujukan Registri kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna 2. Pembuatan PPK Radiasi eksterna 3. review SPO Radiasi Eksterna 4. Pemantauan OTT sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan.  5. Pengusulan pengaturan hari, distribusi tenaga dan jam pelayanan radioterapi, dengan kompensasi yang sesuai aturan dan berkeadilan bagi petugas.  6. Penambahan alat teleterapi □ Linac, untuk meningkatkan kapasitas pelayanan.	1. Koordinasi BPJS terkait rujukan Registri kanker payudara <i>overall treatment time</i> radiasi eksterna 2. Pembuatan PPK Radiasi eksterna 3. review SPO Radiasi Eksterna 4. Pemantauan OTT sesuai PPK dan SPO evaluasi dan tindak lanjut perbaikan.  5. Pengusulan pengaturan hari dan jam pelayanan radioterapi, dengan kompensasi yang sesuai aturan dan berkeadilan bagi petugas.  6. Penambahan alat teleterapi □ Linac, untuk meningkatkan kapasitas pelayanan.

c. Program Kerja Pengampunan Pelayanan Jantung.

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
3	Stemi	8	Terapi reperfusi : 80 % dilakukan PCI primer : “door to balloon” < 90 menit	≥ 80 %	≥ 80 %	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan
		9	Mortalitas CABG severity I sebesar 10%	≤ 5 %	≤ 5 %	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat cath lab bersertifikat (kardas 3 bulan, kardiologi dasar khusus diagnostik 3 bulan, intervensi 3 bulan) 2. Menambah tenaga perawat cath lab menjadi : pagi 2 tim, sore 1 tim, malam 1 tim 3. Pelatihan radiografer cath lab bersertifikat kardiologi dasar 1 bulan dan kardiologi dasar khusus diagnosis dan intervensi 3 bulan
		10	LOS ≤ 5 hari pada kasus dengan klasifikasi KILLIP 1	100%	100%	1. Pelatihan SDM perawat ICCU (bersertifikat kardas 3 bulan, rawat intensif 3 bulan) 2. Pelatihan SDM perawat PJT (UGD dan HCU) bersertifikasi kardas 3 bulan	1. Pelatihan SDM perawat ICCU (bersertifikat kardas 3 bulan, rawat intensif 3 bulan) 2. Pelatihan SDM perawat PJT (UGD dan HCU) bersertifikasi kardas 3 bulan

d. Program Kerja Pengampunan Pelayanan

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
4	PGK	11	Pasien PGK st.5 dengan indikasi inisiasi dialysis yang dilakukan dialysis maksimal 1x24 jam	50%	60%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperkuat pendataan jumlah pasien CKD 5 yang diinisiasi di RSUP Prof. Ngoerah, sosialisasi target 24 jam untuk inisiasi dialysis, review SPO inisiasi dialysis</li> <li>2. Membentuk dan memperkuat tim terpadu (dialisis dan akses vaskuler) yang terdiri dari Spesialis Konsultan, dr. spesialis dan tenaga penunjang</li> <li>3. TOT dari SDM yang terkait</li> <li>4. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperkuat pendataan jumlah pasien CKD 5 yang diinisiasi di RSUP Prof. Ngoerah</li> <li>2. Membentuk dan memperkuat tim terpadu (dialisis dan akses vaskuler) yang terdiri dari Spesialis Konsultan, dr. spesialis dan tenaga penunjang</li> <li>3. TOT dari SDM yang terkait</li> <li>4. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan</li> <li>5. Membuat pusat ginjal terpadu</li> </ol>
		12	Pasien PGK st.5 dengan indikasi inisiasi dialysis yang dilakukan dialysis, mengalami perbaikan kondisi klinis yang berkaitan dengan komplikasi PGTA	70%	80%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengembangan layanan TPG terintegrasi yang khusus mengenai dialysis meliputi HD, HDF dan HF, hybrid dialysis, CRRT, dan CAPD</li> <li>2. Pemasangan akses HD, pemasangan akses PD</li> <li>3. Pembentukan tim home visit untuk pasien PD</li> <li>4. TOT dari SDM yang terkait</li> <li>5. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengembangan layanan TPG terintegrasi yang khusus mengenai dialysis meliputi HD, HDF dan HF, hybrid dialysis, CRRT, automated PD dan CAPD</li> <li>2. Pemasangan akses HD, pemasangan akses PD</li> <li>3. Pembentukan tim home visit untuk pasien PD</li> <li>4. TOT dari SDM yang terkait</li> <li>5. Pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>
5	Batu Saluran Kemih	13	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	90%	90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi</li> <li>2. Melengkapi sarana prasarana standar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi</li> <li>2. Melengkapi sarana prasarana standar</li> </ol>
		14	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal <2cm	60%	60%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi</li> <li>2. Melengkapi sarana prasarana standar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan Kompetensi SDM urologi dan perawat urologi</li> <li>2. Melengkapi sarana prasarana standar</li> </ol>
		15	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid, maksimal 3 hari	80%	80%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kompetensi SDM</li> <li>2. Review dan update manajemen klinis terapi invasif batu ginjal (Kebijakan, Alur, PPK dll)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kompetensi SDM</li> <li>2. Review dan update manajemen klinis terapi invasif batu ginjal (Kebijakan, Alur, PPK dll)</li> </ol>

