



# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2024



## **RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah** **DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN** **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

Jl. Diponegoro, Desa/Kelurahan Dauh Puri, Kec. Denpasar Barat, Kota Denpasar,  
Provinsi Bali, Kode Pos: 80114  
Telepon. (0361) 227911-15, 225482, 223869  
Email: [info@profngoerahhospitalbali.com](mailto:info@profngoerahhospitalbali.com) Website: [www.profngoerahhospitalbali.com](http://www.profngoerahhospitalbali.com)

## KATA PENGANTAR

*Om Swastyastu,*

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sang Hyang Widhi Wasa karena atas Asung Kertha Wara NugrahaNya sampai saat ini kita diberikan kesehatan dan kekuatan sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik.

Kewajiban bagi rumah sakit adalah melakukan evaluasi terhadap program kegiatan instansi rumah sakit. Evaluasi atas pelaksanaan program kegiatan rumah sakit secara periodik disajikan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyusunan program – program berikutnya.

Secara keseluruhan program kerja selama tahun 2024 telah dilaksanakan dengan baik melalui perhitungan strategis dalam periode triwulan. Meskipun demikian kami menyadari masih terdapat beberapa aspek yang perlu dibenahi dan ditingkatkan dimasa yang akan datang, sehingga RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah dapat mendukung terwujudnya visi, misi Kementerian Kesehatan RI melalui program dan kegiatan yang dilakukan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terimakasih kepada seluruh jajaran Rumah Sakit Ngoerah, baik dari manajemen, fungsional maupun administrasi dan karyawan lainnya karena atas kerja keras dan usaha – usaha yang tiada henti sehingga kegiatan selama periode tahun 2024 dapat berjalan dengan baik. Semoga Tuhan Yang Maha Esa akan selalu memberikan bimbingan kepada kita semua sehingga dimasa yang akan datang kita tetap dapat melaksanakan tugas dengan lebih baik.

*Om, Santhi Santhi Shanti, Om*

Denpasar, Januari 2025  
Direktur Utama



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

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah Sakit Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah yang telah menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, RS Ngoerah telah melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Keseluruhan sasaran program yang dipantau tahun 2024 adalah 22 sasaran, dengan 70 indikator kinerja utama yang meningkat dari tahun 2022 karena implementasi program transformasi layanan kesehatan rujukan serta penetapan indikator kinerja terpilih yang lebih tajam. Dari 70 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2024 terdapat 61 Indikator sudah mencapai Target (85,71%) dan 10 Indikator yang belum mencapai target (14,29%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 103,2% (Kategori AA). Adapun indikator yang belum mencapai target adalah indikator :

1. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)
2. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM)
3. Current Rasio
4. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
5. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
6. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
7. Persentase nilai EBITDA Margin
8. Ketepatan penyelesaian klaim JKN
9. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan
10. Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan

Secara umum proses perbaikan secara terus menerus dilaksanakan dengan konsep *continues improvement* untuk mencapai sasaran program. Konsep kerjasama dan pengembangan kegiatan evaluasi, pelaporan dan perbaikan menganut konsep S-M-A-R-T, yaitu : SEMANGAT, merupakan dasar dan motivasi yang kuat untuk bekerja bersungguh-sungguh sepenuh hati melaksanakan tugas di rumah sakit untuk ikhlas

melayani; MAJU, bahwa bersama-sama memandang ke depan, belajar dari pengalaman, berkembang bergerak ke arah yang lebih baik dari sebelumnya; AKTIF, merupakan ungkapan proaktif, peningkatan kapasitas kinerja yang selalu dinamis, ber-Transformasi, berkembang, yang kemudian akan memberikan kesempatan untuk ber-Inovasi, mencoba berbagai hal baru untuk pengembangan pelayanan kesehatan rujukan yang lebih mahir; RAIH, menyatakan berkomitmen bersama, bergerak bersama, bekerja dalam tim, komunikatif, saling melengkapi, untuk mencapai hasil yang kita harapkan bersama; dan TUJUAN, Visi bersama Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024. Namun, dibalik tujuan itu ada makna yang lebih dalam, bahwa keluarga besar RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah yang selalu bergerak bersama-sama, yang memberikan jalan filosofis untuk penerus – penerus pengelola selanjutnya.

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	3
DAFTAR ISI .....	5
DAFTAR TABEL .....	6
DAFTAR GAMBAR.....	7
BAB I. PENDAHULUAN.....	8
A. Latar Belakang .....	8
B. Dasar Hukum.....	9
C. Maksud dan Tujuan .....	11
D. Tugas Pokok dan Fungsi .....	11
Matrik Struktur Organisasi RS Ngoerah Tahun 2023 .....	14
E. Sistematika Penulisan.....	15
BAB II. PERENCANAAN KINERJA.....	16
A. Rencana Kerja Tahunan .....	16
B. Penetapan Kinerja .....	21
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA .....	28
A. Capaian Kinerja Program Organisasi .....	28
B. Realisasi Anggaran.....	53
C. Kondisi SDM pada Tahun 2024.....	55
BAB IV. PENUTUP .....	56
A. Simpulan .....	56
B. Rekomendasi.....	58

## DAFTAR TABEL

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang	12
Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah	12
Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024	16
Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024	43
Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024	44
Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024	45

## DAFTAR GAMBAR

Gambar I.1 Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023

14

# **BAB I. PENDAHULUAN**

## **A. Latar Belakang**

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, RS Ngoerah memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, setiap pimpinan Instansi Pemerintah diharapkan melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014, Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Untuk mengetahui sejauh mana implementasi SAKIP dilaksanakan, serta untuk mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil, maka perlu dilakukan evaluasi AKIP atau evaluasi atas implementasi SAKIP. Evaluasi AKIP ini diharapkan dapat mendorong setiap instansi pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk berkomitmen dan secara konsisten meningkatkan implementasi SAKIP dalam mewujudkan capaian kinerja (hasil) yang telah direncanakan. Evaluasi AKIP diawali dengan perumusan tujuan evaluasi, kemudian dilanjutkan dengan penentuan ruang lingkup evaluasi, perancangan desain evaluasi, menentukan mekanisme pelaksanaan evaluasi, diakhiri dengan pelaporan dan pengomunikasian hasil evaluasi.

Evaluasi implementasi SAKIP di seluruh kementerian/Lembaga, Pemerintah Provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota telah dilakukan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kementerian PAN-RB) sejak tahun 2014. Melalui hasil evaluasi tersebut, Kementerian PAN-RB membagi instansi pemerintah menjadi tujuh kategori berdasarkan tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran. Ketujuh kategori tersebut, yaitu (1) Sangat memuaskan atau AA dengan range nilai 90 – 100; (2) Memuaskan atau A dengan range nilai 80 -90; (3) Sangat



baik atau BB dengan range nilai 70 - 80; (4) Baik atau B dengan range nilai 60 – 70; (5) Cukup atau CC dengan range nilai 50 – 60; (6) Kurang atau C dengan range nilai 30 – 50; dan (7) Sangat kurang atau D dengan range nilai 0 – 30.

RS Ngoerah merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan RI yang bertempat di Kota Denpasar Provinsi Bali. RS Ngoerah mulai dibangun tahun 1956 dan diresmikan pada 30 Desember tahun 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur dalam perkembangannya mengalami beberapa kali perubahan status, yaitu pada tahun 1993 menjadi rumah sakit swadana (SK Menkes No. 1133/Menkes/SK/VI/1994). Kemudian pada tahun 1997 menjadi rumah sakit PNBP (Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi perusahaan jawatan (Perjan) sesuai peraturan Pemerintah tahun 2000. Terakhir pada tahun 2005 berubah menjadi PPK-BLU (Kemenkes RI N0.1243 tahun 2005 tanggal 11 Agustus 2005) dan ditetapkan sebagai RS Pendidikan Tipe A sesuai Permenkes 1636 tahun 2005 tertanggal 12 Desember 2005. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah merupakan nama baru dari RSUP Sanglah Denpasar yang telah berganti sejak tanggal 7 Juli 2022.

## **B. Dasar Hukum**

Adapun beberapa ketentuan perundang – undangan yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah sebagai berikut:

1. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4617);
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;

6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1332/ 2022 tentang Uraian Tugas Dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan Dan Pembentukan Tim Kerja Dalam Pelaksanaan Tugas Dan Fungsi Organisasi;
12. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.01.07/ PDN.XIV.4.3.1/ 0167/ 2019 tentang Panduan Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
13. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.02.03/ SK.XIV.4.3.1/ 8639/ 2021 tentang Pembentukan Tim Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar;
14. Pedoman Teknis Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Kementerian Kesehatan RI 2023;
15. Keputusan Direktur Utama Nomor: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023 Tanggal 20 September 2023, tentang Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah.
16. Edaran Direktur Utama RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah, No. PR.01.03/D.XVII.4.2/024/2024, Tanggal 19 Pebruari 2024 tentang Kegiatan strategis pencapaian indikator kinerja rumah sakit sebagai wujud penyelenggaraan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 terkait Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Tahun Anggaran 2024;

### **C. Maksud dan Tujuan**

Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Rumah Sakit Ngoerah ini adalah sebagai perwujudan pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya pelaksanaan kebijakan dan program/ kegiatan yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah termasuk RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah yang telah dilaksanakan dalam kurun waktu tahun 2024.

### **D. Tugas Pokok dan Fungsi**

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja kementerian Kesehatan, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1332/ 2022 tentang Uraian Tugas Dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan Dan Pembentukan Tim Kerja Dalam Pelaksanaan Tugas Dan Fungsi Organisasi; Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar, Nomor OT.01.01/D/6989/2023 Tanggal 26 April 2023 serta Persetujuan Tim Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: OT.01.01/D/7927/2023 Tanggal 18 Juni 2023, maka mulai Oktober 2023 terdapat perubahan struktur tata kerja rumah sakit sesuai dengan Keputusan Direktur Utama RS Ngoerah Denpasar Nomor: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023 Tanggal 20 September 2023 Tentang Struktur Organisasi, yaitu sebagai berikut:

1. Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mengarahkan:
  - a. Tim Kerja Pelayanan Medik
  - b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
  - c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang
  - d. Unit – unit Non Struktural

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang

No	Instalasi	No	Instalasi
1	Instalasi Gawat Darurat	8	Instalasi Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional
2	Instalasi Rawat Jalan	9	Instalasi Laboratorium Terpadu
3	Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu	10	Instalasi Farmasi
4	Instalasi Rawat Inap	11	Instalasi Gizi
5	Instalasi Bedah Sentral	12	Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
6	Instalasi Rawat Intensif	13	Instalasi Wing Amerta
7	Instalasi Kanker Terpadu	14	Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak

Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah

No	KSM	No	KSM
1	Neurologi	14	Bedah Plastik
2	Ilmu Kesehatan Anak	15	Orthopedi & Traumatologi
3	Bedah Umum	16	Ilmu Kedokteran Forensik
4	Dermatologi dan Venereologi	17	Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler
5	Urologi	18	Umum
6	Ilmu Kesehatan THT-KL	19	Mikrobiologi Klinik
7	Psikiatri	20	Patologi Anatomi
8	Ilmu Kesehatan Mata	21	Patologi Klinik
9	Bedah saraf	22	Radiologi
10	Anestesi dan terapi Intensif	23	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
11	Obstetri & Ginekologi	24	Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut
12	Ilmu Penyakit Dalam	25	Gizi klinik
13	Paru	26	Onkologi Radiasi

2. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
  - a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia
  - b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
  - c. Tim Kerja Penelitian
  - d. Unit – unit Non Struktural

Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

No	Instalasi
1	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
2	Instalasi <i>Clinical Research Unit</i>

3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
  - a. Tim Kerja Perencanaan Anggaran
  - b. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
  - c. Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara
  - d. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program
  - e. Unit non Struktural, yaitu Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien
4. Direktorat Layanan Operasional dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
  - a. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga
  - b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
  - c. Unit-unit Non Struktural

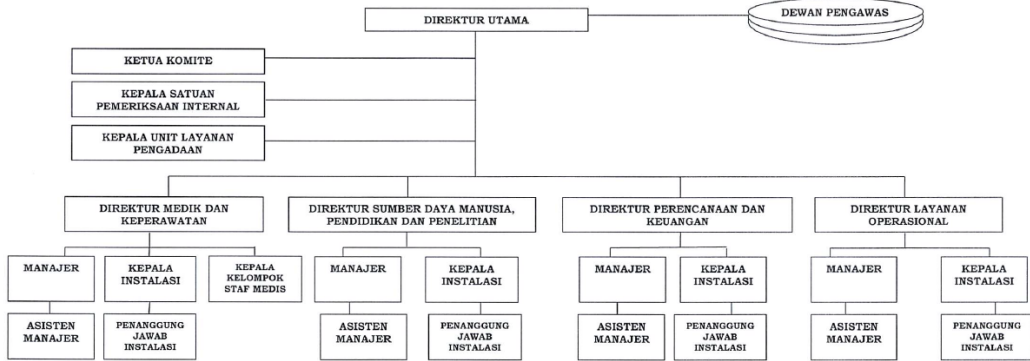
Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Layanan Operasional

No	Instalasi
1	Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
2	Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
3	Instalasi Promosi Kesehatan, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis
4	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
5	Instalasi Rekam Medik
6	Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

5. Unit-unit Non Struktural Non Direktorat terdiri dari:
  - a. Dewan pengawas
  - b. Satuan Pemeriksa Internal
  - c. Komite :
    - 1) Komite Medik
    - 2) Komite Keperawatan
    - 3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
    - 4) Komite Etik dan Hukum
    - 5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pengendalian Resistensi Antimikroba
    - 6) Komite Mutu Rumah Sakit
    - 7) Komite Koordinasi Pendidikan
  - d. Unit Layanan Pengadaan

# 1. Matrik Struktur Organisasi RS Ngoerah Tahun 2023

LAMPIRAN  
 KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA  
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH  
 NOMOR: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023  
 T E N T A N G  
 STRUKTUR ORGANISASI  
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH



DITETAPKAN DI : D E N P A S A R  
 PADA TANGGAL : 20 SEPTEMBER 2023

DIREKTUR UTAMA,



I WAYAN SUDANA

## **E. Sistematika Penulisan**

KATA PENGANTAR

IKHTISAR EKSEKUTIF

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Dasar Hukum

C. Maksud dan Tujuan

D. Tugas Pokok dan Fungsi

E. Sistematika Penulisan

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kerja Tahunan

B. Penetapan Kinerja

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

B. Realisasi Anggaran

BAB IV. PENUTUP

A. Simpulan

B. Rekomendasi

## BAB II. PERENCANAAN KINERJA

### A. Rencana Kerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥90%
		2	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	≥80%
		3	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	≥10%
		4	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	1 Laporan
		5	Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran	100%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	6	Persentase kematian neonatus	≤10%
		7	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥15%
		8	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥7%
		9	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥4%
		10	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥9%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	11	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥90%
		12	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥15 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses,	13	Persentase Kematian Ibu	≤4%



	mutu dan keselamatan pasien	14	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%
		15	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%
		16	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥6 RS
		17	Persentase Pelaksanaan Sistrute	≥80%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	18	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		19	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥80%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	20	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN	≥10%
		21	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		22	Current Rasio	≥560%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	23	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥90%
		24	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥90%
		25	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS (2 Kali)	100%
		26	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥90%
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan + Direktif Aspek Klinis	27	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		28	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		29	“Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥80%
		30	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	≥80%





		31	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia	≤10%
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	32	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥82%
10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	33	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2.5%
		34	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2 Laporan
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	35	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	≥10%
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	36	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 Rumah Sakit
13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	37	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 Rumah Sakit
14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	38	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≥80%
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	39	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	≥10%
16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	40	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama	3 Layanan
		41	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	250 Sampel
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	42	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		43	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	≥80%
		44	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan - Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam	100%
		45	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih >80%	≥80%
		46	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan	47	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥90%

	Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	48	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	$\geq 90\%$
19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	49	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		50	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	$\geq 75\%$
20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	51	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	$\geq 95\%$
		52	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	$\geq 90\%$
		53	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	$\geq 96\%$
		54	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	$\geq 90\%$
		55	Persentase nilai EBITDA Margin	$\geq 15\%$
21	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	56	Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU	100%
		57	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5
		58	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	$\geq 93,75\%$
		59	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	$\geq 80\%$
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	60	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		61	Cash Flow	Positif
		62	Pendapatan	Linear
		63	Beban	Linear
		64	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan	$\leq 50\%$
		65	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	$\leq 25\%$

		66	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	≤20%
		67	Rasio Beban Adminstrasi Terhadap Pendapatan	≤15%
		68	Days Receivable Turnover	≤40 hari
		69	Days Inventory Turnover	≤60 hari
		70	Days Payable Turnover	≤60 hari

## B. Penetapan Kinerja

Adapun penetapan Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024 dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI adalah sebagai berikut:

<b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G. NGOERAH DENPASAR</b>	
	
<b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024</b>	
<p>Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:</p>	
Nama	: dr. I Wayan Sudana, M.Kes.
Jabatan	: Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar, Kementerian Kesehatan RI
selanjutnya disebut pihak pertama	
Nama	: dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
Jabatan	: Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua	
<p>Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.</p>	
<p>Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.</p>	
Jakarta, Februari 2024	
Pihak Kedua,	Pihak Pertama
	
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS NIP.197106262000031002	 dr. I Wayan Sudana, M.Kes NIP. 196504091995091001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR.**  
**I G.N.G. NGOERAH DENPASAR**

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	
(1)	(2)	(3)	(4)	
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥90%
		2	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	≥80%
		3	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	≥10%
		4	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	1 Laporan
		5	Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran	100%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	6	Persentase kematian neonatus	≤10%
		7	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥15%
		8	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥7%
		9	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥4%
		10	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥9%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	11	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥90%
		12	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥15 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13	Persentase Kematian Ibu	≤4%
		14	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%



		15	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%
		16	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥6 RS
		17	Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥80%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	18	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		19	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥80%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	20	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	≥10%
		21	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		22	Current Rasio	≥560%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	23	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥90%
		24	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥90%
		25	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS (2 Kali)	100%
		26	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥90%
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan + Direktif Aspek Klinis	27	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		28	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		29	“Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥80%
		30	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	≥80%
		31	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia	≤10%
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	32	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥82%

10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	33	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2.5%
		34	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2 Laporan
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	35	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	≥10%
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	36	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 Rumah Sakit
13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	37	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 Rumah Sakit
14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	38	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≥80%
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	39	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	≥10%
16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	40	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama	3 Layanan
		41	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	250 Sampel
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	42	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
		43	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	≥80%
		44	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan - Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam	100%
		45	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih >80%	≥80%
		46	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	47	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥90%
		48	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	≥90%



19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	49	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		50	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	≥75%
20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	51	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥95%
		52	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥90%
		53	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥96%
		54	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥90%
		55	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%
21	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	56	Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU	100%
		57	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5
		58	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	≥93,75%
		59	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	≥80%
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	60	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		61	Cash Flow	Positif
		62	Pendapatan	Linear
		63	Beban	Linear
		64	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan	≤50%
		65	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	≤25%
		66	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	≤20%
67	Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan	≤15%		

	68	Days Receivable Turnover	≤40 hari
	69	Days Inventory Turnover	≤60 hari
	70	Days Payable Turnover	≤60 hari

### Anggaran Kegiatan

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	144.208.531.772
2	Tersedianya pelayanan unggulan	75.248.160.438
3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal	102.116.927.561
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	33.791.827.227
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	62.904.638.663
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	36.350.953.202
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	39.235.475.369
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan + Direktif Aspek Klinis	41.422.996.144
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	33.888.542.102
10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	53.378.995.327
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	52.478.827.227
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	56.561.160.438
13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	56.561.160.438
14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	35.009.610.727
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	59.444.146.605
16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	33.888.542.102
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	145.476.752.855
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	59.023.571.538
19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	62.806.387.788

20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	36.771.528.269
21	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	33.253.271.102
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	33.253.271.102
<b>TOTAL</b>		<b>1.287.075.278.000</b>

**Sumber Anggaran**

BLU	976.342.780.000
PHLN	182.325.465.000
RM	128.407.033.000

Pihak Kedua,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS  
NIP.197106262000031002



Jakarta, Februari 2024  
Pihak Pertama,



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

## BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

### A. Capaian Kinerja Program Organisasi

Adapun capaian kinerja program RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah periode Tahun 2024, dijelaskan secara rinci masing-masing indikator kinerja program dengan matrik analisis capaian, perbandingan target, standar (nasional) dan realisasi serta uraian kegiatan ringkas dapat dilihat sebagai berikut:

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	2020		2021		2022		2023		2024		Keterangan		
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian			
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥83%	62,29%	≥86%	100%	≥86%	100%	≥88%	172,07%	≥90%	125,53%	Tercapai	
		2	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	111,02%	Tercapai
		3	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	12,24%	Tercapai
		4	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 Laporan	1 Laporan	Tercapai
		5	Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	Tercapai

2	Tersedianya pelayanan unggulan	6	Persentase kematian neonatus	n/a	n/a	n/a	n/a	≤12%	10,17%	≤11%	8%	≤10%	8,11%	Tercapai
		7	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	22,83%	≥12%	23,02%	≥15%	17,14%	Tercapai
		8	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	n/a	n/a	n/a	n/a	≥5%	18,28%	≥6%	20,48%	≥7%	23,02%	Tercapai
		9	Peningkatan jumlah pasien operasi	n/a	n/a	n/a	n/a	≥2%	19,61%	≥3%	19,32%	≥4%	17,60%	Tercapai
		10	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	n/a	n/a	n/a	n/a	≥7%	18,3%	≥8%	10,82%	≥9%	-62,3%	Tidak tercapai
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	11	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥85%	298,33%	≥90%	138,33%	Tercapai
		12	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	6 modul	5 modul	10 modul	7 modul	10 Pelatihan	8 Pelatihan	≥12 pelatihan	13 pelatihan	≥15 pelatihan	43 pelatihan	Tercapai
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13	Persentase Kematian Ibu	n/a	n/a	n/a	n/a	≤4.5%	1,86%	≤4.2%	0,35%	≤4%	0,34%	Tercapai
		14	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	85%	85%	90%	95%	100%	110%	100%	100%	100%	100,0%	Tercapai

		15	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	160%	100%	128%	100%	114,2	Tercapai
		16	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	n/a	n/a	n/a	n/a	4 RS	14 RS	≥5 RS	30 RS	≥6 RS	115	Tercapai
		17	Persentase Pelaksanaan Sisrute	n/a	n/a	n/a	n/a	≥70%	92,21%	≥75%	80,86%	≥80%	91,81%	Tercapai
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	18	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	85%	82%	80%	83%	≥84%	84,88%	≥85%	87,24%	≥85%	82,30%	Tidak Tercapai
		19	Peningkatan Kepuasan Pegawai	75%	75,07%	80%	75%	≥77%	77% (bulat)	≥78%	79,40%	≥80%	80,04	Tercapai
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	20	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	52%	88,54%	86%	80%	≥15%	-12,95%	≥10%	15,80%	≥10%	15,460%	Tercapai
		21	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	86%	73,77%	88%	108%	≥84%	91,5%	≥92%	97,22%	≥92%	104,98%	Tercapai
		22	Current Rasio	285%	724,36%	300%	1196%	≥520%	836,74%	≥550%	783,26%	≥560%	226,55%	Tidak tercapai
7	Terwujudnya tata kelola	23	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥85%	100%	≥90%	94,44%	Tercapai

	rumah sakit yang baik	24	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥85%	100%	≥90%	100	Tercapai
		25	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS (2 Kali)	n/a	n/a	n/a	n/a	100% (2keg)	87,5%	100%	100%	100%	99,5%	Tercapai
		26	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	82,4%	≥85%	97,1%	≥90%	98,38%	Tercapai
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan + Direktif Aspek Klinis	27	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	96,30%	≥80%	97,01%	Tercapai
		28	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	96,39%	≥80%	100%	Tercapai
		29	"Door To Balloon" Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥80%	87,00%	Tercapai
		30	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥80%	92,31%	Tercapai
		31	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	<30%	0,00%	≤10%	0,29%	Tercapai
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	32	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	63,37%	≥82%	83,92%	Tercapai



10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	33	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤2,5%	-26,90%	<2.5%	0,09%	Tercapai
		34	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2 kali	2 kali	2 Laporan	2 Laporan	Tercapai
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	35	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	15%	-5,38%	15%	0%	n/a	n/a	≥10%	10,82%	≥10%	-5,30%	Tidak tercapai
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	36	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 Rumah Sakit	1 Rumah Sakit	Tercapai
13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	37	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	4 Rumah Sakit	4 Rumah Sakit	Tercapai
14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	38	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	<30 menit	00:14:52	≥80%	94,44%	Tercapai
15	Terselenggara nya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	39	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	33,33%	Tercapai



16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	40	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 kegiatan	Tersedianya layanan genomik kekhususan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi	3 Layanan	3 Layanan	Tercapai
		41	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	500 sampel	500 sampel	250 Sampel	484 sampel	Tercapai
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	42	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 layanan	Penetapan Unit Bisnis Kerjasama dengan Korea Selatan	1 Layanan	100%	Tercapai
		43	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	82,59%	Tercapai
		44	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan - Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100,00%	Tercapai
		45	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih >80%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	95,24%	Tercapai

		46	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	83,33%	Tidak Tercapai
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	47	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	92.58%	≥90%	92,73%	Tercapai
		48	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	157.28%	≥90%	142,73%	Tercapai
19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	49	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	12 laporan	12 laporan	100%	92,31%	Tidak tercapai
		50	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥75%	79,08%	Tercapai
20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	51	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥92.5%	100%	≥95%	100%	Tercapai
		52	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	102,69%	≥90%	110,48%	Tercapai
		53	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥97%	113%	≥96%	119,02%	Tercapai
		54	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	122,98%	≥90%	119,83%	Tercapai
		55	Persentase nilai EBITDA Margin	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥15%	13,84%	≥15%	6,25%	Tidak Tercapai

21	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	56	Persentase Pencapaian Target PNPB BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	15,80%	≥10%	110,48%	Tercapai	
		57	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3,5	4,4	Tercapai
		58	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥93,75%	91,15%	Tidak Tercapai
		59	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	104,93%	Tercapai
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	60	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Positif	Positif	Positif	Positif	Tercapai	
		61	Cash Flow	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Positif	Positif	Positif	Positif	Tercapai	
		62	Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Linear	Linear	Linear	Linear	Tercapai	
		63	Beban	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Linear	Linear	Linear	Linear	Tercapai	
		64	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤50%	37%	≤50%	48,19%	Tercapai	
		65	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤25%	34%	≤25%	30%	Tidak tercapai	

		66	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤20%	31%	≤20%	25,89%	Tidak tercapai
		67	Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤15%	15%	≤15%	4%	Tercapai
		68	Days Receivable Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤40 hari	14	≤40 hari	39 hari	Tercapai
		69	Days Inventory Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤60 hari	21,59	≤60 hari	18,1 hari	Tercapai
		70	Days Payable Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤60 hari	12	≤60 hari	40 hari	Tercapai

Dari 70 indikator kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah periode tahun 2024, terdapat 10 indikator yang tidak mencapai target yaitu : Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS), Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM), Current Rasio, Peningkatan kunjungan pasien Non JKN, Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar), Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase Nilai EBITDA Margin, Ketepatan penyelesaian klaim JKN, Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan, dan Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan.

Untuk seluruh kinerja program RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah periode Tahun 2024 dijelaskan secara rinci masing-masing indikator kinerja program dengan matrik analisis capaian, perbandingan target, standar (nasional) dan realisasi serta uraian kegiatan ringkas dapat dilihat sebagai berikut:

**Sasaran 1** : Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

**Indikator 1** : Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>1). SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (yang dimaksud dalam Definisi Operasional ini) adalah: semua SDM baik tenaga medis maupun tenaga kesehatan pada BLU yang dalam memberikan layanan kesehatan berhubungan dengan pasien/keluarga pasien secara langsung maupun tidak langsung. SDM ini ditugaskan pada layanan utama maupun penunjang pada BLU. Pemimpin BLU menetapkan jumlah SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pelatihan pelayanan prima pada TA 2024.</p> <p>2). Pelayanan Prima pada lingkup Kementerian Kesehatan diatur pada Permenkes Nomor 33 Tahun 2019 Tentang Panduan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan, ruang lingkup pada Definisi</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>

<p>Operasional ini adalah pada Pasal 17 yaitu adanya Pendidikan dan pelatihan dalam penerapan panduan perilaku interaksi Pelayanan Publik di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>3). Sertifikasi Pelayanan Prima: Hasil dari pendidikan dan pelatihan adalah berupa sertifikat yang dikeluarkan oleh lembaga pendidikan dan pelatihan baik internal maupun eksternal untuk setiap peserta pendidikan dan pelatihan pelayanan prima. Lembaga pendidikan dan pelatihan sebagaimana diatas memiliki kompetensi untuk melaksanakan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima, yang dibuktikan dengan trainer yang bersertifikat.</p> <p>4). Pemimpin BLU pada awal tahun 2024, sebelum akhir triwulan I menetapkan:</p> <p>a. Jumlah SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (sebagaimana dimaksud pada poin 1.) dan</p> <p>b. Jumlah SDM yang akan menjalani pendidikan dan pelatihan pelayanan prima selama satu tahun (2024) (sebanyak minimal 50%) dari jumlah SDM Pemberi Layanan pada poin 4.a ), dengan Mempertimbangkan keterwakilan peserta dari tiap unit Layanan pada BLU.</p> <p>5). Sebagai data dukung pelaporan capaian IKT, BLU menyampaikan dokumentasi pelaksanaan sertifikasi pendidikan dan pelatihan pelayanan prima, antara lain:</p> <p>a. Sertifikat Trainer</p> <p>b. Daftar Hadir</p>	
---	--

c. Dokumentasi			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	172,07%	90%	125,53%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S1_IK1. Persentase Kompetensi SDM Pemberi Layanan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0.47%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>10.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>34.80%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>50.07%</td></tr> <tr><td>May</td><td>77.40%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>84.60%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>112.93%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>113.07%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>114.47%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>124.60%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>125.00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>125.53%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Kumulatif (%)	Jan	0.47%	Feb	10.00%	Mar	34.80%	Apr	50.07%	May	77.40%	Jun	84.60%	Jul	112.93%	Aug	113.07%	Sep	114.47%	Oct	124.60%	Nov	125.00%	Dec	125.53%
Bulan	Capaian Kumulatif (%)																										
Jan	0.47%																										
Feb	10.00%																										
Mar	34.80%																										
Apr	50.07%																										
May	77.40%																										
Jun	84.60%																										
Jul	112.93%																										
Aug	113.07%																										
Sep	114.47%																										
Oct	124.60%																										
Nov	125.00%																										
Dec	125.53%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi layanan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (125,53% dari target 90%). Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023, capaian tahun 2024 mengalami sedikit penurunan namun capaian ini menunjukkan penanggungjawab indikator beserta tim telah melaksanakan kegiatan sesuai program yang ditetapkan, sehingga tampak peningkatan capaian dari bulan ke bulan berikutnya selama tahun 2024.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = Rp. 182,518,778,509																										
Realisasi Anggaran	Rp.152,615,974,889 (84% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Peningkatan pengembangan kualifikasi kompetensi dan pendidikan SDM pemberi pelayanan sesuai dengan prioritas pelayanan. Indikator ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayan unggulan dan pelayanan prioritas																										
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :  1. Pelaksanaan kegiatan untuk peningkatan kompetensi baru mulai dilaksanakan bulan Februari																										

	2. Banyaknya Permintaan kegiatan peningkatan kompetensi bidang kesehatan kerjasama dengan organisasi profesi atau institusi luar yang harus dilaksanakan
Tindak Lanjut	Adapun tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu : 1. Membuat jadwal kegiatan peningkatan kompetensi untuk SDM Internal RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah 2. Menyusun kelengkapan dokumen untuk pengajuan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi 3. Koordinasi dengan Komite untuk pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi pada TW II

**Sasaran 1** : Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

**Indikator 2** : Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Berdasarkan penugasan Direktif Pimpinan pada Perencanaan Kinerja Pegawai Tahun 2024 Nomor : KP.02.04/A/645/2024 : Dalam rangka pelaksanaan transformasi internal, maka perlu dilakukan akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>2. Menindaklanjuti hal tersebut maka:</p> <p>a. Setiap pimpinan unit/satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan wajib memiliki indikator kinerja pada perencanaan kinerja tahun 2024 sebagai berikut:</p> <p><b>1) Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja dengan target 80%.</b></p> <p>2) Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan dengan target 10%.</p> <p>3) Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan  PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST</p> <p>Matrik Kertas Kerja :  <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>



sesuai ketentuan dengan target 1 laporan. b. Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran.			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	80%	111,02%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S1_IK2. Persentase Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi Tahun 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>25.80%</td> </tr> <tr> <td>SMT I</td> <td>64.92%</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>99.49%</td> </tr> <tr> <td>TA 2024</td> <td>111.02%</td> </tr> </tbody> </table>	Periode	Persentase	TW I	25.80%	SMT I	64.92%	TW III	99.49%	TA 2024	111.02%
Periode	Persentase										
TW I	25.80%										
SMT I	64.92%										
TW III	99.49%										
TA 2024	111.02%										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi tahun 2024 telah mencapai target yang telah ditetapkan (111,02% dari target 80%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator telah berupaya memenuhi target sesuai dengan yang telah ditentukan.										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = Rp. 182,518,778,509										
Realisasi Anggaran	Rp.152,615,974,889 (84% dari rencana anggaran sasaran)										
Gambaran Kegiatan	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan mencakup berbagai langkah strategis untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan sikap tenaga kesehatan atau tenaga pelayanan lainnya.										
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :  1. Belum terdatanya jumlah pelatihan / kegiatan peningkatan kompetensi lainnya yang diikuti oleh peserta secara mandiri										

	<p>2. Pelaksanaan kegiatan untuk peningkatan kompetensi baru mulai dilaksanakan bulan Februari</p> <p>3. Banyaknya Permintaan kegiatan peningkatan kompetensi bidang kesehatan kerjasama dengan organisasi profesi atau institusi luar yang harus dilaksanakan</p>
Tindak Lanjut	<p>Adapun tindak lanjut yang telah dilaksanakan untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan link google form untuk pendataan peningkatan kompetensi yang telah diikuti secara mandiri oleh ASN RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah</li> <li>2. Membuat jadwal kegiatan peningkatan kompetensi untuk SDM Internal RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah</li> <li>3. Menyusun kelengkapan dokumen untuk pengajuan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi</li> </ol>

**Sasaran 1** : Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

**Indikator 3** : Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Berdasarkan penugasan Direktif Pimpinan pada Perencanaan Kinerja Pegawai Tahun 2024 Nomor : KP.02.04/A/645/2024 : Dalam rangka pelaksanaan transformasi internal, maka perlu dilakukan akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>2. Menindaklanjuti hal tersebut maka:</p> <p>a. Setiap pimpinan unit/satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan wajib memiliki indikator kinerja pada perencanaan kinerja tahun 2024 sebagai berikut:</p> <p>1) Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja dengan target 80%.</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM PIC Data dan Informasi : dr. I Made Artawa</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>

<p><b>2) Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan dengan target 10%.</b></p> <p>3) Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan dengan target 1 laporan.</p> <p>b. Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran.</p>			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	10%	12,24%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S1_IK3. Persentase Implementasi Mutasi Pegawai Tahun 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>1.29%</td> </tr> <tr> <td>SMT I</td> <td>3.25%</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>5.47%</td> </tr> <tr> <td>TA 2024</td> <td>12.24%</td> </tr> </tbody> </table>	Periode	Persentase	TW I	1.29%	SMT I	3.25%	TW III	5.47%	TA 2024	12.24%
Periode	Persentase										
TW I	1.29%										
SMT I	3.25%										
TW III	5.47%										
TA 2024	12.24%										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator implementasi mutasi pegawai tahun 2024 telah mencapai target yang telah ditetapkan (12,24% dari target 10%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator telah berupaya memenuhi target sesuai dengan yang telah ditentukan.										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = Rp. 182,518,778,509										
Realisasi Anggaran	Rp.152,615,974,889 (84% dari rencana anggaran sasaran)										
Gambaran Kegiatan	Seluruh pimpinan unit/satuan kerja wajib melaksanakan mutasi PNS dilingkungannya sesuai dengan surat edaran ini dan dituangkan pada perencanaan kinerja tahun 2024 sebagai indikator kinerja pada penugasan direktif pimpinan yang ditetapkan oleh Pejabat Pimpinan Tinggi Madya.										

Permasalahan	Tidak ditemukannya permasalahan dalam upaya memenuhi target dari indikator implementasi mutasi pegawai tahun 2024.
Tindak Lanjut	<p>Adapun tindak lanjut untuk monitoring dan evaluasi mutasi pegawai tahun 2024 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada triwulan 1 2024 telah dilakukan 36 orang mutasi dan rotasi 24 orang telah dilakukan monev selama 3 bulan dengan hasil kategori baik. Sedangkan 12 orang tidak perlu dilakukan monev karena masih rotasi satu instalasi.</li> <li>2. Pada triwulan 2 tahun 2024 telah dilakukan 32 orang mutasi dan rotasi, dari hasil monev 3 bulan menunjukkan hasil sebanyak 25 orang dengan kategori Baik, 1 orang kategori kurang, 2 orang tidak perlu dilakukan monev karena masih rotasi Instalasi serta 4 orang belum dibuatkan monev karena belum 3 bulan.</li> <li>3. Pada triwulan 3 telah dilakukan 71 orang mutasi 20 rotasi, dari hasil monev 3 bulan menunjukkan hasil sebanyak 70 kategori Baik, 1 orang kategori kurang, 20 orang tidak perlu dilakukan monev karena masih rotasi instalasi</li> <li>4. Pada triwulan 4 tahun 2024 belum adanya hasil monev, karena belum 3 bulan.</li> </ol>

**Sasaran 1** : Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

**Indikator 4** : Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Implementasi yang tertuang dalam laporan yang bertujuan untuk mengevaluasi apakah penghargaan dan hukuman disiplin yang diberikan telah efektif dalam mencapai tujuan organisasi, seperti peningkatan motivasi kerja, peningkatan kedisiplinan, atau perbaikan dalam kinerja pegawai.	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM PIC Data dan Informasi : Abdul Azis, S.Kep, Ners, M.Kes  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	1 laporan	1 laporan

Grafik Capaian Tahun 2024	Laporan dalam tautan berikut : <a href="https://drive.google.com/file/d/1xXYI4svt-hEcmvnxE1vTfCaca0a2cNkO/view?usp=sharing">https://drive.google.com/file/d/1xXYI4svt-hEcmvnxE1vTfCaca0a2cNkO/view?usp=sharing</a>
---------------------------	---

Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, Indikator kinerja Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (sebanyak 1 laporan).
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = Rp. 182,518,778,509
Realisasi Anggaran	Rp.152,615,974,889 (84% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Melakukan penyusunan rekapan penghargaan dan hukuman dinas pegawai selama tahun 2024 dalam bentuk laporan. Laporan ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah penghargaan dan hukuman disiplin yang diberikan telah efektif dalam mencapai tujuan organisasi, seperti peningkatan motivasi kerja, peningkatan kedisiplinan, atau perbaikan dalam kinerja pegawai. Monitoring ini membantu dalam menilai apakah kebijakan tersebut sudah diterapkan dengan benar dan memberikan dampak yang diinginkan.
Permasalahan	Tidak ditemukannya permasalahan dalam upaya memenuhi target dari indikator Indikator kinerja Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai tahun 2024.
Tindak Lanjut	Adapun tindak lanjut untuk indikator tersebut yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lanjutkan program penghargaan secara konsisten untuk meningkatkan motivasi dan produktivitas pegawai.</li> <li>● Perluas cakupan penghargaan dengan menambahkan kategori baru untuk inovasi atau kontribusi spesifik di bidang tertentu serta pencapaian penghargaan secara luas untuk membangun citra positif RSUP Prof. Dr.I.G.N.G Ngoerah.</li> <li>● Perlu dilakukan evaluasi berkala terhadap program inovasi untuk memastikan keberlanjutan dan dampaknya pada kualitas pelayanan.</li> <li>● Tingkatkan partisipasi instalasi yang belum aktif dalam kegiatan inovasi.</li> <li>● Kembangkan mekanisme penghargaan berdasarkan penilaian pelanggan, seperti Google Review, untuk mendorong unit kerja terus berinovasi.</li> <li>● Tingkatkan sosialisasi dan pelatihan tentang etika kerja, peraturan, dan budaya organisasi untuk mengurangi pelanggaran disiplin.</li> <li>● Evaluasi penyebab utama pelanggaran disiplin dan adakan pendekatan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● preventif untuk mencegah kejadian serupa di masa depan.</li> <li>● Pantau efektivitas hukuman disiplin sebagai alat pembelajaran untuk pegawai.</li> <li>● Tingkatkan nilai penghargaan bagi pegawai purnabakti untuk memperkuat rasa terima kasih atas pengabdian mereka.</li> <li>● Libatkan pegawai purnabakti dalam kegiatan alumni atau program konsultasi untuk berbagi pengalaman dan memperkaya pelayanan rumah sakit.</li> </ul>
--	--

**Sasaran 1** : Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

**Indikator 5** : Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Berdasarkan penugasan Direktif Pimpinan pada Perencanaan Kinerja Pegawai Tahun 2024 Nomor : KP.02.04/A/645/2024 : Dalam rangka pelaksanaan transformasi internal, maka perlu dilakukan akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>2. Menindaklanjuti hal tersebut maka:</p> <p>a. Setiap pimpinan unit/satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan wajib memiliki indikator kinerja pada perencanaan kinerja tahun 2024 sebagai berikut:</p> <p>1) Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja dengan target 80%.</p> <p>2) Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan dengan target 10%.</p> <p>3) Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan dengan target 1 laporan.</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM PIC Data dan Informasi : dr. Luh Gede Sri Yunitri</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>

<b>b. Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran.</b>			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	100%	100%

Grafik Capaian Tahun 2024	Tercapai 100%
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator Setiap pegawai ASN wajib memiliki pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (100%).
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = Rp. 182,518,778,509
Realisasi Anggaran	Rp.152,615,974,889 (84% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Upaya untuk memenuhi target indikator tersebut adalah mengadakan pelatihan teknis, seminar/workshop internal, pelatihan online/daring melalui e-learning ASN, LMS Kemenkes, Coaching/Mentoring, On-the-Job Training (OJT), Pelatihan terkait Kebijakan atau Regulasi Baru. Kegiatan-kegiatan tersebut harus didukung oleh dokumen bukti, seperti sertifikat, daftar hadir, atau laporan hasil kegiatan, untuk memastikan pencapaian target jam pelajaran.
Permasalahan	Tidak ditemukannya permasalahan dalam upaya memenuhi target dari indikator pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran.
Tindak Lanjut	Melanjutkan indikator kinerja pengembangan kompetensi pegawai sesuai RSB tahun 2025 dengan target minimal 40 JPL

**Sasaran 2** : Tersedianya pelayanan unggulan

**Indikator 6** : Persentase kematian neonatus

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi KIA – PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb

Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>			
Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	8%	≤10%	8,11%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S2_IK6. Persentase kematian neonatus</p> <p>Tersedianya pelayanan unggulan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kematian Neonatus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>10.43%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>6.96%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>10.83%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>6.62%</td></tr> <tr><td>May</td><td>10.24%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>6.42%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>6.31%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>7.89%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>3.88%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>9.09%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>5.97%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>12.61%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Kematian Neonatus	Jan	10.43%	Feb	6.96%	Mar	10.83%	Apr	6.62%	May	10.24%	Jun	6.42%	Jul	6.31%	Aug	7.89%	Sep	3.88%	Oct	9.09%	Nov	5.97%	Dec	12.61%
Bulan	Persentase Kematian Neonatus																										
Jan	10.43%																										
Feb	6.96%																										
Mar	10.83%																										
Apr	6.62%																										
May	10.24%																										
Jun	6.42%																										
Jul	6.31%																										
Aug	7.89%																										
Sep	3.88%																										
Oct	9.09%																										
Nov	5.97%																										
Dec	12.61%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja persentase kematian neonatus telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (8,11% dari target ≤10%). Tren persentase kematian terlihat fluktuatif selama tahun 2024, tetapi rerata bulanan menunjukkan hasil dibawah angka 10%.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092																										
Realisasi Anggaran	Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Neonatus adalah sebutan bagi bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari. Bayi usia kurang dari satu bulan mempunyai tubuh yang sangat lemah dan rentan terkena penyakit. Itulah kenapa bayi yang baru lahir perlu mendapatkan perhatian khusus supaya kesehatannya tetap optimal. Sebab jika tidak, hal ini bisa berakibat fatal dan menyebabkan kematian pada bayi baru lahir seperti Asfiksia, infeksi dan berat badan lahir rendah.																										
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :  1. Database kematian neonatus tahun 2024 menunjukkan 62% disebabkan karena BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah/<2500gr)																										



	2. 52% pasien merupakan rujukan dari rumah sakit dan klinik bersalin
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kematian neonatus memerlukan pendekatan yang komprehensif, mulai dari perawatan selama kehamilan hingga pasca persalinan.</li> <li>2. Memperbanyak promosi kesehatan tentang kesehatan ibu dan anak terutama tentang pencegahan kematian bayi baru lahir untuk pengunjung RS Ngoerah</li> </ol>

**Sasaran 2** : Tersedianya pelayanan unggulan

**Indikator 7** : Meningkatnya kunjungan pasien jantung

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RS 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.</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi PJT – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	23,02%	15%	17,14%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p><b>S2_IK7. Meningkatnya kunjungan pasien jantung</b> Tersedianya pelayanan unggulan</p> <table border="1"> <caption>Data for S2_IK7 Cumulative Achievement</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>78.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>36.65%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>28.35%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>33.82%</td></tr> <tr><td>May</td><td>31.11%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>33.21%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>32.59%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>31.21%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>26.12%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>23.77%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>20.28%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>17.14%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Kumulatif (%)	Jan	78.00%	Feb	36.65%	Mar	28.35%	Apr	33.82%	May	31.11%	Jun	33.21%	Jul	32.59%	Aug	31.21%	Sep	26.12%	Oct	23.77%	Nov	20.28%	Dec	17.14%
Bulan	Capaian Kumulatif (%)																										
Jan	78.00%																										
Feb	36.65%																										
Mar	28.35%																										
Apr	33.82%																										
May	31.11%																										
Jun	33.21%																										
Jul	32.59%																										
Aug	31.21%																										
Sep	26.12%																										
Oct	23.77%																										
Nov	20.28%																										
Dec	17.14%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien jantung telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (17,14% dari target 15%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Tren kunjungan pasien jantung selama mengalami penurunan karena adanya pemindahan layanan jantung anak ke Gedung Kesehatan Ibu dan Anak.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Gambaran kegiatan pelayanan jantung mencakup berbagai layanan kesehatan yang berfokus pada diagnosis, pengobatan, pencegahan, dan rehabilitasi pasien dengan masalah kardiovaskular. Target pasien jantung per hari adalah 200 pasien dengan rincian sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jantung anak : 40</li> <li>- Jantung rehab : 30</li> <li>- Jantung dewasa : 130</li> </ul>																										
<p>Permasalahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan peralatan Treadmill untuk diagnosa pasien Jantung</li> <li>2. peralihan sistem pendaftaran online menggunakan sistem SIMETRIS</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengajuan usulan penambahan alat treadmill, rencana realisasi di TW 2 tahun 2025</li> <li>2. Penyempurnaan sistem, sosialisasi melalui media sosial</li> </ol>																										

**Sasaran 2** : Tersedianya pelayanan unggulan

**Indikator 8** : Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
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		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Kanker Terpadu – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	20,48%	7%	23,02%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S2_IK8. Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care</p> <p>Tersedianya pelayanan unggulan</p> <table border="1"> <caption>Data for S2_IK8. Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Akumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>29.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>8.34%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>10.36%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>15.28%</td></tr> <tr><td>May</td><td>14.49%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>16.36%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>16.42%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>19.81%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>19.97%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>21.48%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>21.93%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>23.02%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Akumulatif (%)	Jan	29.00%	Feb	8.34%	Mar	10.36%	Apr	15.28%	May	14.49%	Jun	16.36%	Jul	16.42%	Aug	19.81%	Sep	19.97%	Oct	21.48%	Nov	21.93%	Dec	23.02%
Bulan	Capaian Akumulatif (%)																										
Jan	29.00%																										
Feb	8.34%																										
Mar	10.36%																										
Apr	15.28%																										
May	14.49%																										
Jun	16.36%																										
Jul	16.42%																										
Aug	19.81%																										
Sep	19.97%																										
Oct	21.48%																										
Nov	21.93%																										
Dec	23.02%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien kemoterapi telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (23,02% dari target 7%), serta mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Tren kunjungan pasien jantung selama tahun 2024 cenderung mengalami peningkatan walaupun sempat terjadi penurunan kunjungan pada bulan februari 2024, Hal ini menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat pada layanan di RS Ngoerah.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092																										
Realisasi Anggaran	Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Instalasi Kanker terpadu adalah unit pelayanan medik dan penunjang yang memberikan pelayanan pada penderita kanker di RS 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.
Permasalahan	Peningkatan jumlah pasien harus diimbangi pula dengan pemenuhan fasilitas layanan yang memadai. Layanan kemoterapi saat ini masih tersebar di beberapa ruangan.
Tindak Lanjut	Merencanakan sentralisasi layanan kemoterapy di gedung Cempaka dan melengkapi fasilitas pendukung