e. Program Kerja Pengampuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

No	Standar Klinis	No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan	
				2023	2024	2023	2024
6	BBLR	16	Kemampuan menangani BBLR <1500 gr	85%	85%	1. Peningkatan kompetensi SDM (Perawat NICU) 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Alur, SPO dll)	1. Peningkatan kompetensi SDM (Perawat NICU) 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Alur, SPO dll)
		17	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	95%	95%	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Alur, SPO dll)	1. Peningkatan kompetensi SDM 2. Pemenuhan Sarpras (standar PARIPURNA) 3. Penyusunan manajemen klinis (Kebijakan, Alur, SPO dll)
7	Pre Eklamsia/Eklamsia	18	Mortalitas ibu melahirkan dengan pre/eclamsia <30%	<30%	<30%	1. Kegiatan Penguatan Pengampuan KIA 2. SDM sudah cukup (residen) 3. Pengembangan SDM Perawat dan Kebidanan. (target <30%)	1. Kegiatan Penguatan Pengampuan KIA 2. SDM sudah cukup (residen) 3. Pengembangan SDM Perawat dan Kebidanan. (target <30%)

f. Program Kerja BGSi.

Program BGSi							
No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan		Anggaran	
		2023	2024	2023	2024	2023	2024
	Penelitian Psoriasis	80 (Kasus dan Kontrol) Sampel	420 (Kasus dan Kontrol) Sampel	1. Rekrutmen Tim Peneliti. 2. Penyusunan Pedoman klinis Penelitian 3. Sosialisasi Penelitian. 4. Peningkatan Kompetensi SDM terkait Penelitian. 5. Pengambilan Sampel Penelitian 6. Transportasi Sample. 7. Analisa hasil penelitian	1. Rekrutmen Tim Peneliti. 2. Sosialisasi Penelitian. 3. Peningkatan Kompetensi SDM terkait Penelitian. 4. Pengambilan Sampel Penelitian 5. Transportasi Sample. 6. Analisa hasil Penelitian. 7. Pelaporan Hasil Penelitian. 9. Sosialisasi Hasil Penelitian. 10. Publish hasil penelitian ke Journal Internasional	1.440.565.350	1.772.400.125

g. Program Kerja Pelayanan Beauty and Wellnes

No	Indikator Klinis	Target		Kegiatan		Anggaran	
		2023	2024	2023	2024	2023	2024
1	Peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan layanan Wellnes			1. Membuat Pedoman Pelayann (Pedoman, SPO, Panduan) 2. Menyusun Tarif Layanan. 3. Memantapkan Kerjasama Luar Negeri (Korea Selatan dll) 4. Melengkapi Furniture dan Peralatan Non Medis. 5. Sosialisasi, Promosi Layanan 6. Penataan Taman, Ruang Tunggu. 8. Pelaksanaan Layanan Estetik	1. Kerjasama Luar Negeri (Korea Selatan dll) 2. Sosialisasi, Promosi Layanan 3. Promosi internal dan Eksternal. 4. Pelaksanaan layanan Estetik	1.440.565.350	1.772.400.125
2	Peningkatan Jumlah Perusahaan yang melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)			1. Membuat Pedoman Pelayann (Pedoman, SPO, Panduan) 2. Menyusun Tarif Layanan. 3. Kerjasama dengan Perusahaan perusahaan 4. Sosialisasi, Promosi Layanan 5. Pelaksanaan Layanan MCU 6. Pelatihan oleh Tim Mark Plus.	1. Promosi External melalui Perusahaan perusahaan. Pelaksanaan Layanan MCU. 3. Minotoring dan Evaluasi	1.500.000.000	