**Sasaran 2** : Tersedianya pelayanan unggulan

**Indikator 9** : Peningkatan jumlah pasien operasi

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
<p>Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi.</p> <p>Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi, dibagi Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi</p>	<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Bedah Sentral – PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Aryana</p> <p>Matrik Kertas Kerja :  <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	19,32%	4%	17,60%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p><b>S2_IK9. Peningkatan jumlah pasien operasi</b> Tersedianya pelayanan unggulan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Akumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>40.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>20.05%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>19.99%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>24.16%</td></tr> <tr><td>May</td><td>24.05%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>26.10%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>26.82%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>26.20%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>22.90%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>22.57%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>21.26%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>21.20%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Akumulatif (%)	Jan	40.00%	Feb	20.05%	Mar	19.99%	Apr	24.16%	May	24.05%	Jun	26.10%	Jul	26.82%	Aug	26.20%	Sep	22.90%	Oct	22.57%	Nov	21.26%	Dec	21.20%
Bulan	Capaian Akumulatif (%)																										
Jan	40.00%																										
Feb	20.05%																										
Mar	19.99%																										
Apr	24.16%																										
May	24.05%																										
Jun	26.10%																										
Jul	26.82%																										
Aug	26.20%																										
Sep	22.90%																										
Oct	22.57%																										
Nov	21.26%																										
Dec	21.20%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien operasi telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (17,60% dari target 4%), walaupun capaian tahun 2023 terlihat sedikit lebih tinggi daripada tahun 2024.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>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</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum ada kesepakatan dalam mengadakan rapat terkait usulan perencanaan untuk membuka layanan operasi 24 jam.</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <p>Membuat usulan perencanaan untuk membuka layanan operasi 24 jam dan pada saat hari libur panjang, termasuk usulan honorium petugas yang bekerja di hari libur</p>																										

**Sasaran 2** : Tersedianya pelayanan unggulan

**Indikator 10** : Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
----------------------	-----------------------------------

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, dibagi Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Wing Amerta – PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Adi Suryawan, S.Kep Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	10%	9%	-5,61%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S2_IK10. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)</p> <p>Tersedianya pelayanan unggulan</p> <table border="1"> <caption>Data for S2_IK10 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Capaian Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>10.27%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>-5.87%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>-8.73%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>-7.57%</td></tr> <tr><td>May</td><td>-6.99%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>-7.31%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>-6.73%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>-3.22%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>-2.56%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>-4.15%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>-5.29%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>-5.61%</td></tr> </tbody> </table>	Month	Capaian Kumulatif (%)	Jan	10.27%	Feb	-5.87%	Mar	-8.73%	Apr	-7.57%	May	-6.99%	Jun	-7.31%	Jul	-6.73%	Aug	-3.22%	Sep	-2.56%	Oct	-4.15%	Nov	-5.29%	Dec	-5.61%
Month	Capaian Kumulatif (%)																										
Jan	10.27%																										
Feb	-5.87%																										
Mar	-8.73%																										
Apr	-7.57%																										
May	-6.99%																										
Jun	-7.31%																										
Jul	-6.73%																										
Aug	-3.22%																										
Sep	-2.56%																										
Oct	-4.15%																										
Nov	-5.29%																										
Dec	-5.61%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan Terlihat peningkatan kunjungan pada Juli sampai September 2024, namun peningkatan kunjungan tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan (9%).																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092																										
Realisasi Anggaran	Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan non BPJS perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS. Pengelolaan antrean rawat jalan telah dilaksanakan secara digital melalui pendaftaran dan antrean online yang mengatur jam kunjungan pasien, sehingga tidak terjadi penumpukan pasien (crowded).																										
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :																										

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster</li> <li>2. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas</li> <li>3. Dokter praktek sore masih terbatas</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyusun <i>fee for service</i> untuk setiap tindakan Dokter Spesialis agar mampu membawa pasien/meningkatkan kunjungan pasien umum ke Instalasi Wing Amerta</li> <li>2. Mengembangkan pelayanan poliklinik dalam bentuk cluster-cluster sehingga mempermudah koordinasi pelayanan dan meningkatkan kunjungan</li> <li>3. Melakukan promosi pelayanan cluster baru lewat media sosial-meningkatkan kerja sama dengan asuransi lokal dan asing</li> <li>4. Meningkatkan jumlah praktek Dokter Spesialis Sore</li> </ol>

**Sasaran 3** : Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal

**Indikator 11** : Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC		Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	298,33%	90%	138,33%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S3_IK11. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih</p> <table border="1"> <caption>Data for S3_IK11. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capain Secara Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>25.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>25.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>25.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>25.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>25.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>70.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>123.33%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>126.67%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>133.33%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td></td></tr> <tr><td>Nov</td><td></td></tr> <tr><td>Dec</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capain Secara Kumulatif (%)	Jan	25.00%	Feb	25.00%	Mar	25.00%	Apr	25.00%	May	25.00%	Jun	70.00%	Jul	123.33%	Aug	126.67%	Sep	133.33%	Oct		Nov		Dec	
Bulan	Capain Secara Kumulatif (%)																										
Jan	25.00%																										
Feb	25.00%																										
Mar	25.00%																										
Apr	25.00%																										
May	25.00%																										
Jun	70.00%																										
Jul	123.33%																										
Aug	126.67%																										
Sep	133.33%																										
Oct																											
Nov																											
Dec																											
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator peningkatan kompetensi SDM pendidik dan pelatih telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (138,33% dari target 90%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Pada grafik tampak peningkatan capaian pada periode semester 2.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya sumber daya diklit yang optimal = Rp. 128,536,394,326</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 99,943,978,187 (78% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Indikator kinerja peningkatan kompetensi SDM pendidik dan pelatih dilakukan untuk meningkatkan kompetensi Clinical Teacher dan dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelatihan Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK) belum dapat terlaksana pada TW 1 tahun 2024 terkait dengan narasumber TPPK yang harus mendapat rekomendasi dari Direktorat Peningkatan Mutu Nakes</li> <li>2. Belum ada jadwal untuk pelatihan MOT dan TOC yang bisa diikuti oleh Staf Diklat</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan Direktorat Peningkatan Mutu Nakes terkait pelaksanaan Pelatihan Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK)</li> <li>2. Mencari informasi dan jadwal terkait pelatihan MOT dan TOC</li> </ol>																										



	yang akan diselenggarakan oleh Institusi Penyelenggara pelatihan di Luar RSUP RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
--	--

**Sasaran 3** : Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal

**Indikator 12** : Meningkatkan Jumlah Pelatihan Terakreditasi

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesehatan untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang akan diselenggarakan		Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	13	15	43

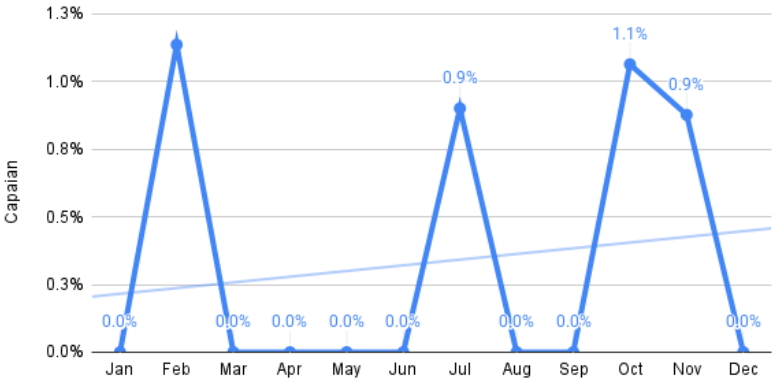
Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S3_IK12. Meningkatkan Jumlah Pelatihan Terakreditasi</p> <table border="1"> <caption>Data for S3_IK12. Meningkatkan Jumlah Pelatihan Terakreditasi</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Kumulatif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>2</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>8</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>13</td></tr> <tr><td>May</td><td>18</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>25</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>30</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>36</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>38</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>41</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>43</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>43</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Kumulatif	Jan	0	Feb	2	Mar	8	Apr	13	May	18	Jun	25	Jul	30	Aug	36	Sep	38	Oct	41	Nov	43	Dec	43
Bulan	Capaian Kumulatif																										
Jan	0																										
Feb	2																										
Mar	8																										
Apr	13																										
May	18																										
Jun	25																										
Jul	30																										
Aug	36																										
Sep	38																										
Oct	41																										
Nov	43																										
Dec	43																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (43 pelatihan dari target 13 pelatihan).																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumber daya diklit yang optimal = Rp. 128,536,394,326																										
Realisasi Anggaran	Rp. 99,943,978,187 (78% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Jumlah pelatihan yang sudah di akreditasi oleh Badan PPSDM Kesehatan, penyelenggaraan setiap pelatihan untuk mendapatkan																										

	legal aspek wajib mendapatkan persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan
Permasalahan	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beberapa pelatihan ditunda pelaksanaannya terkait dengan belum terpenuhi kuota peserta eksternal</li> <li>2. Banyaknya permintaan kegiatan peningkatan kompetensi bidang kesehatan kerjasama dengan organisasi profesi atau institusi luar yang harus dilaksanakan</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan registrasi untuk pelaksanaan pelatihan terakreditasi pada TW II, TW III dan TW IV Tahun 2024</li> <li>2. Koordinasi dengan Narasumber untuk pelaksanaan pelatihan terakreditasi</li> <li>3. Penyebaran Flyer dan surat undangan pelatihan ke institusi di luar RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah</li> <li>3. Melakukan promosi pelayanan cluster baru lewat media sosial-meningkatkan kerja sama dengan asuransi lokal dan asing</li> </ol>

**Sasaran 4** : Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

**Indikator 13** : Persentase Kematian Ibu

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>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 RS Ngoerah Denpasar dikali 100%</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi KIA – PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	0,35%	4%	0,34%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p><b>S4.IK13. Persentase Kematian Ibu</b>  Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien</p>  <table border="1"> <caption>Data for S4.IK13. Persentase Kematian Ibu</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kematian Ibu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>1.1%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>May</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0.9%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>1.1%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0.9%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>0.0%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Kematian Ibu	Jan	0.0%	Feb	1.1%	Mar	0.0%	Apr	0.0%	May	0.0%	Jun	0.0%	Jul	0.9%	Aug	0.0%	Sep	0.0%	Oct	1.1%	Nov	0.9%	Dec	0.0%
Bulan	Persentase Kematian Ibu																										
Jan	0.0%																										
Feb	1.1%																										
Mar	0.0%																										
Apr	0.0%																										
May	0.0%																										
Jun	0.0%																										
Jul	0.9%																										
Aug	0.0%																										
Sep	0.0%																										
Oct	1.1%																										
Nov	0.9%																										
Dec	0.0%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja persentase kematian ibu telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (0,34% dari target <math>\leq 4\%</math>). Persentase capaian tahun 2024 tidak jauh berbeda dengan capaian tahun 2023. apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = Rp. 38,162,735,034</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 36,009,231,603 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>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.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Kondisi pra-hospital dan sistem rujukan kasus ibu perlu lebih mendapatkan perhatian dalam upaya menurunkan angka kematian</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan peningkatan kesehatan ibu dan anak pada tahun 2025, dengan melakukan pengampunan pada beberapa rumah sakit lokus.</p>																										

**Sasaran 4** : RPJMN Direktif Ditjen Yankes - Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

**Indikator 14** : Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal		Direktorat Layanan Operasional – Instalasi SIMRS – PIC Data dan Informasi : I Gede Arya Adi Putera, S. Kom  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	100%	100%	100%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S4_IK14. Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK,</p> <p>The chart displays a single blue bar at the 100.0% mark for every month from January to December. The y-axis ranges from 0.0% to 200.0% in 50% increments. The x-axis lists the months. A legend on the right identifies six categories: RME Telah Terintegrasi di Pendaftaran (blue), RME Telah Terintegrasi di IGD (red), RME Telah Terintegrasi di Rawat Inap (yellow), RME Telah Terintegrasi di Rawat Jalan (green), RME Telah Terintegrasi di OK (orange), and RME Telah Terintegrasi di Layanan Penunjang (Lab, Rad, Gizi, Rehab) (dark blue).</p>
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (100%)
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = Rp. 38,162,735,034
Realisasi Anggaran	Rp. 36,009,231,603 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penerapan aplikasi RME (Rekam Medis Elektronik) di rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan keamanan dalam pengelolaan data pasien. RME adalah sistem digital yang menggantikan rekam medis manual berbasis kertas, memungkinkan penyimpanan, pengolahan, dan akses data medis secara elektronik.
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :  1. Infrastruktur Teknologi yang Kurang Memadai seperti kurangnya perangkat keras yang diperlukan

	<p>2. Sistem RME yang saat ini digunakan mungkin tidak sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit atau tidak terintegrasi dengan baik dengan sistem lain yang digunakan di rumah sakit.</p> <p>3. Rancangan RME saat ini terdapat banyak inputan yang kurang efisien, sehingga terjadinya tidak mampu laksana dalam pengisian data dalam form RME</p>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan infrastruktur teknologi dengan melakukan pengadaan perangkat keras.</li> <li>2. Melakukan peninjauan ulang terhadap sistem RME yang digunakan dan memastikan bahwa sistem tersebut memenuhi kebutuhan rumah sakit secara menyeluruh. Jika perlu, melakukan integrasi antara sistem RME dengan sistem lain yang digunakan di rumah sakit (SATUSEHAT, BPJS. dll).</li> <li>3. Berkoordinasi dengan PIC Rekam Medis untuk melakukan peninjauan sehingga data yang ada dalam isian RME menjadi dapat diisi secara menyeluruh</li> </ol>

**Sasaran 4** : Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan - Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

**Indikator 15** : Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Modernisasi Pengelolaan BLU adalah Pemanfaatan teknologi informasi dalam rangka pengelolaan BLU untuk menyajikan data dan informasi kepada internal dan eksternal secara handal yang dilakukan dengan pengembangan sistem informasi terintegrasi sehingga sumber daya dapat dikelola secara efektif dan efisien dan meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.</p>	<p>Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM –  PIC Data dan Informasi : I Made Purnama Yasa, S.Kom</p> <p>Matrik Kertas Kerja :  <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	128%	100%	114,2%

Grafik Capaian Tahun 2024	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS) telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024. Capaian tahun ini mengalami sedikit penurunan apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = Rp. 38,162,735,034
Realisasi Anggaran	Rp. 36,009,231,603 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Sistem Informasi BLU yang andal dan modern yang berfungsi untuk mengukur tingkat modernisasi BLU dalam rangka peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data dalam rangka pengambilan keputusan ( <i>decision support system</i> ).
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 4** : Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan - Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

**Indikator 16** : Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Melakukan pendampingan ke RS Daerah untuk meningkatkan pelayanan di RS yang didampingi agar sesuai dengan yang ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan RI	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	30	6	115

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S4_IK16. Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan Pendampingan Pelayanan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>Target</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>5</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>SMT I</td> <td>5</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>5</td> <td>118</td> </tr> <tr> <td>TA 2024</td> <td>5</td> <td>115</td> </tr> </tbody> </table>	Periode	Target	Capaian	TW I	5	30	SMT I	5	65	TW III	5	118	TA 2024	5	115
Periode	Target	Capaian														
TW I	5	30														
SMT I	5	65														
TW III	5	118														
TA 2024	5	115														
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator meningkatnya jumlah RS yang dilakukan pendampingan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (115 RS dari 6 target RS). Dibandingkan dengan tahun sebelumnya juga tampak peningkatan capaian yang signifikan.</p>															
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = Rp. 38,162,735,034</p>															
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 36,009,231,603 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>															
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Pendampingan telah dilaksanakan pada 30 rumah sakit di tahun 2023, dengan rincian sebagai berikut: RSUD Bali Mandara, RSUD Buleleng, RSUD Sanjiwani, RSUD Tabanan, RSUD Provinsi NTB, RSUD Dr.R.Soedjono Selong, RSUD Kota Bima, RSUD H. L. Manambai Abdulkadir, RSUP dr. Ben Mboi Kupang, RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes, RSUD Soe, RSUD Dr TC Hillers Maumere, RSUD Komodo, RSUD Waikabubak, RSUD Dr. J.P. Wanane Kab Sorong, Papua Barat, RSUD Wangaya dll.</p>															
<p>Permasalahan</p>	<p>Tidak ditemukan kendala dalam upaya pemenuhan target dari indikator ini.</p>															
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan kegiatan pengampuan layanan Jantung, Stroke, Kanker, Urologi, KIA pada rumah sakit lokus yang telah ditetapkan oleh kemnterian dengan mengacu pada RSB tahun 2025-2029</p>															

**Sasaran 4** : Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan - Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

**Indikator 17** : Persentase Pelaksanaan Sisrute

<p>Definisi Operasional</p>	<p>Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan</p>
-----------------------------	--

<p>Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu &lt;1 jam</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Gawat Darurat – PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Budiarsana, S.Kep</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	80,86%	80%	91,81%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S4_IK17. Persentase Pelaksanaan Sisrute</b></p> <p>Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>84.68%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>91.81%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>88.53%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>85.83%</td></tr> <tr><td>May</td><td>88.53%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>91.81%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>88.53%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>91.81%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>88.53%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>84.14%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>84.14%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>87.06%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	84.68%	Feb	91.81%	Mar	88.53%	Apr	85.83%	May	88.53%	Jun	91.81%	Jul	88.53%	Aug	91.81%	Sep	88.53%	Oct	84.14%	Nov	84.14%	Dec	87.06%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	84.68%																										
Feb	91.81%																										
Mar	88.53%																										
Apr	85.83%																										
May	88.53%																										
Jun	91.81%																										
Jul	88.53%																										
Aug	91.81%																										
Sep	88.53%																										
Oct	84.14%																										
Nov	84.14%																										
Dec	87.06%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator Persentase pelaksanaan sisrute telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (91,81% dari target 80%). Terdapat peningkatan apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = Rp. 38,162,735,034																										
Realisasi Anggaran	Rp. 36,009,231,603 (94% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan <i>respon time</i> kurang dari 1 jam 80%, dengan Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam sebagai numerator dan Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah sebagai denominator.																										
Permasalahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ketidakhandalan sistem SISRUTE ( error jaringan )</li> <li>spesifikasi komputer kurang memadai</li> </ol>																										



Tindak Lanjut	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usulan pemenuhan komputer dengan spesifikasi yang memadai, sesuai kebutuhan di lapangan</li> <li>2. Koordinasi dengan pengampu sistem SISRUTE di kementerian terkait kondisi error</li> </ol>
---------------	---

**Sasaran 5** : Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan - Terwujudnya kepuasan stakeholder  
- INM Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

**Indikator 18** : Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.</li> <li>5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.</li> </ol>		Direktorat Layanan Operasional – Instalasi Pemasaran dan Pengembangan Bisnis - PIC Data dan Informasi : Miranti Ayuningtyas, S.Psi Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
<b>≥76,61%</b>	<b>87,24%</b>	<b>≥85%</b>	<b>82,30%</b>

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S5_IK18 Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM)</p> <p>Terwujudnya kepuasan stakeholder</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>85.38%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>83.45%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>82.94%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>81.63%</td></tr> <tr><td>May</td><td>80.50%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>80.71%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>82.09%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>80.93%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>83.76%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>80.94%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>82.21%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>82.21%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase	Jan	85.38%	Feb	83.45%	Mar	82.94%	Apr	81.63%	May	80.50%	Jun	80.71%	Jul	82.09%	Aug	80.93%	Sep	83.76%	Oct	80.94%	Nov	82.21%	Dec	82.21%
Bulan	Persentase																										
Jan	85.38%																										
Feb	83.45%																										
Mar	82.94%																										
Apr	81.63%																										
May	80.50%																										
Jun	80.71%																										
Jul	82.09%																										
Aug	80.93%																										
Sep	83.76%																										
Oct	80.94%																										
Nov	82.21%																										
Dec	82.21%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM) belum mencapai target yang telah ditetapkan (capaian 82,30% dari target <math>\geq 85\%</math>). Terjadi sedikit penurunan capaian dibandingkan dengan capaian tahun 2023 yaitu 87,24%. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh perubahan sistem informasi rumah sakit yang mengakibatkan proses pelayanan terutama di poliklinik mengalami keterlambatan yang berdampak pada penurunan kepuasan pasien.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan = Rp. 51.160.829.492</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 47.372.160.695 (93% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Tujuan dari indikator ini adalah mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator ini adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterlambatan registrasi pasien beberapa kali terjadi karena sistem IT baru (Simetriss) yang menghambat waktu pelayanan di poliklinik dan Farmasi yang mengakibatkan penurunan kepuasan pasien</li> <li>2. Belum semua menyadari bahwa pelaksanaan survei kepuasan masyarakat adalah salah satu cermin untuk memperbaiki kualitas pelayanan di RS Ngoerah Denpasar</li> <li>3. Sedikitnya minat pasien untuk ikut berpartisipasi untuk ikut mengisi survei.</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Beberapa tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh penanggungjawab indikator untuk meningkatkan capaian yaitu sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan kemudahan akses registrasi online</li> </ol>																										

	<p>2. Alur Administrasi pelayanan yang lebih ringkas dan dipost lagi melalui media sosial</p> <p>3. Pelayanan saat pendaftaran dengan tetap mengutamakan caring sesuai kebutuhan pasien. Karena pendaftaran adalah wajah dari RS Ngoerah</p> <p>4. Tetap memperhatikan waktu tunggu pelayanan baik di poliklinik, penunjang dan farmasi.</p> <p>5. Terdapat informasi terkait peralihan sistem IT di Rumah Sakit</p>
--	--

**Sasaran 5** : Terwujudnya kepuasan stakeholder

**Indikator 19** : Peningkatan Kepuasan Pegawai

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Kepuasan adalah perasaan senang terhadap hasil dari harapan.</p> <p>Kriteria Inklusi: Pegawai yang telah bekerja diatas satu tahun</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pegawai yang telah bekerja dibawah satu tahun</p>		<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM</p> <p>PIC Data dan Informasi : Abdul Azis, S.Kep, Ners, M.Kes</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	79,40%	80%	80,04%

Grafik Capaian Tahun 2024	Laporan dapat diakses pada tautan berikut : <a href="https://drive.google.com/file/d/1pJeo4vXluz1raoEmVHVPuyA0Z_D Aq2Wv/view?usp=sharing">https://drive.google.com/file/d/1pJeo4vXluz1raoEmVHVPuyA0Z_D Aq2Wv/view?usp=sharing</a>
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja tingkat kepuasan pegawai telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, tingkat kepuasan pegawai secara keseluruhan mencapai 80.04%, yang menunjukkan bahwa mayoritas pegawai merasa cukup puas dengan kondisi kerja di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah selama tahun 2024.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya kepuasan stakeholder = Rp. 94,731,917,651
Realisasi Anggaran	Rp. 90,529,559,666 (96% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kepuasan kerja merupakan salah satu faktor penting dalam keberhasilan suatu organisasi karena memengaruhi berbagai aspek kinerja individu maupun kolektif. Hubungan antara kepuasan kerja

	<p>dan variabel lain bisa bersifat positif atau negatif, dengan kekuatan hubungan yang beragam mulai dari lemah hingga sangat kuat. Hubungan yang kuat menandakan bahwa kepuasan kerja dapat memengaruhi variabel lain secara signifikan, sehingga memberikan pengaruh besar pada kinerja organisasi secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa korelasi kepuasan kerja dengan variabel lain.</p>
Permasalahan	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya peninjauan dan penyesuaian terhadap sistem remunerasi, dengan fokus pada transparansi dan keadilan dalam pembagian insentif, tunjangan, dan gaji. Penyelarasan dengan standar industri dan regulasi yang ada akan memastikan bahwa pegawai merasa dihargai sesuai dengan kontribusinya.</li> <li>2. Kurangnya implementasi program penghargaan yang lebih sistematis dan terstruktur sangat penting. Penghargaan bisa berupa insentif finansial maupun penghargaan non- finansial seperti pengakuan di depan tim, kesempatan untuk pengembangan karier, atau pelatihan spesialisik.</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rumah sakit perlu membentuk tim khusus untuk melakukan evaluasi mendalam terhadap sistem remunerasi yang ada. Tim ini akan bertugas untuk mengidentifikasi kekurangan dan melakukan penyesuaian yang diperlukan, termasuk melakukan survey terhadap pegawai mengenai harapan mereka terkait insentif dan tunjangan.</li> <li>2. Implementasi program penghargaan yang lebih konkret, seperti pemberian penghargaan bulanan atau tahunan untuk pegawai yang berprestasi, serta peningkatan kesempatan bagi pegawai untuk mengikuti pelatihan dan pengembangan profesional yang relevan dengan bidang tugas mereka.</li> <li>3. Menyusun program pelatihan komunikasi yang lebih intensif yang melibatkan seluruh pegawai, termasuk pelatihan manajemen konflik dan kerja tim. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas komunikasi antar individu dan antar tim serta memperkuat kerjasama di lingkungan rumah sakit.</li> <li>4. Melakukan peninjauan berkala terhadap fasilitas kerja dan teknologi yang digunakan, serta memastikan fasilitas tersebut selalu dalam kondisi optimal dan mendukung kenyamanan kerja pegawai.</li> <li>5. Mengadakan survei kepuasan pegawai secara berkala untuk memantau perkembangan tingkat kepuasan pegawai setelah</li> </ol>

	langkah-langkah perbaikan diterapkan. Hasil survei ini akan menjadi dasar untuk penyesuaian lebih lanjut dalam kebijakan dan strategi manajemen rumah sakit.
--	--

**Sasaran 6** : Terwujudnya Kinerja Keuangan yang Sehat  
**Indikator 20** : Persentase Peningkatan Pendapatan PNB

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan - PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	15,80%	100%	110,48%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S6_IK20. Persentase Peningkatan Pendapatan PNB</p> <p>Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat</p> <table border="1"> <caption>Data for S6_IK20. Persentase Peningkatan Pendapatan PNB</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Peningkatan Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>26.14%</td></tr> <tr><td>Pebruari</td><td>19.88%</td></tr> <tr><td>Marret</td><td>20.13%</td></tr> <tr><td>April</td><td>20.91%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>21.20%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>20.82%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>21.28%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>22.20%</td></tr> <tr><td>September</td><td>19.70%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>15.23%</td></tr> <tr><td>November</td><td>15.46%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>15.46%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Peningkatan Kumulatif (%)	Januari	26.14%	Pebruari	19.88%	Marret	20.13%	April	20.91%	Mei	21.20%	Juni	20.82%	Juli	21.28%	Agustus	22.20%	September	19.70%	Oktober	15.23%	November	15.46%	Desember	15.46%
Bulan	Peningkatan Kumulatif (%)																										
Januari	26.14%																										
Pebruari	19.88%																										
Marret	20.13%																										
April	20.91%																										
Mei	21.20%																										
Juni	20.82%																										
Juli	21.28%																										
Agustus	22.20%																										
September	19.70%																										
Oktober	15.23%																										
November	15.46%																										
Desember	15.46%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian peningkatan pendapatan PNB telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (110,48% dari target 100%), bahkan mengalami kenaikan signifikan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Walaupun PIC Data dan Informasi Indikator ini adalah Direktorat Keuangan dan Perencanaan, namun sumber pendapatan berasal dari seluruh manajemen direktorat lainnya. Komitmen dan monev peningkatan PNB telah dilaksanakan Bersama dengan baik.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 47,782,986,342																										
Realisasi Anggaran	Rp. 45,216,303,954 (95% dari rencana anggaran sasaran)																										

Gambaran Kegiatan	Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2024 dalah Rp. 1,078,624,973,032.07 lebih tinggi dari tahun 2023 di angka Rp. 911,853,591,435.91. Capaian menunjukkan sinergi yang baik seluruh Direktorat dalam pencapaian pendapatan PNBP pada tahun 2024.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025, dengan menetapkan target indikator minimal 10%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2025 - 2029

**Sasaran 6** : Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat

**Indikator 21** : Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
<p>Pendapatan PNBP 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 PNBP Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan dan amortisasi.</p>	<p>Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Tim Kerja Manajemen Akuntansi –  PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja :  <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	105,67%	92%	107,27%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S6_IK21. Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)</p> <p>Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>104.17%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>105.78%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>105.18%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>104.38%</td></tr> <tr><td>May</td><td>103.73%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>103.55%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>103.58%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>103.58%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>103.71%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>103.97%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>105.72%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>105.72%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	104.17%	Feb	105.78%	Mar	105.18%	Apr	104.38%	May	103.73%	Jun	103.55%	Jul	103.58%	Aug	103.58%	Sep	103.71%	Oct	103.97%	Nov	105.72%	Dec	105.72%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	104.17%																										
Feb	105.78%																										
Mar	105.18%																										
Apr	104.38%																										
May	103.73%																										
Jun	103.55%																										
Jul	103.58%																										
Aug	103.58%																										
Sep	103.71%																										
Oct	103.97%																										
Nov	105.72%																										
Dec	105.72%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja rasio PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (107,27% dari target 92%).</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 47,782,986,342</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 45,216,303,954 (95% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Jumlah Pendapatan yang diterima RS dibandingkan dengan Beban Operasional yang digunakan oleh RS</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya pending dan susulan klaim BPJS atas pelayanan yg dilakukan sehingga penerimaan Kas dan Pendapatan yang bisa diakui menjadi telat.</li> <li>2. Pengendalian Belanja Operasional yang belum maksimal sesuai dengan kebutuhan sehingga menimbulkan peningkatan utang terhadap pihak ketiga</li> <li>3. Beban Farmasi yang masih relatif besar</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempercepat proses pengumpulan dokumen serta kelengkapan yang diperlukan untuk klaim BPJS</li> <li>2. Meningkatkan kualitas Klaim BPJS (terutama diagnosa dan severity level) untuk meminimalisir penolakan klaim BPJS dan dapat meningkatkan Pendapatan RS</li> </ol>																										

	<p>3. Melakukan perencanaan dalam belanja operasional</p> <p>4. Efisiensi Beban Persediaan Farmasi</p>
--	--

**Sasaran 6** : Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat

**Indikator 22** : Current ratio

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>1. Aset diklasifikasikan ke dalam aset lancar dan aset non lancar. Suatu aset diklasifikasikan sebagai aset lancar, jika aset tersebut:</p> <p>1) diperkirakan akan direalisasi atau dimiliki untuk dijual atau digunakan dalam jangka waktu 12 bulan setelah tanggal neraca;</p> <p>2) dimiliki untuk diperdagangkan atau untuk tujuan jangka pendek dan diharapkan akan direalisasi dalam jangka waktu 12 bulan dari tanggal neraca; atau</p> <p>3) berupa kas atau setara kas yang penggunaannya tidak dibatasi.</p> <p>2. Aset lancar antara lain meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka, dan biaya dibayar di muka, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak BLU.</p> <p>3. Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.</p>		<p>Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Manajemen Akuntansi</p> <p>- PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarhana, SE</p> <p>Matrik Kertas Kerja :</p> <p><a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	783,26%	560%	226,5%



<p>Grafik Capaian tahun 2024</p>	<p>S6_IK22. Current Rasio</p> <p>Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat</p> <table border="1"> <caption>Data for S6_IK22. Current Rasio</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1343.11%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>897.61%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>734.95%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>634.48%</td></tr> <tr><td>May</td><td>555.35%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1369.98%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>829.22%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>573.86%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>2100.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>421.43%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>265.87%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>226.55%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	1343.11%	Feb	897.61%	Mar	734.95%	Apr	634.48%	May	555.35%	Jun	1369.98%	Jul	829.22%	Aug	573.86%	Sep	2100.00%	Oct	421.43%	Nov	265.87%	Dec	226.55%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	1343.11%																										
Feb	897.61%																										
Mar	734.95%																										
Apr	634.48%																										
May	555.35%																										
Jun	1369.98%																										
Jul	829.22%																										
Aug	573.86%																										
Sep	2100.00%																										
Oct	421.43%																										
Nov	265.87%																										
Dec	226.55%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja <i>current ratio</i> pada tahun 2024 blm mencapai target yang ditetapkan (226,5% dari target 560%). Pada bulan September 2024 tampak telah mencapai target, namun terjadi penurunan capaian pada triwulan 4 tahun 2024. Perlu dilakukan upaya-upaya dan beberapa strategi untuk kembali meningkatkan <i>current ratio</i>.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran terwujudnya kinerja keuangan yang sehat</p> <p>= Rp. 47.782.986.342</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 45.216.303.954 (95% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Current Ratio adalah rasio keuangan yang digunakan untuk mengukur kemampuan perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya menggunakan aset lancar. Rasio ini menunjukkan sejauh mana aset lancar perusahaan dapat menutupi liabilitas jangka pendeknya.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Permasalahan yang dihadapi dalam pemenuhan indikator ini adalah karena penurunan nilai saldo (cash ratio karena tingginya belanja modal pada semester 2 tahun 2024).</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>1. Meningkatkan Aset Lancar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan Kas dan Setara Kas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan penjualan dengan strategi pemasaran yang lebih efektif.</li> <li>• Mengurangi biaya operasional agar lebih banyak uang yang bisa disimpan sebagai kas.</li> <li>• Menjual aset tidak produktif untuk meningkatkan likuiditas.</li> </ul> </li> <li>- Mempercepat Penagihan Piutang <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menawarkan diskon bagi pelanggan yang membayar lebih cepat.</li> <li>• Menerapkan sistem penagihan yang lebih ketat agar piutang tidak menumpuk.</li> </ul> </li> </ul>																										

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi pelanggan sebelum memberikan kredit untuk menghindari gagal bayar.</li> </ul> <p>- Mengoptimalkan Persediaan Barang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghindari penumpukan barang yang tidak cepat terjual agar modal tidak tertahan.</li> <li>• Menggunakan sistem manajemen inventaris yang efisien untuk mengontrol stok.</li> <li>• Fokus pada barang dengan perputaran tinggi agar aset lancar lebih cepat berubah menjadi kas.</li> </ul> <p>2. Mengurangi Liabilitas Jangka Pendek</p> <p>- Menegosiasikan Pembayaran Utang yang Lebih Panjang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bernegosiasi dengan pemasok untuk mendapatkan jangka waktu pembayaran yang lebih lama.</li> <li>• Mencari opsi pinjaman dengan bunga lebih rendah dan jangka waktu lebih panjang.</li> </ul> <p>- Menghindari Penggunaan Utang Jangka Pendek Berlebihan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi ketergantungan pada pinjaman jangka pendek dengan mencari sumber pendanaan yang lebih stabil.</li> <li>• Menggunakan laba ditahan atau ekuitas untuk membiayai kebutuhan operasional daripada berutang.</li> </ul> <p>- Mengatur Pengeluaran dengan Bijak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi pengeluaran yang tidak perlu untuk memperkuat posisi keuangan.</li> <li>• Mengoptimalkan efisiensi operasional agar biaya tetap rendah.</li> </ul> <p>3. Meningkatkan Profitabilitas dan Efisiensi Operasional</p> <p>- Meningkatkan Marjin Laba</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyesuaikan harga jual tanpa mengurangi daya saing.</li> <li>• Mengurangi biaya produksi atau layanan tanpa mengorbankan kualitas.</li> </ul> <p>- Diversifikasi Pendapatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencari sumber pendapatan tambahan untuk meningkatkan arus kas.</li> <li>• Mengembangkan produk atau layanan baru yang lebih menguntungkan.</li> </ul>
--	--

**Sasaran 7** : Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik

**Indikator 23** : Persentase terlaksananya manajemen resiko RS

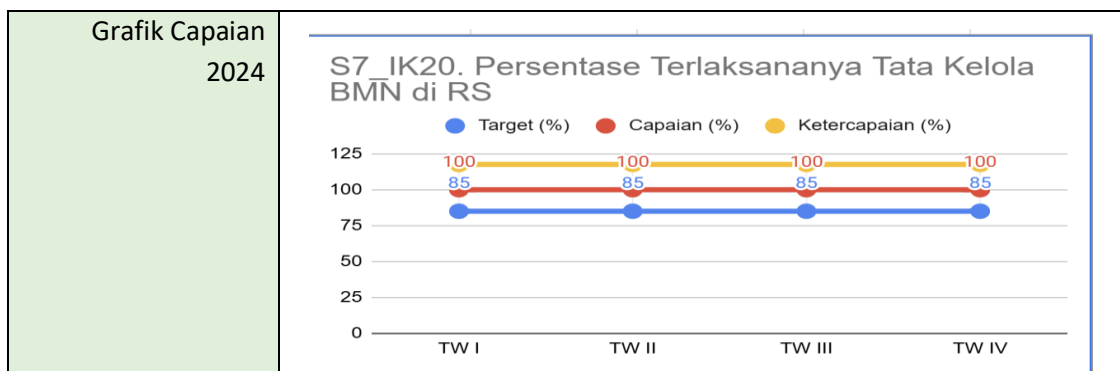
Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan																					
Indikator ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kejadian (insiden) yang berpotensi kuat (besar) dapat mengganggu atau menghambat sasaran dan tujuan organisasi (RS). Keberhasilan indikator ini digambarkan dengan kondisi dimana risiko prioritas pada risk register tidak berubah menjadi insiden (karena efektifnya upaya pengendalian yang dilakukan terhadap masing-masing risiko prioritas tersebut).		Direktorat Layanan Operasional – Seluruh Direktorat – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ni Made Sri Yastini, SKM  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet																					
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024																				
n/a	100%	≥85%	94,4 %																				
Grafik Capaian 2024	<p>S7_IK23. Persentase Terlaksananya Manajemen Resiko</p> <table border="1"> <caption>Data for S7_IK23. Persentase Terlaksananya Manajemen Resiko</caption> <thead> <tr> <th>Waktu</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>85</td> <td>94,4</td> <td>94,4</td> </tr> <tr> <td>TW II</td> <td>85</td> <td>94,4</td> <td>94,4</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>85</td> <td>94,4</td> <td>94,4</td> </tr> <tr> <td>TW IV</td> <td>85</td> <td>94,4</td> <td>94,4</td> </tr> </tbody> </table>			Waktu	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	TW I	85	94,4	94,4	TW II	85	94,4	94,4	TW III	85	94,4	94,4	TW IV	85	94,4	94,4
Waktu	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
TW I	85	94,4	94,4																				
TW II	85	94,4	94,4																				
TW III	85	94,4	94,4																				
TW IV	85	94,4	94,4																				
Interpretasi	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya manajemen resiko RS pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (80%). Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak secara positif meningkat selama tahun 2023.</p> <p>Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya koordinatif ke seluruh unit, mempersiapkan sistem informasi manajemen risiko yang komprehensif dan pengendalian yang cukup baik dalam pencegahan insiden dari informasi risiko yang dikumpulkan.</p>																						
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = Rp. 16.621.800.323																						
Realisasi Anggaran	Rp. 15.604.923.048 (93,9% dari rencana anggaran sasaran)																						

Gambaran Kegiatan	RSUP RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah memiliki Tim Khusus manajemen Risiko dibawah koordinasi KMRS dan Direktorat Layanan Operasional yang menyelenggarakan kegiatan pemantauan dan pengendalian risiko. Identifikasi risiko telah dilaksanakan disetiap unit kerja, dengan proses identifikasi dan pencatatan melalui sistem informasi SIMARS, sehingga bisa dipantau dan dikoordinasikan dengan cepat untuk risiko-risiko prioritas.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

**Sasaran 7** : Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik

**Indikator 24** : Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Indikator ini bertujuan untuk tertib administrasi dalam pengelolaan Barang Milik Negara. 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.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara - PIC Data dan Informasi : Ni Ni Made Widiasih, SE.  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PDLn9--_CPukBh-IFNKqFwWjylo5jTPer198EE14NVU/edit?usp=sharing">https://docs.google.com/spreadsheets/d/1PDLn9--_CPukBh-IFNKqFwWjylo5jTPer198EE14NVU/edit?usp=sharing</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	100%	≥85%	100%



Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS pada tahun 2024 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2024 sama dengan capaian tahun 2023 (100%). Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak menetap 100% selama tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan untuk setiap barang yang didistribusikan.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = Rp. 49,607,411,676
Realisasi Anggaran	Rp. 46,502,670,408 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	RSUP Prof. Ngoerah memiliki pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN dengan sistem informasi SIMARS, yang selanjutnya akan terintegrasi dengan sistem informasi keuangan PPK BLU (SAKTI). Pengembangan dan perbaikan dilaksanakan terus-menerus.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2025 – 2029

**Sasaran 7** : Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik

**Indikator 25** : Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
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. Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan.		Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga - PIC Data dan Informasi : I Gusti Ayu Mirah Tistasari, SH  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023">https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	100%	100%	100%

<p>Grafik Capaian 2024</p>	<p>S7_IK25. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS</p> <table border="1"> <caption>Data for S7_IK25. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS</caption> <thead> <tr> <th>Trimester</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>TW II</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>TW IV</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Trimester	Capaian (%)	TW I	75	TW II	75	TW III	85	TW IV	100
Trimester	Capaian (%)										
TW I	75										
TW II	75										
TW III	85										
TW IV	100										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS pada tahun 2024 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 100%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah bekerja keras dalam memenuhi rangkaian kegiatan pemusnahan arsip yang terlaksana pada tahun 2024.</p>										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = Rp. 49,607,411,676</p>										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 46,502,670,408 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Langkah-langkah pemusnahan arsip yaitu sbb: Menerima arsip inaktif dari unit kerja pencipta arsip : Keuangan, ULP, dsb; Penyeleksian Arsip; Pembuatan Daftar Arsip Usul Musnah; Pembentukan Panitia Penilai Arsip; Penilaian Arsip; Permintaan Persetujuan Pemusnahan; Penetapan Arsip yang Akan Dimusnahkan; Pemusnahan Arsip. Pelaksanaan pemusnahan arsip disaksikan oleh Arsiparis Kemenkes, pimpinan unit kerja pencipta/pemilik arsip, Arsiparis RS, Saksi dari Asisten Manajer Hukum &amp; SPI RS</p>										
<p>Permasalahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelaksanaan pemusnahan arsip dilakukan secara bersamaan oleh tim dari Kementerian di beberapa RS Vertikal sehingga waktu pelaksanaan pemusnahan tidak sesuai dengan jadwal yang sudah direncanakan di awal tahun 2024 oleh tim kerja Arsiparis.</li> <li>2. Kurangnya tempat untuk menyimpan arsip aktif</li> </ol>										
<p>Tindak Lanjut</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan koordinasi dengan tim Arsiparis dan ANRI terkait dokumen usulan penghapusan di tahun 2025</li> <li>2. Pemanfaatan sementara rumah dinas menjadi tempat penyimpanan arsip inaktif</li> </ol>										

**Sasaran 7** : Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik

**Indikator 26** : Persentase terlaksananya tata kelola mutu

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Tata Kelola mutu rumah sakit merupakan pelaksanaan standar akreditasi rumah sakit. Indikator ini digambarkan dengan perbandingan jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi dengan jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi.		Direktorat Layanan Operasional – Seluruh Direktorat – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, M.A.P.  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023">https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2023
<b>80% (Paripurna)</b>	<b>97,1%</b>	<b>≥85%</b>	<b>98,38%</b>

Grafik Capaian 2024	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS pada Tahun 2023 (per-Maret 2023) telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 97,1% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (85,97%). Kondisi ini telah berada diatas standar akreditasi nasional 80% (Paripurna).  Hal ini menggambarkan komitmen penanggung jawab indikator terus berupaya koordinatif ke seluruh pokja menyelenggarakan pemenuhan 16 standar akreditasi.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = Rp.16.621.800.323
Realisasi Anggaran	Rp. 15.604.923.048 (93,9% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Tata kelola rumah sakit yang baik sangat penting untuk memastikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan berorientasi pada kepuasan pasien serta keberlanjutan institusi. Tata kelola ini mencakup berbagai aspek, termasuk kepemimpinan, manajemen mutu, transparansi, dan efisiensi operasional.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

**Sasaran 8** : STROKE - Transformasi RSV Penerapan Standar Klinis PPK CPW - Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan

**Indikator 27** : Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – KSM Neuro - PIC Data dan Informasi : dr I Wayan Widyantara, M.Biomed, SpS(K)  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	96,30%	80%	97,01%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S8. IK27. Pasien Stroke Hiperakut (&lt;4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit</p> <p>Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan</p> <table border="1"> <caption>Data for S8. IK27. Capaian (%) per Bulan 2024</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>75.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>85.00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>100.00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	100.00%	Feb	100.00%	Mar	75.00%	Apr	100.00%	May	100.00%	Jun	100.00%	Jul	85.00%	Aug	100.00%	Sep	100.00%	Oct	100.00%	Nov	100.00%	Dec	100.00%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	100.00%																										
Feb	100.00%																										
Mar	75.00%																										
Apr	100.00%																										
May	100.00%																										
Jun	100.00%																										
Jul	85.00%																										
Aug	100.00%																										
Sep	100.00%																										
Oct	100.00%																										
Nov	100.00%																										
Dec	100.00%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, dan cenderung mengalami sedikit peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan = Rp. 51,160,829,492																										
Realisasi Anggaran	Rp. 47,372,160,695 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Indikator klinis ini bertujuan untuk mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuai standar																										



	serta terselenggaranya pelayanan cepat dan responsi serta mampu menyelamatkan pasien stroke Hiperakut
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan dalam upaya pencapaian indikator ini
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

**Sasaran 8** : KANKER - Transformasi RSV Penerapan Standar Klinis PPK CPW

**Indikator 28** : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atau anthracycline based di ruang rawat inap		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Kanker Terpadu – PIC Data dan Informasi : Ns. Luh Gede Lisnawati, S.Kep  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	96,30%	80%	100%

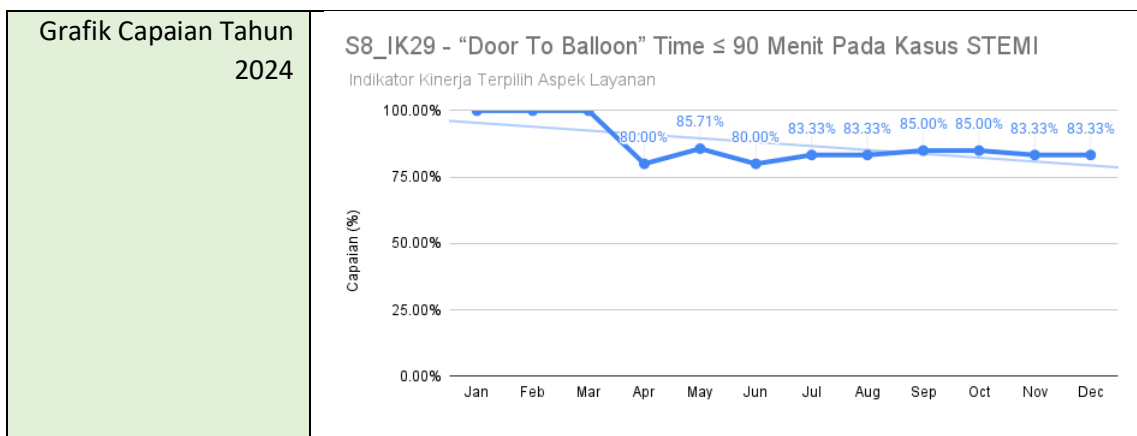
Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S8. IK28. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari</p> <p>Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan</p> <table border="1"> <caption>Data for S8. IK28. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>May</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>96,30%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>96,30%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	96,30%	Feb	96,30%	Mar	96,30%	Apr	96,30%	May	96,30%	Jun	96,30%	Jul	96,30%	Aug	96,30%	Sep	96,30%	Oct	96,30%	Nov	96,30%	Dec	96,30%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	96,30%																										
Feb	96,30%																										
Mar	96,30%																										
Apr	96,30%																										
May	96,30%																										
Jun	96,30%																										
Jul	96,30%																										
Aug	96,30%																										
Sep	96,30%																										
Oct	96,30%																										
Nov	96,30%																										
Dec	96,30%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja lama rawat pasien dengan kanker payudara dngan kemoterapi dirawat inap 3 hari telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (100% dari target 80%).																										
Rencana Anggaran	Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan =																										

	Rp. 51,160,829,492
Realisasi Anggaran	Rp. 47,372,160,695 (93% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Lama rawat inap Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi 3 hari bertujuan untuk menjamin keselamatan pasien, memantau efek samping, memberikan perawatan suportif, serta memastikan pasien siap untuk melanjutkan pemulihan di rumah. Pendekatan ini membantu meningkatkan efektivitas pengobatan dan kualitas hidup pasien selama menjalani terapi kanker payudara.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan dalam upaya pencapaian indikator ini.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

**Sasaran 8** : JANTUNG - Transformasi RSV Penerapan Standar Klinis PPK CPW - Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan

**Indikator 29** : “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 menit.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi PJT – PIC Data dan Informasi : Ns. Ni Luh Sukadani, S.Kep  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	100%	80%	87%



Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (87% dari target 80%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan = Rp. 51,160,829,492
Realisasi Anggaran	Rp. 47,372,160,695 (93% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Untuk mencapai “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI maka perlu dilakukan beberapa hal yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cepat di IGD</li> <li>2. Aktivasi Tim jantung Koroner</li> <li>3. pemberian obat trombolitik (jika perlu)</li> <li>4. transfer cepat ke unit Kateterisasi Jantung</li> <li>5. prosedur kateterisasi jantung</li> <li>6. perawatan lanjutan</li> <li>7. edukasi</li> </ol>
Permasalahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum tersedia Ruang Kateterisasi Jantung emergency sehingga terkadang terkendala pasien elektif</li> <li>2. Tim Jantung Terbatas</li> </ol>
Tindak Lanjut	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merencanakan penambahan alat Cathlab</li> <li>2. Mengusulkan penambahan SDM dengan kompetensi khusus</li> </ol>

**Sasaran 8 :** URONEFRO - Transformasi RSV Penerapan Standar Klinis PPK CPW - Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan

**Indikator 30 :** Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis -- Instalasi Rawat Jalan - Sub.Instalasi HD – PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Paramita Ayu, Sp.PD-KGH  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024

n/a	100%	80%	92,31%
-----	------	-----	--------

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S8_IK30. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam</p> <p>Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan</p> <table border="1"> <caption>Data for S8_IK30. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>85</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>95</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>95</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>95</td></tr> <tr><td>May</td><td>95</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>95</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>85</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>95</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>95</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>95</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>95</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	85	Feb	95	Mar	95	Apr	95	May	95	Jun	95	Jul	85	Aug	95	Sep	95	Oct	95	Nov	95
Bulan	Capaian (%)																								
Jan	85																								
Feb	95																								
Mar	95																								
Apr	95																								
May	95																								
Jun	95																								
Jul	85																								
Aug	95																								
Sep	95																								
Oct	95																								
Nov	95																								
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (92,31% dari target 80%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.</p>																								
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan = Rp. 51,160,829,492</p>																								
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 47,372,160,695 (93% dari rencana anggaran sasaran)</p>																								
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Intervensi dialisis CITO dilakukan dalam waktu 1x24 jam untuk mengatasi masalah-masalah ini dengan cepat. Setiap keputusan untuk melakukan dialisis harus dibuat oleh tim medis yang merawat pasien, dan penilaian yang cermat harus dilakukan terkait manfaat dan risiko dari tindakan tersebut. Perawatan ini dapat melibatkan jenis dialisis tertentu, seperti hemodialisis atau dialisis peritoneal, tergantung pada kebutuhan dan kondisi pasien</p>																								
<p>Permasalahan</p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>																								
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>																								

**Sasaran 8** : KIA - Transformasi RSV Penerapan Standar Klinis PPK CPW

**Indikator 31** : Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi KIA – PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	0%	<10%	0,29%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S8_IK31. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia/Eklampsia</p> <table border="1"> <caption>Data for S8_IK31. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia/Eklampsia</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>2.5%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>May</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1.4%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0.0%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>0.0%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	0.0%	Feb	2.5%	Mar	0.0%	Apr	0.0%	May	0.0%	Jun	0.0%	Jul	1.4%	Aug	0.0%	Sep	0.0%	Oct	0.0%	Nov	0.0%	Dec	0.0%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	0.0%																										
Feb	2.5%																										
Mar	0.0%																										
Apr	0.0%																										
May	0.0%																										
Jun	0.0%																										
Jul	1.4%																										
Aug	0.0%																										
Sep	0.0%																										
Oct	0.0%																										
Nov	0.0%																										
Dec	0.0%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (0,29% dari target 10%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Tren menunjukkan ada kejadian kematian ibu karena pre-eklampsia/ eklampsia pada bulan Februari dan Juli 2024.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan = Rp. 51,160,829,492																										
Realisasi Anggaran	Rp. 47,372,160,695 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsia pada periode perhitungan 2024 sebanyak 696 pasien, dengan 2 kematian ibu																										

	pelatihan rutin penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal dan simulasi penanganan kegawatdaruratan secara rutin dua kali setahun selama tahun 2024
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 10** : Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan - Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal

**Indikator 32** : Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien <b>check in</b> di RS sampai dengan menerima obat.</li> <li>2. <b>Check in</b> adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran</li> <li>3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah <math>\leq 120</math> menit.</li> </ol>	<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Rawat Jalan – PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I</p> <p>Matrik Kertas Kerja :  <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	63,37%	80%	83,92%

<p><b>Grafik Capaian Tahun 2024</b></p>	<p><b>S10_IK32. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang</b> Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>62.34%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>54.80%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>63.53%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>58.06%</td></tr> <tr><td>May</td><td>68.38%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>68.59%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>66.84%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>69.37%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>70.75%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>83.96%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>83.13%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>84.68%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	62.34%	Feb	54.80%	Mar	63.53%	Apr	58.06%	May	68.38%	Jun	68.59%	Jul	66.84%	Aug	69.37%	Sep	70.75%	Oct	83.96%	Nov	83.13%	Dec	84.68%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	62.34%																										
Feb	54.80%																										
Mar	63.53%																										
Apr	58.06%																										
May	68.38%																										
Jun	68.59%																										
Jul	66.84%																										
Aug	69.37%																										
Sep	70.75%																										
Oct	83.96%																										
Nov	83.13%																										
Dec	84.68%																										
<p><b>Interpretasi</b></p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (83,29% dari target 80%), bahkan peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Indikator ini adalah salah satu indikator yang tidak pernah tercapai pada periode sebelumnya, namun dengan tindak lanjut yang tepat untuk permasalahan yang dihadapi indikator waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dapat tercapai pada akhir tahun 2024.</p>																										
<p><b>Rencana Anggaran</b></p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 38,310,461,909</p>																										
<p><b>Realisasi Anggaran</b></p>	<p>Rp. 36,144,969,121 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p><b>Gambaran Kegiatan</b></p>	<p>Gambaran Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Kegiatan adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di Poliklinik sampai dengan obat selesai disiapkan oleh Farmasi. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤120 menit, kecuali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Poliklinik Mata &lt; 180 menit</li> <li>Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi &lt; 180 menit</li> <li>Pelayanan Poliklinik Orthopedi &lt; 180 menit</li> </ol>																										
<p><b>Permasalahan</b></p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tidak datang sesuai waktu estimasi pelayanan, sehingga menumpuk di jam tertentu</li> <li>Data waktu tunggu tanpa penunjang di Simars masih ada beberapa yang belum sesuai seperti pasien konsul poli lain dan tindakan masih dimasukkan.</li> </ol>																										

Tindak Lanjut	<p>Adapun tindak lanjut yang telah dilakukan untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Edukasi pasien agar datang sesuai estimasi waktu pendaftaran online, dimana saat ini pasien sudah bisa memilih slot waktu pelayanan</li> <li>2) Berkoordinasi dengan Instalasi SIMRS untuk penyempurnaan pengambilan data di Simars</li> <li>3) PJ Poliklinik menghubungi DPJP yang belum hadir di poliklinik</li> </ol>
---------------	---

**Sasaran 10** : Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik -  
 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

**Indikator 33** : Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan		Direktorat Layanan Operasional – Instalasi Wing Amerta – Komite Mutu RS - PIC Data dan Informasi : Ni Made Sri Yastini, SKM  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	-26,90%	<2,5%	0,09%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S10_IK33. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikalse NDR 2024</b></p> <table border="1"> <caption>Data for S10_IK33. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikalse NDR 2024</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase NDR 2024</th> <th>Persentase Penurunan NDR 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>5.52%</td><td>0.75%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>5.52%</td><td>-0.50%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>5.52%</td><td>-0.46%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>5.52%</td><td>-0.50%</td></tr> <tr><td>May</td><td>5.52%</td><td>0.40%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>5.52%</td><td>0.63%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>5.52%</td><td>0.91%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>5.52%</td><td>0.10%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>5.52%</td><td>-0.19%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>5.52%</td><td>0.22%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>5.52%</td><td>0.41%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>5.52%</td><td>-1.17%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase NDR 2024	Persentase Penurunan NDR 2024	Jan	5.52%	0.75%	Feb	5.52%	-0.50%	Mar	5.52%	-0.46%	Apr	5.52%	-0.50%	May	5.52%	0.40%	Jun	5.52%	0.63%	Jul	5.52%	0.91%	Aug	5.52%	0.10%	Sep	5.52%	-0.19%	Oct	5.52%	0.22%	Nov	5.52%	0.41%	Dec	5.52%	-1.17%
Bulan	Persentase NDR 2024	Persentase Penurunan NDR 2024																																						
Jan	5.52%	0.75%																																						
Feb	5.52%	-0.50%																																						
Mar	5.52%	-0.46%																																						
Apr	5.52%	-0.50%																																						
May	5.52%	0.40%																																						
Jun	5.52%	0.63%																																						
Jul	5.52%	0.91%																																						
Aug	5.52%	0.10%																																						
Sep	5.52%	-0.19%																																						
Oct	5.52%	0.22%																																						
Nov	5.52%	0.41%																																						
Dec	5.52%	-1.17%																																						
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (0,09% dai target <2,5%), namun																																							



	cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = Rp. 63,876,119,509
Realisasi Anggaran	Rp. 60,788,693,280 (95% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam adalah indikator penting dalam mengevaluasi mutu pelayanan rumah sakit. Pengelolaan yang baik terhadap pasien dengan risiko tinggi dapat membantu menurunkan angka kematian dan meningkatkan kualitas perawatan di rumah sakit.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 10** : Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik -  
Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

**Indikator 34** : Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Komite Medik – PIC Data dan Informasi : dr. Sayu Kade Alit Sagitariani, M.Kes  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	2 laporan	2 laporan	2 laporan

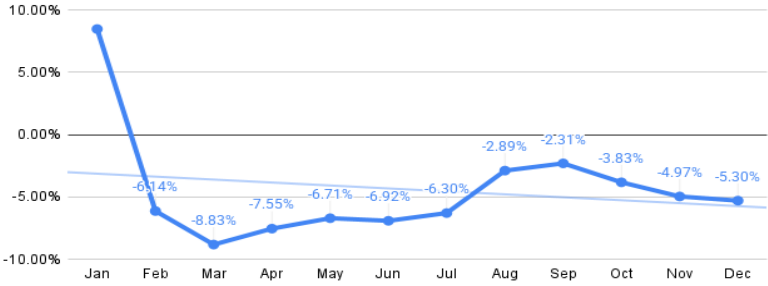
Grafik Capaian Tahun 2024	Laporan dapat diakses pada tautan berikut : 1. <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1h82uglt5ISrhmnALIXiuvem_q7oi7_a4?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1h82uglt5ISrhmnALIXiuvem_q7oi7_a4?usp=drive link</a> 2. <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1uCaubheUn7b3x1b57A4Eh4NNSD9PY2f ?usp=drive link">https://drive.google.com/drive/folders/1uCaubheUn7b3x1b57A4Eh4NNSD9PY2f ?usp=drive link</a>
---------------------------	---

Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tersusun 2 laporan dari target 2 laporan).
Rencana Anggaran	Sasaran Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = Rp. 63,876,119,509
Realisasi Anggaran	Rp. 60,788,693,280 (95% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Audit medis adalah proses evaluasi terhadap rekam medis pasien untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar prosedur dan pedoman klinis yang berlaku. Tujuannya adalah meningkatkan mutu layanan kesehatan dan keselamatan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 11** : Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri - Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri

**Indikator 35** : Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
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, dibagi Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Wing Amerta – PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Adi Suryawan, S.Kep Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	10%	10%	-5,30%

<p><b>Grafik Capaian Tahun 2024</b></p>	<p><b>S11_IK35. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN</b> Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Perubahan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>8.83%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>-6.14%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>-8.83%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>-7.55%</td></tr> <tr><td>May</td><td>-6.71%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>-6.92%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>-6.30%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>-2.89%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>-2.31%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>-3.83%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>-4.97%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>-5.30%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Perubahan	Jan	8.83%	Feb	-6.14%	Mar	-8.83%	Apr	-7.55%	May	-6.71%	Jun	-6.92%	Jul	-6.30%	Aug	-2.89%	Sep	-2.31%	Oct	-3.83%	Nov	-4.97%	Dec	-5.30%
Bulan	Persentase Perubahan																										
Jan	8.83%																										
Feb	-6.14%																										
Mar	-8.83%																										
Apr	-7.55%																										
May	-6.71%																										
Jun	-6.92%																										
Jul	-6.30%																										
Aug	-2.89%																										
Sep	-2.31%																										
Oct	-3.83%																										
Nov	-4.97%																										
Dec	-5.30%																										
<p><b>Interpretasi</b></p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien non JKN belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan Terlihat peningkatan kunjungan pada Juli sampai September 2024, namun peningkatan kunjungan tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan (10%).</p>																										
<p><b>Rencana Anggaran</b></p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092</p>																										
<p><b>Realisasi Anggaran</b></p>	<p>Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p><b>Gambaran Kegiatan</b></p>	<p>Jumlah kunjungan pasien non JKN perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS. Pengelolaan antrean rawat jalan telah dilaksanakan secara digital melalui pendaftaran dan antrean online yang mengatur jam kunjungan pasien, sehingga tidak terjadi penumpukan pasien (crowded).</p>																										
<p><b>Permasalahan</b></p>	<p>Permasalahan yang dihadapi dalam pemenuhan indikator ini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembayaran fee for service dokter yang menemui beberapa kendala seperti inputan pasien yang tidak sesuai, kendala IT, kendala petugas penginput FFS</li> <li>- Pelayanan cluster yang terhambat karena tidak semua dokter bisa mengikuti pola cluster</li> <li>- Pelayanan call center masih dalam proses penjajakan, sementara masih menggunakan tenaga pos wing untuk perjanjian</li> <li>- pelayanan pasien asing dan asuransi terbentur klaim asuransi yang lama keluar</li> </ul>																										
<p><b>Tindak Lanjut</b></p>	<p>Adapun usulan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinasi dengan Hukmas untuk penjajakan kerja sama dengan pihak ketiga call centre</li> </ul>																										

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyusun media promosi Wing Amerta seperti: pelayanan dokter subspecialis, pelayanan komplementer, MCU dan lain-lain</li> <li>- Mengebangkan pelayanan asuransi bekerjasama dengan IPBSRS</li> </ul>
--	---

**Sasaran 12 :** Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri - Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4

**Indikator 36 :** Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal.</p> <p>Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK</p> <p>Khusus untuk RS Vertikal yang ditetapkan menjadi Pengampu Regional sesuai SE Dirjen Nomor YR.03.03/D/7330/2023 tentang Surat pemberitahuan</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
<b>n/a</b>	<b>n/a</b>	<b>1 RS</b>	<b>1 RS</b>

Grafik Capaian Tahun 2024	n/a
Interpretasi	Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK Khusus untuk RS Vertikal yang ditetapkan menjadi Pengampu Regional sesuai SE Dirjen Nomor YR.03.03/D/7330/2023 tentang Surat pemberitahuan.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 71.429.482.842
Realisasi Anggaran	Rp. 68.176.367.890 (95% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap Direktur Utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan

Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.
---------------	--

**Sasaran 13** : Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri - Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5

**Indikator 37** : Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	
n/a	n/a	4 RS	4 RS	

Grafik Capaian Tahun 2024	n/a
Interpretasi	Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 71.429.482.842
Realisasi Anggaran	Rp. 68.176.367.890 (95% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 14** : RPJMN Direktif Ditjen Yankes - INM Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

**Indikator 38** : Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama dengan 30 Menit (RPJMN 60%, INM 80%)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.</p> <p>SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forsep, ruptur uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.</p> <p>Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus)</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi KIA – PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Juliathi</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	120%	80%	94,44%

Grafik Capaian Tahun 2024	Interpretasi																										
<p>S14_IK38. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit</p> <table border="1"> <caption>Data for S14_IK38 Achievement (%)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>75,00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>85,00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>100,00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	100,00%	Feb	100,00%	Mar	100,00%	Apr	100,00%	May	100,00%	Jun	100,00%	Jul	75,00%	Aug	100,00%	Sep	100,00%	Oct	100,00%	Nov	85,00%	Dec	100,00%	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu</p>
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	100,00%																										
Feb	100,00%																										
Mar	100,00%																										
Apr	100,00%																										
May	100,00%																										
Jun	100,00%																										
Jul	75,00%																										
Aug	100,00%																										
Sep	100,00%																										
Oct	100,00%																										
Nov	85,00%																										
Dec	100,00%																										

	Kurang atau Sama dengan 30 Menit telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (94,44% dari target 80%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Jumlah seluruh pasien yang diputuskan SC emergency kategori 1 pada tahun 2024 adalah sebanyak 36 orang dengan rata-rata waktu tanggap dibawah 30 menit.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 43.601.934.742
Realisasi Anggaran	Rp. 41.227.581.067 (95% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Waktu tanggap operasi Sectio Caesarea (SC) darurat dalam waktu ≤ 30 menit adalah salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di rumah sakit. Standar ini bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dalam situasi gawat darurat yang membutuhkan tindakan segera.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 15** : Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan

**Indikator 39** : Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Penelitian – PIC Data dan Informasi : dr Ni Luh Putu Nurhaeni MM M.Kes  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	10%	33,33%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S15_IK39. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Quarter</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>13.64%</td> </tr> <tr> <td>TW II</td> <td>25.74%</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>33.33%</td> </tr> <tr> <td>TW IV</td> <td>25.71%</td> </tr> <tr> <td>rerata</td> <td>10.00%</td> </tr> </tbody> </table>	Quarter	Percentage	TW I	13.64%	TW II	25.74%	TW III	33.33%	TW IV	25.71%	rerata	10.00%
Quarter	Percentage												
TW I	13.64%												
TW II	25.74%												
TW III	33.33%												
TW IV	25.71%												
rerata	10.00%												
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (33,33% dari target 10%).</p>												
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 88.821.151.092</p>												
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 85.508.024.390 (96% dari rencana anggaran sasaran)</p>												
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Penelitian klinik yang terpublikasi adalah salah satu indikator penting dalam meningkatkan mutu layanan medis, terutama di rumah sakit pendidikan yang memiliki peran sebagai pusat penelitian dan pengajaran. Rumah sakit pendidikan berfokus pada penerapan penelitian berbasis bukti dalam praktik medis sehari-hari, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mengurangi variabilitas dalam pengobatan.</p>												
<p>Permasalahan</p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>												
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>												

**Sasaran 16** : Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi

**Indikator 40** : Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama-Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs - RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama-Terselenggaranya layanan</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Penelitian – Instalasi CRU – PIC Data dan Informasi : dr Luh Inta Prilandari Sp.MK</p>



berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs - RSUP Ngoerah : Aging dan Nutrisi		Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	3 layanan	3 layanan

Grafik Capaian Tahun 2024	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama-Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs - RSUP Ngoerah : Aging dan Nutrisi telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 3 layanan dari target 3 layanan).
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 38.310.461.909
Realisasi Anggaran	Rp. 36.144.969.121 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS yang ditetapkan oleh SK Direktur Utama bertujuan untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan pasien, dalam hal ini terkait dengan aging dan nutrisi. Penerapan teknologi genomik yang mendalam akan membantu dalam penyusunan diagnosis yang lebih akurat, terapi yang lebih efektif, dan pendekatan pencegahan yang lebih personal bagi pasien.
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :  1. Rekrutmen sampel Psoriasis  2. Analisa data  3. SDM Bioinformatika
Tindak Lanjut	Adapun tindak lanjut yang telah dilakukan untuk permasalahan tersebut yaitu :  1.Melakukan kerja sama dengan RSCM dan RS Sardjito  2.Melakukan koordinasi dengan BGSi pusat terkait analisa data  3.Melakukan pengajuan tenaga pendukung penelitian genomik yaitu tenaga ahli biomedik dan bioinformatika

**Sasaran 16** : Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi

**Indikator 41** : Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah layanan genomic yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS		Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Penelitian – Instalasi CRU – PIC Data dan Informasi : dr Luh Inta Prilandari Sp.MK  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	500 sampel	250 sampel	484 sampel

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S16_IK41. Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS</p> <table border="1"> <caption>Data for S16_IK41 Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Subjek</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>0</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>162</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>162</td></tr> <tr><td>April</td><td>66</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>0</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>0</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr> <tr><td>September</td><td>0</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>40</td></tr> <tr><td>November</td><td>0</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Subjek	Januari	0	Februari	162	Maret	162	April	66	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	40	November	0	Desember	0
Bulan	Subjek																										
Januari	0																										
Februari	162																										
Maret	162																										
April	66																										
Mei	0																										
Juni	0																										
Juli	0																										
Agustus	0																										
September	0																										
Oktober	40																										
November	0																										
Desember	0																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 484 sampel dari target 250 sampel), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 38.310.461.909																										
Realisasi Anggaran	Rp. 36.144.969.121 (94% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Pemeriksaan HWGS (Human Whole Genome Sequencing) adalah teknologi canggih yang digunakan untuk memetakan seluruh genom manusia untuk tujuan penelitian dan diagnosis medis. Proses ini sangat berguna untuk identifikasi penyakit genetik, terapi																										

	<p>yang dipersonalisasi, dan penelitian genomik terkait berbagai kondisi kesehatan.</p> <p>Rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS adalah langkah penting dalam memperoleh data yang representatif dan relevan untuk memastikan bahwa hasil pemeriksaan dapat diterapkan secara luas untuk pengelolaan kesehatan individu dan penelitian.</p>
Permasalahan	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <p>Rekrutmen subjek psoriasis masih kurang, belum mampu melakukan analisa tersier data sequencing.</p>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bekerjasama dengan Perdoski Bali, Yayasan untuk rekrutmen subjek, koordinasi intensif dengan vendor,</li> <li>2. Rencana kerjasama rekrutmen dengan RSCM dan Sardjito, Koordinasi dengan BGSi Pusat untuk analisa data tersier</li> <li>3. PKS penelitian multisenter dengan RSCM dan RS Sardjito, diskusi dengan Nala Genetic</li> </ol>

**Sasaran 17** : Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

**Indikator 42** : RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.		Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM – PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Sindhu Adiputra, MARS  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	
n/a	1 layanan	1 layanan	1 layanan	
Grafik Capaian Tahun 2024	n/a			

Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 1 layanan dengan target 1 layanan), capaian ini sama dengan capaian tahun 2023. Layanan ini adalah unit bisnis Ngoerah Sun Wellness Center (NSWAC) yang bekerja sama dengan Sun Healthcare International.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 197.566.104.801
Realisasi Anggaran	Rp. 167.536.909.776 (85% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kerja sama internasional dalam dunia medis telah menjadi strategi utama bagi rumah sakit untuk mengembangkan layanan unggulan, meningkatkan kualitas, serta memanfaatkan teknologi dan pengetahuan terkini. Kerja sama ini membuka peluang untuk berbagi pengetahuan, teknologi, dan praktik terbaik dalam pelayanan kesehatan. Layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional sering kali mencakup berbagai aspek kedokteran dan peningkatan mutu pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 17** : Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

**Indikator 43** : Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar 2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Rawat Jalan – PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	80%	82,59%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p><b>S17_IK43. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien</b> Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>71.80%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>68.02%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>72.39%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>69.65%</td></tr> <tr><td>May</td><td>74.81%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>74.92%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>74.05%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>75.31%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>76.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>82.60%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>82.19%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>82.97%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	71.80%	Feb	68.02%	Mar	72.39%	Apr	69.65%	May	74.81%	Jun	74.92%	Jul	74.05%	Aug	75.31%	Sep	76.00%	Oct	82.60%	Nov	82.19%	Dec	82.97%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	71.80%																										
Feb	68.02%																										
Mar	72.39%																										
Apr	69.65%																										
May	74.81%																										
Jun	74.92%																										
Jul	74.05%																										
Aug	75.31%																										
Sep	76.00%																										
Oct	82.60%																										
Nov	82.19%																										
Dec	82.97%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 82,59% dari target 80%).</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 197.566.104.801</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 167.536.909.776 (85% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Indikator ini terdiri dari 2 sub indikator yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar yang terdiri dari parkir, ruang tunggu, taman dan toilet</li> <li>2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam &lt;120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit), Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan</li> </ol>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>																										

**Sasaran 17 :** Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

**Indikator 44 :** Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan -  
Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Terpenuhi jika capaian 100%		Direktorat Layanan Operasional - Tim Kerja Hukmas – PIC Data dan Informasi : I Dewa Ketut Kresna, S.S.,M.M, SH  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	100%	100%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S17_IK44 Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis &lt;24 jam</p> <p>Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional</p> <p>The chart displays a horizontal line at the 100.00% mark on the y-axis, with data points for each month from January to December, all labeled as 100.00%.</p> <table border="1"> <caption>Data for S17_IK44 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100.00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>100.00%</td></tr> </tbody> </table>	Month	Capaian (%)	Jan	100.00%	Feb	100.00%	Mar	100.00%	Apr	100.00%	May	100.00%	Jun	100.00%	Jul	100.00%	Aug	100.00%	Sep	100.00%	Oct	100.00%	Nov	100.00%	Dec	100.00%
Month	Capaian (%)																										
Jan	100.00%																										
Feb	100.00%																										
Mar	100.00%																										
Apr	100.00%																										
May	100.00%																										
Jun	100.00%																										
Jul	100.00%																										
Aug	100.00%																										
Sep	100.00%																										
Oct	100.00%																										
Nov	100.00%																										
Dec	100.00%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 100% dari target 100%).																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 197.566.104.801																										
Realisasi Anggaran	Rp. 167.536.909.776 (85% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Kecepatan penanganan keluhan non-medis menjadi salah satu indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Keluhan non-medis dapat mencakup berbagai hal terkait dengan pelayanan administratif, fasilitas, kenyamanan, atau sikap dan profesionalisme staf rumah sakit yang tidak terkait langsung dengan aspek medis.  Tujuan utama dari mengukur persentase capaian penanganan keluhan non-medis dalam waktu kurang dari 24 jam adalah untuk																										

	memastikan bahwa rumah sakit atau fasilitas kesehatan tersebut mampu memberikan respon yang cepat dan efisien terhadap ketidakpuasan pasien atau pengunjung terkait layanan non-medis, yang berkontribusi terhadap kepuasan keseluruhan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 17 :** Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

**Indikator 45 :** Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih >80%

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan sekhurusan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas Indikator Klinis terpilih pada RS Khusus: sesuai kekhususannya RS Umum: sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas (akan dilakukan desk).	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Surya Sedana  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	80%	95,24%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S17_IK45. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis</p> <p>INM Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan</p> <table border="1"> <caption>Data for S17_IK45 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>95.24%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>95.24%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>90.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>92.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>92.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>92.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>88.00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>95.24%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>95.24%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>92.00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>95.24%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>95.24%</td></tr> </tbody> </table>	Month	Percentage	Jan	95.24%	Feb	95.24%	Mar	90.00%	Apr	92.00%	May	92.00%	Jun	92.00%	Jul	88.00%	Aug	95.24%	Sep	95.24%	Oct	92.00%	Nov	95.24%	Dec	95.24%
Month	Percentage																										
Jan	95.24%																										
Feb	95.24%																										
Mar	90.00%																										
Apr	92.00%																										
May	92.00%																										
Jun	92.00%																										
Jul	88.00%																										
Aug	95.24%																										
Sep	95.24%																										
Oct	92.00%																										
Nov	95.24%																										
Dec	95.24%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih >80% telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 197.566.104.801																										

Realisasi Anggaran	Rp. 167.536.909.776 (85% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Capaian indikator klinis terpilih yaitu Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit, Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari, “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI, Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam, Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia/ Eklampsia Di Rumah Sakit.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 17 :** Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

**Indikator 46 :** Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran	Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Akuntansi dan BMN – PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	100%	83,33%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S17_IK46. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik</p> <table border="1"> <caption>Data for S17_IK46 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Skor Rasio Kas (%)</th> <th>Skor Rasio POBO (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr><td>May</td><td>50</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>50</td><td>100</td><td>75</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Skor Rasio Kas (%)	Skor Rasio POBO (%)	Capaian (%)	Jan	50	100	75	Feb	50	100	75	Mar	100	100	100	Apr	100	100	100	May	50	100	100	Jun	50	100	75	Jul	50	100	75	Aug	100	100	100	Sep	50	100	75	Oct	100	100	100	Nov	50	100	75	Dec	50	100	75
Bulan	Skor Rasio Kas (%)	Skor Rasio POBO (%)	Capaian (%)																																																		
Jan	50	100	75																																																		
Feb	50	100	75																																																		
Mar	100	100	100																																																		
Apr	100	100	100																																																		
May	50	100	100																																																		
Jun	50	100	75																																																		
Jul	50	100	75																																																		
Aug	100	100	100																																																		
Sep	50	100	75																																																		
Oct	100	100	100																																																		
Nov	50	100	75																																																		
Dec	50	100	75																																																		
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash																																																				



	Ratio dan POBO memenuhi Standar) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (83,33% dari target 100%).
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 197.566.104.801
Realisasi Anggaran	Rp. 167.536.909.776 (85% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Tata kelola rumah sakit (RS) adalah aspek yang sangat penting dalam memastikan keberhasilan operasional dan pelayanan kesehatan yang efisien. Dalam konteks rumah sakit vertikal BLU (Badan Layanan Umum), tata kelola yang baik harus mencakup pengelolaan keuangan yang transparan, efisien, dan berkelanjutan. Salah satu indikator utama dari tata kelola yang baik adalah kemampuan rumah sakit dalam mengelola Cash Ratio dan POBO (Pengelolaan Operasional dan Barang Obyek) yang memenuhi standar.
Permasalahan	<p>Capaian TW 1 sudah mencapai target tetapi ada beberapa kendala, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya pending dan susulan klaim BPJS atas pelayanan yg dilakukan sehingga penerimaan Kas dan Pendapatan yang bisa diakui menjadi telat.</li> <li>2. Pengendalian Belanja Operasional yang belum maksimal sesuai dengan kebutuhan sehingga menimbulkan peningkatan utang terhadap pihak ketiga</li> <li>3. Beban Farmasi yang masih relatif besar</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempercepat proses pengumpulan dokumen serta kelengkapan yang diperlukan untuk klaim BPJS</li> <li>2. Meningkatkan kualitas Klaim BPJS (terutama diagnosa dan severity level) untuk meminimalisir penolakan klaim BPJS dan dapat meningkatkan Pendapatan</li> <li>3. Melakukan perencanaan dalam belanja operasional</li> <li>4. Efisiensi Beban Persediaan Farmasi</li> </ol>

**Sasaran 18** : Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

**Indikator 47** : Presentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan</p> <p>Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.</p>		<p>Direktorat Layanan Operasional - IPPM - PIC Data dan Informasi : Desak Putri Puspita Indriani, S.T</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	92,58%	90%	92,73%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S18_K47. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal</b></p> <p>Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan</p> <table border="1"> <caption>Data for S18_K47 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Kumulasi Kelengkapan (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>May</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>92,73%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>92,73%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Kumulasi Kelengkapan (%)	Jan	92,73%	Feb	92,73%	Mar	92,73%	Apr	92,73%	May	92,73%	Jun	92,73%	Jul	92,73%	Aug	92,73%	Sep	92,73%	Oct	92,73%	Nov	92,73%	Dec	92,73%
Bulan	Kumulasi Kelengkapan (%)																										
Jan	92,73%																										
Feb	92,73%																										
Mar	92,73%																										
Apr	92,73%																										
May	92,73%																										
Jun	92,73%																										
Jul	92,73%																										
Aug	92,73%																										
Sep	92,73%																										
Oct	92,73%																										
Nov	92,73%																										
Dec	92,73%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Presentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (92,73% dari target 90%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan = Rp. 80.902.007.276																										
Realisasi Anggaran	Rp. 77.247.702.724 (95% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) adalah komponen penting dalam mendukung kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit. Meningkatkan kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) di rumah sakit rujukan adalah langkah strategis untuk																										

	memastikan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan terbaik kepada pasien, khususnya dalam menangani kasus-kasus yang membutuhkan penanganan lebih lanjut. Pembaruan dan pemeliharaan fasilitas fisik, investasi dalam alat medis canggih, serta pelatihan staf adalah beberapa cara untuk mencapai tujuan tersebut. Dengan peningkatan kualitas SPA, rumah sakit akan dapat meningkatkan kepuasan pasien, efisiensi operasional, dan reputasi yang semakin baik di mata masyarakat.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 18 :** Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

**Indikator 48 :** Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
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, dibagi Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi		Direktorat Layanan Operasional - IPPM - PIC Data dan Informasi : Desak Putri Puspita Indriani, S.T  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	
n/a	157,28%	90%	142,73%	

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S18_K48. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>45.34%</td></tr> <tr><td>May</td><td>44.08%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>61.18%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0.32%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>0.00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	0.00%	Feb	0.00%	Mar	0.00%	Apr	45.34%	May	44.08%	Jun	61.18%	Jul	0.00%	Aug	0.00%	Sep	0.00%	Oct	0.00%	Nov	0.32%	Dec	0.00%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	0.00%																										
Feb	0.00%																										
Mar	0.00%																										
Apr	45.34%																										
May	44.08%																										
Jun	61.18%																										
Jul	0.00%																										
Aug	0.00%																										
Sep	0.00%																										
Oct	0.00%																										
Nov	0.32%																										
Dec	0.00%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (142,73% dari target 90%), namun cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Tampak pada grafik bahwa kalibrasi dilakukan pada bulan Maret hingga Juli 2024.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan = Rp. 80.902.007.276</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 77.247.702.724 (95% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Kalibrasi alat kesehatan merupakan langkah penting dalam menjaga akurasi dan keandalan alat medis yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Kalibrasi di RSUP Prof Ngoerah dilakukan secara rutin setiap tahun oleh Lembaga Kalibrasi yang sudah tersertifikasi yaitu BPFK Surabaya dan PT GPS. Hasil kalibrasi ini akan diintegrasikan dengan data alat medis yang terdapat dalam aplikasi ASPAK.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>																										

**Sasaran 19** : Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan

**Indikator 49** : Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Wing Amerta – PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Adi Suryawan, S.Kep Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	12 laporan	100%	92,31%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S19_K49. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target</p> <p>Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan</p> <table border="1"> <caption>Data for S19_K49. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>May</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>84.62%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>83.33%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>92.31%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>92.31%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>92.31%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	83.33%	Feb	83.33%	Mar	83.33%	Apr	83.33%	May	83.33%	Jun	84.62%	Jul	83.33%	Aug	83.33%	Sep	83.33%	Oct	92.31%	Nov	92.31%	Dec	92.31%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	83.33%																										
Feb	83.33%																										
Mar	83.33%																										
Apr	83.33%																										
May	83.33%																										
Jun	84.62%																										
Jul	83.33%																										
Aug	83.33%																										
Sep	83.33%																										
Oct	92.31%																										
Nov	92.31%																										
Dec	92.31%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian indikator kinerja Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (92,31% dari target 100%). Dari 13 indikator mutu yang harus dicapai, terdapat 1 indikator mutu yang belum tercapai pada akhir tahun 2024 yaitu kepatuhan kebersihan tangan $\geq 90\%$ .																										
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = Rp. 94.582.654.776																										
Realisasi Anggaran	Rp. 90.393.065.948 (96% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan-des) dengan capaian : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan kebersihan tangan <math>\geq 90\%</math></li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD 100%</li> <li>3. Kepatuhan identifikasi pasien 100%</li> <li>4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi <math>\geq 80\%</math></li> </ol>																										

	<p>5. Waktu tunggu rawat jalan <math>\geq 80\%</math></p> <p>6. Penundaan operasi elektif <math>\leq 5\%</math></p> <p>7. Kepatuhan waktu visit dokter <math>\geq 80\%</math></p> <p>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%</p> <p>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional <math>\geq 90\%</math></p> <p>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) <math>\geq 85\%</math></p> <p>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%</p> <p>12. Kecepatan waktu tanggap complain <math>\geq 80\%</math></p> <p>13. Kepuasan pasien IKM <math>\geq 80</math> (Semesteran)</p>
Permasalahan	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan HH pada peserta didik, peserta didik baru belum patuh melakukan HH sesuai SPO</li> <li>2. Belum optimalnya pengawasan / supervisor dari para pendidik klinis terkait kepatuhan HH"</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkoordinasi dengan Komkordik terkait kepatuhan peserta didik terhadap kebersihan tangan</li> <li>2. Reeducasi kembali pada peserta didik</li> </ol>

**Sasaran 19 :** Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

**Indikator 50 :** Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Skor rata-rata produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari staf RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah, yang menentukan komitmen, gaya dan kemahiran dalam manajemen keselamatan pasien yang diukur dari perspektif staf		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Wing Amerta – PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Adi Suryawan, S.Kep</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	
n/a	n/a	75%	79,08%	

Grafik Capaian Tahun 2024	n/a
Interpretasi	<p>Hasil analisa dalam laporan survey budaya tahun 2024 yaitu sebagai berikut :</p> <p>Budaya keselamatan pasien di RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah bila dilihat dari dimensi pimpinan, manajer dan supervisi terlihat memiliki nilai 86,63%. Pelaksanaan budaya keselamatan pasien bila dilihat dari dimensi komunikasi sudah cukup baik (76,10%). Pelaksanaan budaya keselamatan pasien jika dilihat dari segi pelaporan keselamatan pasien juga sudah cukup baik dengan total skor 69,53%. Berdasarkan penilaian dimensi RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah didapatkan skor 82,82%. Secara keseluruhan rata-rata nilai level budaya keselamatan pasien di RSUP Prof. Dr I.G.N.G. Ngoerah ada pada level 79,08% (kuat). Hasil ini cenderung sama dibandingkan dengan tahun 2023 yaitu sebesar 82,54%.</p>
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = Rp. 94.582.654.776
Realisasi Anggaran	Rp. 90.393.065.948 (96% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Survey budaya keselamatan pasien terdiri dari 12 dimensi pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yang dituangkan kedalam 9 bagian pada kuesioner yang telah dilaksanakan uji validitas dan reliabilitas.
Permasalahan	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster</li> <li>2. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas</li> <li>3. Dokter praktek sore masih terbatas</li> </ol>
Tindak Lanjut	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <p>Terkait analisis hasil penilaian dimensi group yang dibawah 50%, Rekomendasinya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Lakukan pemetaan kebutuhan tenaga perawat.</li> <li>b) Penanggung jawab ruangan mengatur kebutuhan tenaga sesuai dengan beban kerja.</li> </ol>


	<p>c) Lakukan pembagian tugas yang secara merata.</p> <p>d) Efektifkan pemanfaatan waktu untuk menyelesaikan tugas-tugas staf.</p> <p>e) Lakukan proses timbang terima agar waktu kerja tidak melampaui waktu.</p> <p>f) Lakukan edukasi tenaga honorer dalam pelaksanaan keselamatan pasien.</p> <p>g) Aktifkan tenaga honorer dalam pelaksanaan keselamatan pasien.</p> <p>h) Lakukan edukasi bahwa keselamatan pasien merupakan hasil penerapan system keselamatan pasien.</p> <p>i) Lakukan edukasi bahwa dalam budaya keselamatan pasien menerapkan konsep no blaming culture. Siapapun yang terlibat dalam insiden akan mendapat perlindungan dan yang melapor akan dihargai</p>
--	--

**Sasaran 20** : Pemenuhan Akuntabilitas BLU

**Indikator 51** : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.		Direktur Utama – SPI – PIC Data dan Informasi : Ns. I Made Artana, SST, S.Kep, M.Kes  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	100%	95%	100%



<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S20_IK51 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan</p>  <p>— Jumlah Rekomendasi yang Tuntas — Jumlah Total Rekomendasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Jumlah Rekomendasi yang Tuntas</th> <th>Jumlah Total Rekomendasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>May</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0</td><td>2</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Jumlah Rekomendasi yang Tuntas	Jumlah Total Rekomendasi	Jan	0	0	Feb	0	0	Mar	0	0	Apr	0	0	May	0	0	Jun	0	0	Jul	0	2	Aug	0	0	Sep	0	0	Oct	0	0	Nov	0	0	Dec	0	0
Bulan	Jumlah Rekomendasi yang Tuntas	Jumlah Total Rekomendasi																																						
Jan	0	0																																						
Feb	0	0																																						
Mar	0	0																																						
Apr	0	0																																						
May	0	0																																						
Jun	0	0																																						
Jul	0	2																																						
Aug	0	0																																						
Sep	0	0																																						
Oct	0	0																																						
Nov	0	0																																						
Dec	0	0																																						
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (100% dari target 95%).</p>																																							
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = Rp. 40.133.351.242</p>																																							
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 37.430.579.374 (93% dari rencana anggaran sasaran)</p>																																							
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Rekomendasi hasil pemeriksaan yang diberikan oleh BPK bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan akuntabilitas, transparansi, dan efektivitas pengelolaan keuangan serta pelayanan di sektor kesehatan.</p>																																							
<p>Permasalahan</p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>																																							
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>																																							

**Sasaran 20** : Pemenuhan Akuntabilitas BLU

**Indikator 52** : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU (Perubahan Target 2023 95%, 2024 90%)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU adalah Persentase Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang diperoleh BLU dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah terikat/tidak terikat, dan</p>	<p>Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan – Perbendaharaan – PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p>

hasil kerjasama BLU dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, yang tercapai sesuai dengan target dalam UU APBN tahun 2024 dan sebagaimana tercantum dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) 2024 dan DIPA Satker BLU TA 2024.	Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	102,69%	90%	110,48%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S20_IK52. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Realisasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>97.66%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>115.24%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>96.67%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>108.35%</td></tr> <tr><td>May</td><td>99.38%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>108.05%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>109.29%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>123.03%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>104.17%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>104.17%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>97.52%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>110.48%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Realisasi	Jan	97.66%	Feb	115.24%	Mar	96.67%	Apr	108.35%	May	99.38%	Jun	108.05%	Jul	109.29%	Aug	123.03%	Sep	104.17%	Oct	104.17%	Nov	97.52%	Dec	110.48%
Bulan	Persentase Realisasi																										
Jan	97.66%																										
Feb	115.24%																										
Mar	96.67%																										
Apr	108.35%																										
May	99.38%																										
Jun	108.05%																										
Jul	109.29%																										
Aug	123.03%																										
Sep	104.17%																										
Oct	104.17%																										
Nov	97.52%																										
Dec	110.48%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (110,48% dari target 90%), dan cenderung mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = Rp. 40.133.351.242																										
Realisasi Anggaran	Rp. 37.430.579.374 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Realisasi Target Pendapatan BLU merupakan pengukuran sejauh mana rumah sakit atau lembaga BLU berhasil mencapai target pendapatan yang telah ditetapkan dalam anggaran tahunan atau rencana keuangan yang telah ditetapkan.																										
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																										
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.																										

**Sasaran 20** : Pemenuhan Akuntabilitas BLU

**Indikator 53** : Persentase Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Perbandingan antara jumlah anggaran yang telah direalisasikan (dibelanjakan) dari sumber dana Rupiah Murni dengan total pagu anggaran yang dialokasikan dalam suatu periode tertentu.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan – Perbendaharaan –  PIC Data dan Informasi : I Komang Sudarmaja,SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	<b>113%</b>	<b>96%</b>	<b>119,02%</b>

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S20_IK53. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni</p> <p>Pemenuhan Akuntabilitas BLU</p> <table border="1"> <caption>Data for S20_IK53. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Realisasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>89.45%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>100.25%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>175.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>93.83%</td></tr> <tr><td>May</td><td>94.05%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>175.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>123.65%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>115.64%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>104.15%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>102.18%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>103.70%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>140.77%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Realisasi	Jan	89.45%	Feb	100.25%	Mar	175.00%	Apr	93.83%	May	94.05%	Jun	175.00%	Jul	123.65%	Aug	115.64%	Sep	104.15%	Oct	102.18%	Nov	103.70%	Dec	140.77%
Bulan	Persentase Realisasi																										
Jan	89.45%																										
Feb	100.25%																										
Mar	175.00%																										
Apr	93.83%																										
May	94.05%																										
Jun	175.00%																										
Jul	123.65%																										
Aug	115.64%																										
Sep	104.15%																										
Oct	102.18%																										
Nov	103.70%																										
Dec	140.77%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (119,02% dari target 96%).																										
Rencana Anggaran	Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = Rp. 40.133.351.242																										
Realisasi Anggaran	Rp. 37.430.579.374 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Persentase realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni di rumah sakit vertikal merupakan indikator kinerja yang penting untuk menilai efektivitas penggunaan dana pemerintah.																										
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																										
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.																										

**Sasaran 20** : Pemenuhan Akuntabilitas BLU

**Indikator 54** : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

<b>Definisi Operasional</b>		<b>Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan</b>	
Persentase realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Badan Layanan Umum (BLU) adalah ukuran yang menunjukkan tingkat penggunaan atau penyerapan dana yang berasal dari pendapatan BLU terhadap total anggaran BLU yang telah ditetapkan dalam suatu periode tertentu.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan – Perbendaharaan –  PIC Data dan Informasi : I Komang Sudarmaja,SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
<b>Standar (Nas/Inter)</b>	<b>Capaian Tahun 2023</b>	<b>Target Tahun 2024</b>	<b>Capaian Tahun 2024</b>
<b>n/a</b>	<b>122,98%</b>	<b>90%</b>	<b>119,83%</b>

<b>Grafik Capaian Tahun 2024</b>	<p>S20_IK54. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU</p> <p>Pemenuhan Akuntabilitas BLU</p> <table border="1"> <caption>Data for S20_IK54. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>41.02%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>55.92%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>57.54%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>127.67%</td></tr> <tr><td>May</td><td>92.77%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>116.54%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>120.53%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>125.30%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>108.78%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>195.93%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>156.54%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>119.83%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	41.02%	Feb	55.92%	Mar	57.54%	Apr	127.67%	May	92.77%	Jun	116.54%	Jul	120.53%	Aug	125.30%	Sep	108.78%	Oct	195.93%	Nov	156.54%	Dec	119.83%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	41.02%																										
Feb	55.92%																										
Mar	57.54%																										
Apr	127.67%																										
May	92.77%																										
Jun	116.54%																										
Jul	120.53%																										
Aug	125.30%																										
Sep	108.78%																										
Oct	195.93%																										
Nov	156.54%																										
Dec	119.83%																										
<b>Interpretasi</b>	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (119,83% dari target 90%), namun cenderung mengalami sedikit penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
<b>Rencana Anggaran</b>	Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = Rp. 40.133.351.242																										
<b>Realisasi Anggaran</b>	Rp. 37.430.579.374 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										
<b>Gambaran Kegiatan</b>	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Badan Layanan Umum (BLU) di rumah sakit vertikal mengacu pada tingkat penyerapan dana yang diperoleh dari pendapatan operasional rumah sakit tersebut. Sebagai BLU, RSUP Prof. Ngoerah memiliki fleksibilitas dalam mengelola pendapatan yang dihasilkan dari layanan mereka untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.																										
<b>Permasalahan</b>	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																										

Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.
---------------	--

**Sasaran 20** : Pemenuhan Akuntabilitas BLU

**Indikator 55** : Persentase nilai EBITDA Margin

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.	Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	13,84%	15%	6,35%

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S20_IK55 Persentase nilai EBITDA Margin</p> <table border="1"> <caption>Data for S20_IK55 Persentase nilai EBITDA Margin</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>3.8%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>7.2%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>0.9%</td></tr> <tr><td>May</td><td>0.1%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1.7%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>3.1%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>3.1%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>5.6%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>20.4%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>4.9%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase (%)	Jan	3.8%	Feb	7.2%	Mar	3.7%	Apr	0.9%	May	0.1%	Jun	1.7%	Jul	3.1%	Aug	3.1%	Sep	3.7%	Oct	5.6%	Nov	20.4%	Dec	4.9%
Bulan	Persentase (%)																										
Jan	3.8%																										
Feb	7.2%																										
Mar	3.7%																										
Apr	0.9%																										
May	0.1%																										
Jun	1.7%																										
Jul	3.1%																										
Aug	3.1%																										
Sep	3.7%																										
Oct	5.6%																										
Nov	20.4%																										
Dec	4.9%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator persentase nilai EBITDA Margin belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (capaian 6,35% dari target 15%). Capaian ini mengalami penurunan apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Grafik menunjukkan bahwa Ebitda Margin pada bulan Oktober dan November 2024 sempat mencapai target diatas 15%, namun terjadi penurunan pada bulan Desember 2024.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = Rp. 40.133.351.242																										
Realisasi Anggaran	Rp. 37.430.579.374 (93% dari rencana anggaran sasaran)																										

Gambaran Kegiatan	<p>Pengukuran EBITDA Margin memerlukan beberapa langkah sistematis untuk memastikan perhitungan yang akurat dan dapat digunakan untuk analisis keuangan. Berikut adalah gambaran kegiatan yang dilakukan dalam proses pengukuran EBITDA Margin:</p> <p>1. Pengumpulan Data Keuangan</p> <p>Mengumpulkan laporan keuangan rumah sakit</p> <p>Data utama yang dibutuhkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendapatan (Revenue/Total Income)</li> <li>• Beban Operasional (termasuk biaya tenaga kerja, bahan baku, layanan, dll.)</li> <li>• Depresiasi &amp; Amortisasi</li> <li>• Biaya Pajak &amp; Bunga Pinjaman</li> </ul> <p>2. Perhitungan EBITDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghitung EBITDA menggunakan rumus berikut: EBITDA= Pendapatan–(Biaya Operasional–Depresiasi–Amortisasi)</li> <li>• Tujuan: Mengetahui laba operasional sebelum dikurangi faktor eksternal seperti pajak dan bunga.</li> </ul> <p>3. Menghitung EBITDA Margin</p> <p>Rumus perhitungan EBITDA Margin:</p> $\text{EBITDA Margin} = (\text{EBITDA} / \text{Total Pendapatan}) \times 100\%$ <p>Hasil dalam bentuk persentase menunjukkan seberapa besar efisiensi operasional terhadap pendapatan yang diperoleh.</p> <p>4. Analisis dan Interpretasi Hasil</p> <p>Jika EBITDA Margin tinggi (&gt;20%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efisiensi operasional tinggi</li> <li>• Beban operasional terkendali</li> <li>• Potensi keuntungan tinggi</li> </ul> <p>Jika EBITDA Margin sedang (10%-20%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profitabilitas cukup baik</li> <li>• Masih ada ruang untuk perbaikan efisiensi</li> </ul> <p>Jika EBITDA Margin rendah (&lt;10%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beban operasional terlalu tinggi</li> <li>• Bisa jadi ada inefisiensi dalam proses bisnis</li> <li>• Diperlukan strategi untuk meningkatkan pendapatan atau menurunkan biaya</li> </ul>
-------------------	--

	<p>5. Implementasi dan Evaluasi</p> <p>Berdasarkan hasil analisis, RS dapat membuat keputusan strategis seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimalisasi biaya operasional</li> <li>• Peningkatan harga layanan atau produk</li> <li>• Efisiensi tenaga kerja dan sumber daya</li> <li>• Investasi dalam infrastruktur atau teknologi</li> </ul>
Permasalahan	<p>Permasalahan yang dihadapi dalam pemenuhan indikator tersebut yaitu : tingginya beban belanja Farmasi dan pegawai apabila dibandingkan dengan pendapatan operasional Rumah Sakit.</p>
Tindak Lanjut	<p>Beberapa Tindak lanjut yang akan dilaksanakan dalam upaya Menaikan Pendapatan melalui Peningkatkan EBITDA dan atau EBITDA Margin Minimal 15% melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya</li> <li>2) Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim</li> <li>3) Percepatan pengajuan klaim BPJS paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sehingga BAHV bisa terbit paling lambat tanggal 15 bulan berjalan</li> <li>4) Perbaiki kualitas berkas klaim BPJS misalnya ketepatan diagnosa dan atau kelengkapan berkas rekam medik (kelengkapan data dukung)</li> <li>5) Penyusunan Costing INA -CBGS dan atau Unit Cost &amp; atau Tarif RS yang tepat</li> <li>6) Membuka &amp; atau mengoptimalkan layanan Non JKN baik layanan Eksekutif dan atau Reguler baik Rawat Jalan &amp; atau Rawat Inap</li> <li>7) Membuka unit usaha/bisnis baru diluar layanan utama</li> <li>8) Optimalisasi penyelesaian Dispute klaim agar tidak mengganggu Cash Flow RS</li> <li>9) Berkoordinasi &amp;/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya.</li> <li>10) Membuka layanan rawat jalan di akhir minggu, misal hari Sabtu &amp;/ Minggu, misal kebugaran/kecantikan, haemodialisa/cuci darah</li> <li>11) Membuka layanan operasi 24 jam</li> <li>12) Kerjasama dengan asuransi swasta, perusahaan, perkantoran, institusi/instansi/lembaga pemerintah &amp;/ komersial, dan sebagainya,</li> <li>13) Kerjasama dengan institusi pendidikan dengan prinsip saling menguntungkan sebagai fungsi RS Pendidikan</li> </ol>

	<p>14) Kerjasama dengan institusi penelitian baik di dalam negeri maupun luar negeri dengan prinsip saling menguntungkan &amp; memberi dampak bagi peningkatan pelayanan &amp; revenue.</p> <p>15) Memberdayakan dokter mitra/tamu/klien yang berpotensi membawa pasien ke RS</p> <p>16) Mencari dokter/dokter spesialis/sub spesialis tamu/mitra untuk menambah layanan &amp; revenue</p> <p>17) Memberdayakan potensi &amp;/ kapasitas layanan IGD termasuk ICU/ICCU/NICU/PICU/RICU, dan lainnya</p> <p>18) Membuka layanan penyewaan ambulance/mobil jenazah &amp; atau layanan pemulasaran jenazah</p> <p>19) Mengoptimalkan kemudahan pendapatan dari kunjungan pasien tunai (berbayar)</p>
--	--

**Sasaran 21** : Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan

**Indikator 56** : Persentase Pencapaian Target PNBP BLU

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan – Perbendaharaan –  PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	<b>102,69%</b>	<b>100%</b>	<b>110,48%</b>

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S21_IK56. Persentase Pencapaian Target PNBP BLU</p> <table border="1"> <caption>Data for S21_IK56. Persentase Pencapaian Target PNBP BLU</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Peningkatan Kumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>8.14%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>17.74%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>25.80%</td></tr> <tr><td>April</td><td>34.83%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>43.11%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>52.11%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>61.22%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>71.47%</td></tr> <tr><td>September</td><td>82.50%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>91.18%</td></tr> <tr><td>November</td><td>99.31%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>110.48%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Peningkatan Kumulatif (%)	Januari	8.14%	Februari	17.74%	Maret	25.80%	April	34.83%	Mei	43.11%	Juni	52.11%	Juli	61.22%	Agustus	71.47%	September	82.50%	Oktober	91.18%	November	99.31%	Desember	110.48%
Bulan	Peningkatan Kumulatif (%)																										
Januari	8.14%																										
Februari	17.74%																										
Maret	25.80%																										
April	34.83%																										
Mei	43.11%																										
Juni	52.11%																										
Juli	61.22%																										
Agustus	71.47%																										
September	82.50%																										
Oktober	91.18%																										
November	99.31%																										
Desember	110.48%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase Pencapaian Target PNBP BLU telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (110,48% dari target 100%), bahkan mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan																										



	dengan capaian tahun 2023. Grafik menunjukkan tren meningkat setiap bulannya selama tahun 2024.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) adalah pendapatan yang diterima oleh pemerintah dari hasil kegiatan atau pelayanan yang dilakukan oleh Badan Layanan Umum (BLU), termasuk rumah sakit vertikal yang berstatus BLU. Persentase Pencapaian Target PNBP BLU adalah indikator yang mengukur seberapa efektif BLU dalam mencapai target pendapatan yang telah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 21** : Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan

**Indikator 57** : Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
1. Akurasi proyeksi pendapatan BLU mendukung pengelolaan keuangan yang baik, dan penyusunan perencanaan yang lebih akurat. Proyeksi pendapatan dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi sumber pendapatan, melakukan analisis historis dan pasar, estimasi volume layanan, serta perkiraan pertumbuhan. 2. Perhitungan capaian dilakukan dengan cara membandingkan angka rencana pengesahan atas pendapatan yang dilakukan setiap awal bulan dengan pendapatan yang disahkan sampai dengan akhir bulan berkenaan.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan – Perbendaharaan –  PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	3,5	4,4

Grafik Capaian Tahun 2024	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan Terlihat peningkatan kunjungan pada Juli sampai September 2024, namun peningkatan kunjungan tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan (9%).
Rencana Anggaran	Sasaran Pencapaian IKT Aspek Keuangan = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Akurasi proyeksi pendapatan BLU adalah tingkat kedekatan antara proyeksi pendapatan yang telah dibuat dengan realisasi pendapatan yang diterima oleh Badan Layanan Umum (BLU) dalam suatu periode tertentu. Proyeksi pendapatan yang akurat penting bagi perencanaan dan pengelolaan keuangan, serta untuk memastikan bahwa BLU dapat mencapai target keuangannya dengan baik.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 21** : Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan  
**Indikator 58** : Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Memastikan kodifikasi INACBG's pada pengajuan klaim BPJS sesuai dengan informasi diagnosa yang ditegakkan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan sesuai dengan tindakan yang diterima pasien sebagaimana terdapat pada Rekam Medis/E-Rekam Medis, dan/atau hasil konfirmasi kepada Dokter Penanggungjawab Pasien	Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Instalasi IVPP – PIC Data dan Informasi : dr. Kadek Dwi Ardiana  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a> Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024

n/a	n/a	93,75%	91,15%
-----	-----	--------	--------

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S21_IK58. Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>99.92%</td></tr> <tr><td>Pebruari</td><td>98.77%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>98.97%</td></tr> <tr><td>April</td><td>99.14%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>97.19%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>98.61%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>98.63%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>97.60%</td></tr> <tr><td>September</td><td>96.16%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>90.77%</td></tr> <tr><td>November</td><td>86.51%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>0.00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	99.92%	Pebruari	98.77%	Maret	98.97%	April	99.14%	Mei	97.19%	Juni	98.61%	Juli	98.63%	Agustus	97.60%	September	96.16%	Oktober	90.77%	November	86.51%	Desember	0.00%
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	99.92%																										
Pebruari	98.77%																										
Maret	98.97%																										
April	99.14%																										
Mei	97.19%																										
Juni	98.61%																										
Juli	98.63%																										
Agustus	97.60%																										
September	96.16%																										
Oktober	90.77%																										
November	86.51%																										
Desember	0.00%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (91,15% dari target 93,75%). Pada semester 1 tercapai indikator ini telah tercapai (98,44%) namun pada semester 2 baru tercapai 91,15%, hal ini disebabkan karena masih banyak permasalahan pada klaim bulan Desember yang belum diakui oleh BPJS.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Pencapaian IKT Aspek Keuangan = Rp. 34.986.493.784</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Ketepatan penyelesaian klaim JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) mengacu pada sejauh mana rumah sakit, fasilitas kesehatan, atau penyelenggara pelayanan kesehatan lainnya menyelesaikan klaim JKN dalam waktu yang ditentukan, sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan dengan kelengkapan dokumen yang sesuai. Ketepatan ini sangat penting untuk memastikan bahwa proses pembayaran klaim berjalan lancar, dan fasilitas kesehatan dapat memperoleh pembayaran tepat waktu dari BPJS Kesehatan.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Permasalahan dalam upaya pemenuhan indikator ini adalah : Resume medis yang tidak lengkap diisi oleh DPJP yang menyebabkan banyak klaim yang tidak terbayarkan</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Beberapa tindak lanjut yang akan dilaksanakan untuk menghadapi permasalahan diatas yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya</li> <li>• Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim</li> </ul>																										

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepatan pengajuan klaim BPJS paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sehingga BAHV bisa terbit paling lambat tanggal 15 bulan berjalan</li> <li>• Perbaiki kualitas berkas klaim BPJS misalnya ketepatan diagnosa dan atau kelengkapan berkas rekam medik (kelengkapan data dukung)</li> <li>• Berkoordinasi &amp;/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya</li> <li>• Optimalisasi klaim (evaluasi coding &amp; atau koder JKN) &amp; mendayagunakan optimal tim case -mix INA -CBGs</li> </ul>
--	---

**Sasaran 21** : Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan

**Indikator 59** : Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>1). SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (yang dimaksud dalam Definisi Operasional ini) adalah: semua SDM baik tenaga medis maupun tenaga kesehatan pada BLU yang dalam memberikan layanan kesehatan berhubungan dengan pasien/keluarga pasien secara langsung maupun tidak langsung. SDM ini ditugaskan pada layanan utama maupun penunjang pada BLU. Pemimpin BLU menetapkan jumlah SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pelatihan pelayanan prima pada TA 2024.</p> <p>3). Sertifikasi Pelayanan Prima: Hasil dari pendidikan dan pelatihan adalah berupa sertifikat yang dikeluarkan oleh lembaga pendidikan dan pelatihan baik internal maupun eksternal untuk setiap peserta pendidikan dan pelatihan pelayanan prima. Lembaga pendidikan dan pelatihan sebagaimana diatas memiliki kompetensi untuk</p>	<p>Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>

<p>melaksanakan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima, yang dibuktikan dengan trainer yang bersertifikat.</p> <p>2). Pelayanan Prima pada lingkup Kementerian Kesehatan diatur pada Permenkes Nomor 33 Tahun 2019 Tentang Panduan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan, ruang lingkup pada Definisi Operasional ini adalah pada Pasal 17 yaitu adanya Pendidikan dan pelatihan dalam penerapan panduan perilaku interaksi Pelayanan Publik di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>4). Pemimpin BLU pada awal tahun 2024, sebelum akhir triwulan I menetapkan:</p> <p>a. Jumlah SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (sebagaimana dimaksud pada poin 1.) dan</p> <p>b. Jumlah SDM yang akan menjalani pendidikan dan pelatihan pelayanan prima selama satu tahun (2024) (sebanyak minimal 50%) dari jumlah SDM Pemberi Layanan pada poin 4.a ), dengan mempertimbangkan keterwakilan peserta dari tiap unit Layanan pada BLU.</p>			
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	n/a	80%	104,93%

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S21_IK59. Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tertsertifikasi Pelayanan Prima</p> <table border="1"> <caption>Data for S21_IK59. Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tertsertifikasi Pelayanan Prima</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian Akumulatif (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>29.20%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>44.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>58.80%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>74.27%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>82.13%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>89.60%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>89.60%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>97.07%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>104.93%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>104.93%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian Akumulatif (%)	Jan	0.00%	Feb	0.00%	Mar	29.20%	Apr	44.00%	May	58.80%	Jun	74.27%	Jul	82.13%	Aug	89.60%	Sep	89.60%	Oct	97.07%	Nov	104.93%	Dec	104.93%
Bulan	Capaian Akumulatif (%)																										
Jan	0.00%																										
Feb	0.00%																										
Mar	29.20%																										
Apr	44.00%																										
May	58.80%																										
Jun	74.27%																										
Jul	82.13%																										
Aug	89.60%																										
Sep	89.60%																										
Oct	97.07%																										
Nov	104.93%																										
Dec	104.93%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tertsertifikasi Pelayanan Prima telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (104,93% dari target 80%). Tren pelatihan tampak meningkat dari bulan ke bulan berikutnya pada tahun 2024.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Pencapaian IKT Aspek Keuangan = Rp. 34.986.493.784</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Persentase SDM pemberi layanan yang tersertifikasi pelayanan prima mengukur seberapa banyak tenaga kesehatan atau staf yang terlibat langsung dalam pemberian layanan kesehatan yang telah mendapatkan sertifikasi khusus dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien. Sertifikasi pelayanan prima bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan, profesionalisme, dan kepuasan pasien, serta memastikan standar pelayanan yang tinggi di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuota pelatihan pelayanan prima untuk satu angkatan terbatas yaitu 30 orang peserta</li> <li>2. Kegiatan pelatihan pelayanan prima baru dimulai pada bulan Maret 2024</li> <li>3. Banyaknya Permintaan kegiatan peningkatan kompetensi bidang kesehatan kerjasama dengan organisasi profesi atau institusi luar yang harus dilaksanakan</li> </ol>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p>																										

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan registrasi untuk pelaksanaan pelatihan pelayanan prima untuk TW II, TW III dan TW IV Tahun 2024</li> <li>2. Menyebarkan google form untuk mendata peserta yang akan mengikuti pelatihan pelayanan prima</li> <li>3. Melakukan promosi pelayanan cluster baru lewat media sosial-meningkatkan kerja sama dengan asuransi lokal dan asing</li> <li>4. Meningkatkan jumlah praktek Dokter Spesialis Sore</li> </ol>
--	---

**Sasaran 22 :** MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV  
**Indikator 60 :** Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
EBITDA adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA dapat bermakna Surplus atau Defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE	
		Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>	
		Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	Positif	Positif	Positif

Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S22. IK60. EBITDA</b></p> <table border="1"> <caption>EBITDA Data by Month (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>EBITDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>2.730.096.459</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>2.611.917.651</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>636.058.545</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>57.316.428</td></tr> <tr><td>May</td><td>1.275.451.755</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>2.539.124.447</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>2.572.581.731</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>4.541.062.257</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>4.541.062.257</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>4.541.062.257</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>14.092.120.281</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>14.092.120.281</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	EBITDA	Jan	2.730.096.459	Feb	2.611.917.651	Mar	636.058.545	Apr	57.316.428	May	1.275.451.755	Jun	2.539.124.447	Jul	2.572.581.731	Aug	4.541.062.257	Sep	4.541.062.257	Oct	4.541.062.257	Nov	14.092.120.281	Dec	14.092.120.281
Bulan	EBITDA																										
Jan	2.730.096.459																										
Feb	2.611.917.651																										
Mar	636.058.545																										
Apr	57.316.428																										
May	1.275.451.755																										
Jun	2.539.124.447																										
Jul	2.572.581.731																										
Aug	4.541.062.257																										
Sep	4.541.062.257																										
Oct	4.541.062.257																										
Nov	14.092.120.281																										
Dec	14.092.120.281																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024.																										

Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	EBITDA merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit. Nilai EBITDA diperoleh dari penambahan surplus atau defisit, bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 22 : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV**

**Indikator 61 : Cash Flow**

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Cash Flow atau laporan arus kas adalah kenaikan atau penurunan jumlah uang yang dimiliki oleh rumah sakit vertikal. Dalam bidang keuangan, istilah tersebut berfungsi untuk menggambarkan jumlah uang tunai yang dihasilkan dan dikonsumsi dalam periode waktu tertentu. Pemasukan yang lebih besar daripada pengeluaran akan menciptakan Cash Flow yang positif. Sebaliknya, Cash Flow akan menjadi negatif apabila pengeluaran lebih besar daripada Pemasukan.	Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	Positif	Positif	Positif



<p><b>Grafik Capaian Tahun 2024</b></p>	
<p><b>Interpretasi</b></p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Cash Flow telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 yaitu cash flow positif. Capaian ini sama dengan capaian tahun 2023.</p>
<p><b>Rencana Anggaran</b></p>	<p>Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784</p>
<p><b>Realisasi Anggaran</b></p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>
<p><b>Gambaran Kegiatan</b></p>	<p>Cash flow ( arus kas) adalah aliran uang yang masuk dan keluar dari suatu perusahaan dalam periode tertentu. Cash flow menggambarkan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan uang yang cukup guna mendanai operasi, investasi, dan kewajiban utang. Pengelolaan cash flow yang baik sangat penting untuk memastikan perusahaan dapat memenuhi kebutuhan finansial jangka pendek dan panjang.</p>
<p><b>Permasalahan</b></p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>
<p><b>Tindak Lanjut</b></p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>

**Sasaran 22 : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV**

**Indikator 62 : Pendapatan**

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.</p>	<p>Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE</p> <p>Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p>

				Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	
n/a	Linear	Linear	Linear	

Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S22. IK62. Pendapatan</b></p> <p>125.000.000.000 100.000.000.000 75.000.000.000 50.000.000.000 25.000.000.000 0</p> <p>Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec</p> <p>Bulan</p>
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Pendapatan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, sama seperti tahun sebelumnya telah mencapai target linear.
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pendapatan linear sesuai target dalam konteks BLU atau PNBP berarti bahwa pendapatan yang diperoleh dari layanan atau kegiatan BLU dapat tercapai secara konsisten sesuai dengan target yang sudah ditentukan di awal tahun atau periode tertentu.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 22** : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 63** : Beban

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sumber dananya berasal dari Pendapatan BLU.	Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja :

<p>Beban menggambarkan penurunan manfaat ekonomi atau potensi jasa dalam periode pelaporan yang menurunkan ekuitas rumah sakit vertikal, yang dapat berupa pengeluaran atau konsumsi aset atau timbulnya kewajiban. Beban pegawai yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.</p>	<p><a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>		
<b>Standar (Nas/Inter)</b>	<b>Capaian Tahun 2023</b>	<b>Target Tahun 2024</b>	<b>Capaian Tahun 2024</b>
<b>n/a</b>	<b>Linear</b>	<b>Linear</b>	<b>Linear</b>

<p><b>Grafik Capaian Tahun 2024</b></p>	<p><b>S22.IK63. Beban</b></p> <p>Bulan</p>
<p><b>Interpretasi</b></p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja beban telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024. Sama seperti tahun sebelumnya telah mencapai target linear.</p>
<p><b>Rencana Anggaran</b></p>	<p>Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784</p>
<p><b>Realisasi Anggaran</b></p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>
<p><b>Gambaran Kegiatan</b></p>	<p>Tujuan penghitungan beban untuk mengetahui beban pegawai atau total seluruh beban, mengetahui persentase beban administrasi atas total seluruh total, mengetahui persentase beban persediaan atas total seluruh beban, mengetahui persentase beban farmasi atas total seluruh beban.</p>
<p><b>Permasalahan</b></p>	<p>Belum ditemukan permasalahan yang signifikan</p>
<p><b>Tindak Lanjut</b></p>	<p>Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.</p>

**Sasaran 22** : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 64** : Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan adalah perbandingan beban seluruh pegawai (gaji non PNS, honor, tunjangan tetap, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan pensiun) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Gaji yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	37%	<50%	49,33%

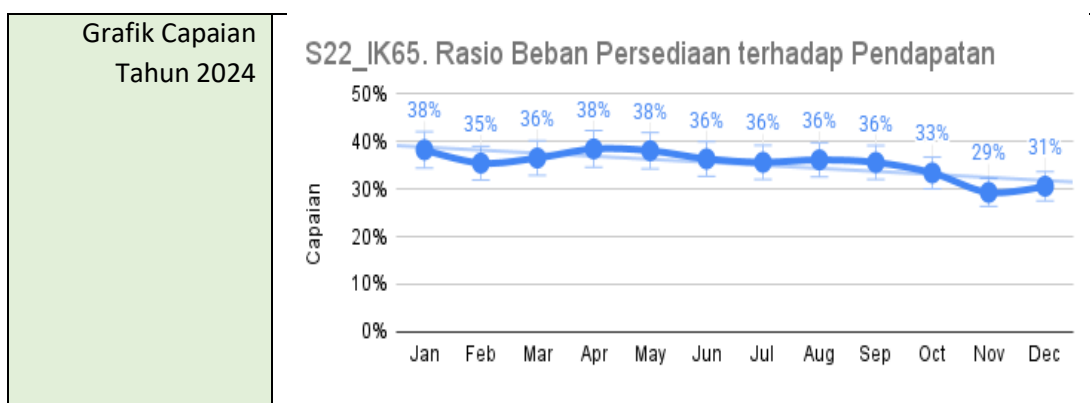
Grafik Capaian Tahun 2024	<p><b>S22. IK64. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan</b></p> <table border="1"> <caption>Data for S22. IK64. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>52%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>55%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>56%</td></tr> <tr><td>May</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>56%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>52%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>56%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>45%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>49%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	54%	Feb	52%	Mar	55%	Apr	56%	May	54%	Jun	56%	Jul	52%	Aug	54%	Sep	56%	Oct	54%	Nov	45%	Dec	49%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	54%																										
Feb	52%																										
Mar	55%																										
Apr	56%																										
May	54%																										
Jun	56%																										
Jul	52%																										
Aug	54%																										
Sep	56%																										
Oct	54%																										
Nov	45%																										
Dec	49%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan telah mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (capaian 49,33% dari target <50%), namun jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023 mengalami sedikit kenaikan mendekati 50%.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784																										
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Beban Pegawai mencakup seluruh biaya yang dikeluarkan perusahaan untuk membayar gaji, tunjangan, dan biaya terkait tenaga kerja lainnya. Mengelola rasio beban pegawai terhadap pendapatan sangat penting untuk menjaga kesehatan finansial organisasi, terutama dalam memastikan bahwa pengeluaran untuk SDM tidak membebani pendapatan atau laba yang diperoleh. Rasio yang seimbang membantu organisasi untuk berkembang secara berkelanjutan tanpa mengorbankan kualitas sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk operasi.																										

	Jika rasio terlalu tinggi, organisasi perlu menilai efisiensi sumber daya manusia atau mengevaluasi kebijakan penggajian dan tunjangan. Sebaliknya, jika terlalu rendah, organisasi mungkin harus memperhatikan investasi pada SDM agar kualitas dan produktivitas dapat terjaga.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 22 : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV**

**Indikator 65 : Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan**

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi, Beban barang/perlengkapan, dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. 1) Beban farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi 2) Beban barang/perlengkapan meliputi: linen, ART, cetakan, suku cadang, gas LPG, BBM). 3) Beban bahan makanan gizi meliputi: bahan makanan basah, bahan makanan kering)	Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarhana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	34%	<25%	31%



Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (capaian 31% dari target <25%). Namun mengalami sedikit peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan sangat penting untuk mengukur efisiensi pengelolaan persediaan dalam Rumah Sakit. Rasio yang sehat dapat meningkatkan efisiensi keuangan, mengurangi pemborosan, dan memastikan kelangsungan layanan tanpa hambatan persediaan.
Permasalahan	Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam upaya pemenuhan indikator ini terutama untuk Beban farmasi yang meliputi: obat BMHP AMHP gas medis reagen film radiologi, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peresepan tidak sesuai fornas</li> <li>• Penggunaan apd tidak sesuai peruntukannya</li> <li>• Kurang patuhnya retur obat sebelum close kasir oleh perawat dan farmasi</li> <li>• Peresepan tidak melihat ketersediaan obat di ruang rawat inap</li> <li>• Kurangnya supervisi DPJP terhadap peresepan dan pemeriksaan penunjang oleh peserta didik</li> <li>• Peresepan obat tidak sesuai restriksi fornas</li> <li>• Masih ada pegawai yang belum berpartisipasi dalam usaha kendali biaya</li> <li>• Belum optimalnya kinerja tim casemix</li> <li>• Menyalin paket resep yang sudah ada sebelumnya di sistem sehingga muncul peresepan lebih dari satu kali</li> <li>• Belum sesuaiinya peresepan dan pemeriksaan penunjang dalam PPK dengan diagnosis penyakit</li> <li>• Belum dilakukannya review PPK berbasis kendali biaya</li> <li>• Belum seluruhnya dilakukan konsolidasi pengadaan BMHP</li> <li>• Sistem buffer stok belum selektif</li> <li>• Nilai month stock masih di atas 1</li> <li>• Belum optimalnya penyelenggaraan rapat tim</li> <li>• Stok masih tinggi di akhir tahun</li> <li>• Proses pengadaan masih lama</li> <li>• Turn over interval masih di bawah 1</li> </ul>

	Paket tindakan operasi belum sepenuhnya tersedia
Tindak Lanjut	<p>1) Swakelola untuk beberapa jenis ketenagaan rumah sakit dengan tenaga harian lepas</p> <p>2) Melaksanakan lelang konsolidasi untuk pemeliharaan alat medik</p> <p>3) Melakukan efisien pada seluruh bagian, misal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efisiensi listrik, air, internet</li> <li>- Efisiensi perjalanan dinas</li> </ul> <p>4) Mapping atas kebutuhan &amp; atau pemeliharaan Alat Medik dan Non Medik, agar perencanaan lebih baik dan terkontrol</p> <p>5) Konsolidasi Kontrak Service dengan RS yang memiliki alat yang sama untuk mendapatkan harga kontrak yang lebih murah</p> <p>6) Reviu kembali jumlah kebutuhan tenaga outsourcing yang ideal sesuai luas lahan</p> <p>7) Optimalisasi aset lahan &amp; atau aset lainnya</p> <p>8) Melakukan skala proritas kebutuhan.</p> <p>9) Kendali mutu dan kendali biaya, khususnya bagi RS Pendidikan</p>

**Sasaran 22 :** MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 66 :** Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan		
Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi.	Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE		
	Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>		
	Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet		
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	31%	<20%	26,50%

<p><b>Grafik Capaian Tahun 2024</b></p>	<p>S22_IK66. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>34%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>32%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>33%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>34%</td></tr> <tr><td>May</td><td>35%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>33%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>32%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>32%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>31%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>27%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>27%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	34%	Feb	32%	Mar	33%	Apr	34%	May	35%	Jun	33%	Jul	32%	Aug	32%	Sep	31%	Oct	30%	Nov	27%	Dec	27%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	34%																										
Feb	32%																										
Mar	33%																										
Apr	34%																										
May	35%																										
Jun	33%																										
Jul	32%																										
Aug	32%																										
Sep	31%																										
Oct	30%																										
Nov	27%																										
Dec	27%																										
<p><b>Interpretasi</b></p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 26,50% dari target &lt;20%) namun cenderung mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.</p>																										
<p><b>Rencana Anggaran</b></p>	<p>Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784</p>																										
<p><b>Realisasi Anggaran</b></p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p><b>Gambaran Kegiatan</b></p>	<p>Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit tidak mengeluarkan biaya farmasi yang berlebihan, tetapi tetap menjaga ketersediaan obat yang cukup bagi pasien.</p> <p>Menjaga rasio ini tetap ideal (15% - 25%) memungkinkan institusi kesehatan tetap efisien, menghindari pemborosan, dan meningkatkan layanan farmasi bagi pasien.</p>																										
<p><b>Permasalahan</b></p>	<p>Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam upaya pemenuhan indikator ini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peresepan tidak sesuai fornasi</li> <li>• Penggunaan apd tidak sesuai peruntukannya</li> <li>• Kurang patuhnya retur obat sebelum close kasir oleh perawat dan farmasi</li> <li>• Peresepan tidak melihat ketersediaan obat di ruang rawat inap</li> <li>• Kurangnya supervisi DPJP terhadap peresepan dan pemeriksaan penunjang oleh peserta didik</li> <li>• Peresepan obat tidak sesuai restriksi fornasi</li> <li>• Masih ada pegawai yang belum berpartisipasi dalam usaha kendali biaya</li> <li>• Belum optimalnya kinerja tim casemix</li> <li>• Menyalin paket resep yang sudah ada sebelumnya di sistem sehingga muncul peresepan lebih dari satu kali</li> </ul>																										



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum sesuai peresepan dan pemeriksaan penunjang dalam PPK dengan diagnosis penyakit</li> <li>• Belum dilakukannya review PPK berbasis kendali biaya</li> <li>• Belum seluruhnya dilakukan konsolidasi pengadaan BMHP</li> <li>• Sistem buffer stok belum selektif</li> <li>• Nilai month stock masih di atas 1</li> <li>• Belum optimalnya penyelenggaraan rapat tim</li> <li>• Stok masih tinggi di akhir tahun</li> <li>• Proses pengadaan masih lama</li> <li>• Turn over interval masih di bawah 1</li> <li>• Paket tindakan operasi belum sepenuhnya tersedia</li> </ul>
Tindak Lanjut	<p>Beberapa tindak lanjut yang diupayakan untuk mencapai target indikator ini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimalkan tim kendali mutu dan kendali biaya serta IPK dalam review PPK</li> <li>• Mereview kembali SPO dalam penyusunan PPK (tim yang terlibat)</li> <li>• Melakukan rapat koordinasi antara farmasi, komite medik, tim adhoc review PP, Direktur Pelayanan Medik, tim kendali mutu dan kendali biaya dan IPK</li> <li>• Sistem untuk mengakomodir PPK yang ada terutama penunjang dan farmasi agar terintegrasi Simetris dan data (diagnosis, pemeriksaan penunjang dan farmasi data setiap manual bisa terkumpul sistematis bukan manual)</li> <li>• Diperlukan kerjasama dengan bagian keuangan untuk mengkaji kasus yang high cost agar dikomunikasikan dengan Komite Medik untuk dilakukan review terhadap PPK</li> </ul>

**Sasaran 22 :** MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 67 :** Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban administrasi dan umum yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.</p> <p>Beban Administrasi meliputi: Beban barang dan jasa, Beban pemeliharaan, Beban perjalanan dinas, Beban administrasi umum lainnya. Beban pegawai dan beban</p>	<p>Direktorat Perencanaan dan Keuangan - Tim Kerja Akuntansi dan BMN</p> <p>- PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarhana, SE</p> <p>Matrik Kertas Kerja :</p> <p><a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p>

persediaan tidak termasuk dalam Beban Administrasi.		Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	15%	<15%	4%

Grafik Capaian tahun 2024	<p>S22_IJK67. Rasio Beban Admistrasi thd. Pendapatan</p> <table border="1"> <caption>Data for S22_IJK67. Rasio Beban Admistrasi thd. Pendapatan</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>5%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>4%</td></tr> <tr><td>May</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>2%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>4%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	4%	Feb	5%	Mar	3%	Apr	4%	May	4%	Jun	4%	Jul	2%	Aug	3%	Sep	3%	Oct	4%	Nov	3%	Dec	4%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	4%																										
Feb	5%																										
Mar	3%																										
Apr	4%																										
May	4%																										
Jun	4%																										
Jul	2%																										
Aug	3%																										
Sep	3%																										
Oct	4%																										
Nov	3%																										
Dec	4%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 4% dari target <15%) namun cenderung mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Menjaga rasio beban administrasi tetap rendah akan membantu rumah sakit mengalokasikan lebih banyak anggaran ke pelayanan pasien dan pengembangan fasilitas medis. Idealnya, rasio ini tidak lebih 15% dari total pendapatan.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784																										
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan adalah indikator keuangan yang menunjukkan seberapa besar biaya administrasi dibandingkan dengan total pendapatan Rumah Sakit. Rasio ini penting untuk memastikan bahwa biaya administrasi tetap efisien dan tidak membebani operasional utama rumah sakit.																										
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																										
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.																										

**Sasaran 22** : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 68** : Days Receivable Turnover

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).</p> <p>Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.</p>		<p>Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarhana, SE</p> <p>Matrik Kertas Kerja :</p> <p><a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a></p> <p>Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet</p>	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	14 hari	≤40 hari	39 hari

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S22_IK68. Days Receivable Turnover</p> <table border="1"> <caption>Monthly DRT Data for 2024</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>DRT (Days)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>39</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>35</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>37</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>37</td></tr> <tr><td>May</td><td>39</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>40</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>42</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>38</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>31</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>35</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>46</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>39</td></tr> </tbody> </table>	Month	DRT (Days)	Jan	39	Feb	35	Mar	37	Apr	37	May	39	Jun	40	Jul	42	Aug	38	Sep	31	Oct	35	Nov	46	Dec	39
Month	DRT (Days)																										
Jan	39																										
Feb	35																										
Mar	37																										
Apr	37																										
May	39																										
Jun	40																										
Jul	42																										
Aug	38																										
Sep	31																										
Oct	35																										
Nov	46																										
Dec	39																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Days Receivable Turnover pada Tahun 2024 telah mencapai target yang ditetapkan (39 hari dari target <40 hari). Namun cenderung mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784																										
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Days Receivable Turnover (DRT) atau Perputaran Piutang adalah indikator keuangan yang menunjukkan rata-rata waktu (dalam hari) yang dibutuhkan rumah sakit untuk mengumpulkan																										

	<p>pembayaran dari piutang, terutama dari BPJS Kesehatan, asuransi, dan pasien umum.</p> <p>Ketika DRT <math>\leq</math> 40 hari, ini berarti rumah sakit mampu menagih dan menerima pembayaran dalam waktu maksimal 40 hari sejak layanan diberikan. Ini menunjukkan efisiensi dalam pengelolaan keuangan dan arus kas.</p>
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

## Sasaran 22 : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

### Indikator 69 : Days Inventory Turnover

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Days Inventory Turnover (Perputaran Persediaan) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu RS dalam mengelola persediaan.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarhana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	21,59 hari	$\leq$ 60 hari	19 hari

Grafik Capaian Tahun 2024	<p>S22_IK69. Days Inventory Turnover</p> <table border="1"> <caption>Data for S22_IK69. Days Inventory Turnover</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>21</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>20</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>19</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>17</td></tr> <tr><td>May</td><td>17</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>15</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>15</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>15</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>15</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>16</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>16</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>19</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian	Jan	21	Feb	20	Mar	19	Apr	17	May	17	Jun	15	Jul	15	Aug	15	Sep	15	Oct	16	Nov	16	Dec	19
Bulan	Capaian																										
Jan	21																										
Feb	20																										
Mar	19																										
Apr	17																										
May	17																										
Jun	15																										
Jul	15																										
Aug	15																										
Sep	15																										
Oct	16																										
Nov	16																										
Dec	19																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Days Inventory Turnover Tahun 2024 telah mencapai target yang ditetapkan (19 hari dari																										

	target <60 hari). Capaian tahun ini mengalami peningkatan apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784
Realisasi Anggaran	Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	<i>Days Inventory Turnover</i> (DIT) atau Perputaran Persediaan dalam Hari adalah indikator keuangan yang menunjukkan berapa lama (dalam hari) rumah sakit menyimpan persediaan (farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis lainnya) sebelum digunakan atau terjual.  Semakin rendah nilai DIT, semakin cepat perputaran persediaan, yang berarti rumah sakit mengelola stok secara efisien. Sebaliknya, DIT yang tinggi dapat mengindikasikan kelebihan stok (overstocking) atau sistem distribusi yang tidak efisien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2025 dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

**Sasaran 22** : MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

**Indikator 70** : *Days Payable Turnover*

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<i>Days Payable Turnover</i> (Perputaran Hutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu rumah sakit vertikal dalam mengelola pembayaran hutangnya.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE  Matrik Kertas Kerja : <a href="https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home">https://sites.google.com/view/dashboard-evapro-2024/home</a>  Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024
n/a	12 hari	≤60 hari	41 hari

<p>Grafik Capaian Tahun 2024</p>	<p>S22_IK70. Days Payable Turnover</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (DPT)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>15</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>23</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>28</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>31</td></tr> <tr><td>May</td><td>33</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>33</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>37</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>40</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>58</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>39</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>48</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>41</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (DPT)	Jan	15	Feb	23	Mar	28	Apr	31	May	33	Jun	33	Jul	37	Aug	40	Sep	58	Oct	39	Nov	48	Dec	41
Bulan	Capaian (DPT)																										
Jan	15																										
Feb	23																										
Mar	28																										
Apr	31																										
May	33																										
Jun	33																										
Jul	37																										
Aug	40																										
Sep	58																										
Oct	39																										
Nov	48																										
Dec	41																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Days Payable Turnover pada Tahun 2024 telah mencapai target yang ditetapkan (41 hari dari target &lt;60 hari). Capaian ini mengalami</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = Rp. 34.986.493.784</p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p>Rp. 32.971.765.206 (94% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p><i>Days Payable Turnover</i> (DPT) atau Perputaran Utang dalam Hari adalah indikator keuangan yang mengukur rata-rata jumlah hari yang dibutuhkan rumah sakit untuk membayar kewajibannya kepada pemasok atau kreditur.</p> <p>DPT yang terlalu tinggi bisa menunjukkan risiko keterlambatan pembayaran, sedangkan DPT yang terlalu rendah bisa berarti kurangnya efisiensi dalam mengelola arus kas. Rumah sakit harus menjaga keseimbangan agar pembayaran dilakukan tepat waktu tanpa mengganggu likuiditas operasional.</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Terdapat pengakuan hutang atas pengadaan peralatan dan mesin medis dan non medis 63,2M sehingga nilai hutang naik dan perhitungan hari naik.</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Tindak lanjut yang telah dilakukan oleh penanggungjawab indikator yaitu melakukan pelunasan di Bulan Oktober untuk alat medis dan non medis.</p>																										

## B. Realisasi Anggaran

Adapun realisasi anggaran masing masing sasaran program kinerja tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahun 2024 RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024

No .	SASARAN PROGRAM	ANGGARAN	REALISASI	PERSENTASE	SISA PAGU/EFISIENSI
		1,620,244,028,998	1,475,711,506,642	91%	144,532,522,356
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	182,518,778,509	152,615,974,889	84%	29,902,803,620
2	Tersedianya pelayanan unggulan	88,821,151,092	85,508,024,390	96%	3,313,126,702
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	128,536,394,326	99,943,978,187	78%	28,592,416,139
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	38,162,735,034	36,009,231,603	94%	2,153,503,431
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	94,731,917,651	90,529,559,666	96%	4,202,357,985
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	47,782,986,342	45,216,303,954	95%	2,566,682,388
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	49,607,411,676	46,502,670,408	94%	3,104,741,268
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan	51,160,829,492	47,372,160,695	93%	3,788,668,797
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	38,310,461,909	36,144,969,121	94%	2,165,492,788
10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	63,876,119,509	60,788,693,280	95%	3,087,426,229
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	55,554,403,284	53,340,888,103	96%	2,213,515,181
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	71,429,482,842	68,176,367,890	95%	3,253,114,952

13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	71,429,482,842	68,176,367,890	95%	3,253,114,952
14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	43,601,934,742	41,227,581,067	95%	2,374,353,675
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	73,252,372,176	69,461,978,144	95%	3,790,394,032
16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	38,310,461,909	36,144,969,121	94%	2,165,492,788
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	197,566,104,801	167,536,909,776	85%	30,029,195,025
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	80,902,007,276	77,247,702,724	95%	3,654,304,552
19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	94,582,654,776	90,393,065,948	96%	4,189,588,828
20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	40,133,351,242	37,430,579,374	93%	2,702,771,868
21	Pencapaian IKT Aspek Keuangan	34,986,493,784	32,971,765,206	94%	2,014,728,578
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	34,986,493,784	32,971,765,206	94%	2,014,728,578
TOTAL		1.512.927.739.000	912.979.106.595	60%	599.948.632.405

Berdasarkan tabel III.2 di atas, anggaran awal untuk program kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024 adalah sebesar Rp. 1,620,244,028,998,00 dengan 22 (dua puluh dua) sasaran program yang memiliki nilai anggaran masing - masing. Anggaran paling besar berada pada sasaran program Tersedianya Pelayanan Unggulan bertaraf Internasional, dengan nilai Rp. 197.566.104.801,00. Anggaran paling kecil berada pada sasaran program Pencapaian IKT Aspek Keuangan dan sasaran program Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV, dengan masing-masing nilai Rp. 34.986.493.784,00. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik



dengan persentase 91% (Rp. 1.475.711.506.642,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 144.532.522.356,00.

### C. Kondisi SDM Tahun 2024

Adapun kondisi SDM pada tahun 2024 adalah sebagai berikut :

	KEMENKES						DIKTI				Grand Total
Row Labels	PNS	PPP K	TENAGA TETAP	TENAGA TIDAK TETAP	MITRA	PKWT	PNS	TENAGA TETAP	MITRA	PENGABDI AKADEMIK	
MEDIS	234	15	9	16	6		66	1	8	5	360
KEPERAWATAN	703	232	91	117		144					1287
NON MEDIS	401	16	396	31							844
PENUNJANG MEDIS	252	67	23	48							390
<b>Grand Total</b>	<b>1590</b>	<b>330</b>	<b>519</b>	<b>212</b>	<b>6</b>	<b>144</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2881</b>

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2024

Jumlah keseluruhan tenaga di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pada tahun 2024 adalah sebanyak 2881, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Dikti. Tenaga BLU berjumlah 2663, dengan jenis tenaga PNS 1590 orang, tidak ada tenaga CPNS, PPPK 330 orang, tenaga tetap 519 orang, tenaga tidak tetap 212 orang, tenaga mitra 6 orang dan tenaga PKWT sebanyak 144 orang. Untuk Tenaga Dikti terdiri dari PNS 66 orang, tenaga tetap 1 orang, tenaga mitra 8 orang dan pengabdian akademik 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2881 orang terdapat 360 tenaga medis, tenaga keperawatan 1287 orang, tenaga penunjang 390 orang dan tenaga non medis 844 orang.

## BAB IV. PENUTUP

### A. Simpulan

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah telah melaksanakan kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala, berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, secara umum hasil evaluasi program strategis tahunan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Dari 70 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2024 terdapat 60 Indikator sudah mencapai Target (85,71%) dan 10 Indikator yang belum mencapai target (14,29%).
2. Indikator yang belum mencapai target yaitu :
  - a. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS) dimana berdasarkan hasil evaluasi program, dimana capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan terlihat peningkatan kunjungan pada Juli sampai September 2024, namun peningkatan kunjungan tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan (9%).
  - b. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM), dimana capaian Indikator Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM) belum mencapai target yang telah ditetapkan (capaian 82,30% dari target >85%). Terjadi sedikit penurunan capaian dibandingkan dengan capaian tahun 2023 yaitu 87,24%. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh perubahan sistem informasi rumah sakit yang mengakibatkan proses pelayanan terutama di poliklinik mengalami keterlambatan yang berdampak pada penurunan kepuasan pasien.
  - c. *Current ratio*, dimana capaian Indikator kinerja *current ratio* pada tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (226,5% dari target 560%). Pada bulan September 2024 tampak telah mencapai target, namun terjadi

penurunan capaian pada triwulan 4 tahun 2024. Perlu dilakukan upaya-upaya dan beberapa strategi untuk kembali meningkatkan *current ratio*.

- d. Kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS), dimana capaian indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Terlihat peningkatan kunjungan pada Juli sampai September 2024, namun peningkatan kunjungan tersebut belum memenuhi target yang ditetapkan (9%).
- e. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar), dimana capaian Indikator kinerja Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (83,33% dari target 100%).
- f. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM), dimana capaian indikator kinerja Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (92,31% dari target 100%). Dari 13 indikator mutu yang harus dicapai, terdapat 1 indikator mutu yang belum tercapai pada akhir tahun 2024 yaitu kepatuhan kebersihan tangan  $\geq 90\%$ .
- g. Persentase nilai EBITDA Margin, dimana capaian indikator persentase nilai EBITDA Margin belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (capaian 6,35% dari target 15%). Capaian ini mengalami penurunan apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Grafik menunjukkan bahwa Ebitda Margin pada bulan Oktober dan November 2024 sempat mencapai target diatas 15%, namun terjadi penurunan pada bulan Desember 2024.
- h. Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN, dimana capaian indikator kinerja Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (91,15% dari target 93,75%). Pada semester 1 tercapai indikator ini telah tercapai (98,44%) namun pada semester 2 baru tercapai 91,15%, hal ini disebabkan karena masih banyak permasalahan pada klaim bulan Desember yang belum diakui oleh BPJS.

- i. Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan, dimana capaian Indikator kinerja Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (capaian 31% dari target <25%). Namun mengalami sedikit peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
    - j. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan, capaian Indikator kinerja Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan belum mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 (tercapai 26,50% dari target <20%) namun cenderung mengalami peningkatan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023
3. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 91% (Rp. 1.475.711.506.642,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 144.532.522.356,00.
4. Jumlah keseluruhan tenaga di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pada tahun 2024 adalah sebanyak 2881, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Dikti. Tenaga BLU berjumlah 2663, dengan jenis tenaga PNS 1590 orang, tidak ada tenaga CPNS, PPPK 330 orang, tenaga tetap 519 orang, tenaga tidak tetap 212 orang, tenaga mitra 6 orang dan tenaga PKWT sebanyak 144 orang. Untuk Tenaga Dikti terdiri dari PNS 66 orang, tenaga tetap 1 orang, tenaga mitra 8 orang dan pengabdian akademik 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2881 orang terdapat 360 tenaga medis, tenaga keperawatan 1287 orang, tenaga penunjang 390 orang dan tenaga non medis 844 orang.

## **B. Rekomendasi**

Berdasarkan analisa masalah indikator sasaran yang tidak mencapai target pada tahun 2024, maka dapat direkomendasikan masing-masing kegiatan strategis sebagai berikut :

1. Indikator peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non BPJS), adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :

- a. Menyusun *fee for service* untuk setiap tindakan Dokter Spesialis agar mampu membawa pasien/meningkatkan kunjungan pasien umum ke Instalasi Wing Amerta
  - b. Mengembangkan pelayanan poliklinik dalam bentuk cluster-cluster sehingga mempermudah koordinasi pelayanan dan meningkatkan kunjungan
  - c. Melakukan promosi pelayanan cluster baru lewat media sosial-meningkatkan kerja sama dengan asuransi lokal dan asing
  - d. Meningkatkan jumlah praktek Dokter Spesialis Sore
2. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM), adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
- a. Optimalkan kemudahan akses registrasi online
  - b. Alur Administrasi pelayanan yang lebih ringkas dan dipost lagi melalui media sosial
  - c. Pelayanan saat pendaftaran dengan tetap mengutamakan caring sesuai kebutuhan pasien. Karena pendaftaran adalah wajah dari RS Ngoerah
  - d. Tetap memperhatikan waktu tunggu pelayanan baik di poliklinik, penunjang dan farmasi.
  - e. Terdapat informasi terkait peralihan sistem IT di Rumah Sakit
3. Current Rasio, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
- a. Meningkatkan Aset Lancar
    - Meningkatkan Kas dan Setara Kas
    - o Meningkatkan penjualan dengan strategi pemasaran yang lebih efektif.
    - o Mengurangi biaya operasional agar lebih banyak uang yang bisa disimpan sebagai kas.
    - o Menjual aset tidak produktif untuk meningkatkan likuiditas.
  - Mempercepat Penagihan Piutang
    - o Menawarkan diskon bagi pelanggan yang membayar lebih cepat.
    - o Menerapkan sistem penagihan yang lebih ketat agar piutang tidak menumpuk.

- Mengevaluasi pelanggan sebelum memberikan kredit untuk menghindari gagal bayar.

- Mengoptimalkan Persediaan Barang

- Menghindari penumpukan barang yang tidak cepat terjual agar modal tidak tertahan.
- Menggunakan sistem manajemen inventaris yang efisien untuk mengontrol stok.
- Fokus pada barang dengan perputaran tinggi agar aset lancar lebih cepat berubah menjadi kas.

b. Mengurangi Liabilitas Jangka Pendek

- Menegosiasikan Pembayaran Utang yang Lebih Panjang

- Bernegosiasi dengan pemasok untuk mendapatkan jangka waktu pembayaran yang lebih lama.
- Mencari opsi pinjaman dengan bunga lebih rendah dan jangka waktu lebih panjang.

- Menghindari Penggunaan Utang Jangka Pendek Berlebihan

- Mengurangi ketergantungan pada pinjaman jangka pendek dengan mencari sumber pendanaan yang lebih stabil.
- Menggunakan laba ditahan atau ekuitas untuk membiayai kebutuhan operasional daripada berutang.

- Mengatur Pengeluaran dengan Bijak

- Mengurangi pengeluaran yang tidak perlu untuk memperkuat posisi keuangan.
- Mengoptimalkan efisiensi operasional agar biaya tetap rendah.

c. Meningkatkan Profitabilitas dan Efisiensi Operasional

- Meningkatkan Marjin Laba

- Menyesuaikan harga jual tanpa mengurangi daya saing.
  - Mengurangi biaya produksi atau layanan tanpa mengorbankan kualitas.
- Diversifikasi Pendapatan
- Mencari sumber pendapatan tambahan untuk meningkatkan arus kas.
  - Mengembangkan produk atau layanan baru yang lebih menguntungkan.
4. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait, yaitu sebagai berikut :
    - a. Koordinasi dengan Hukmas untuk penjajakan kerja sama dengan pihak ketiga call centre
    - b. Menyusun media promosi Wing Amerta seperti : pelayanan dokter subspecialis, pelayanan komplementer, MCU dan lain-lain
    - c. Mengembangkan pelayanan asuransi bekerjasama dengan IPBSRS
  5. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar), adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
    - a. Mempercepat proses pengumpulan dokumen serta kelengkapan yang diperlukan untuk klaim BPJS
    - b. Meningkatkan kualitas Klaim BPJS (terutama diagnosa dan severity level) untuk meminimalisir penolakan klaim BPJS dan dapat meningkatkan Pendapatan
    - c. Melakukan perencanaan dalam belanja operasional
    - d. Efisiensi Beban Persediaan Farmasi
  6. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu :
    - a. Untuk INM yang belum tercapai adalah kepatuhan kebersihan tangan, usulan tindak lanjut yang diusulkan adalah berkoordinasi dengan Komkordik terkait kepatuhan peserta didik terhadap kebersihan tangan dan melakukan edukasi kembali pada peserta didik
  7. Persentase nilai EBITDA Margin, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu :

- a. SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya
- b. Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim
- c. Percepatan pengajuan klaim BPJS paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sehingga BAHV bisa terbit paling lambat tanggal 15 bulan berjalan
- d. Perbaiki kualitas berkas klaim BPJS misalnya ketepatan diagnosa dan atau kelengkapan berkas rekam medik (kelengkapan data dukung)
- e. Penyusunan Costing INA -CBGS dan atau Unit Cost & atau Tarif RS yang tepat
- f. Membuka & atau mengoptimalkan layanan Non JKN baik layanan Eksekutif dan atau Reguler baik Rawat Jalan & atau Rawat Inap
- g. Membuka unit usaha/bisnis baru diluar layanan utama
- h. Optimalisasi penyelesaian Dispute klaim agar tidak mengganggu Cash Flow RS
- i. Berkoordinasi &/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya.
- j. Membuka layanan rawat jalan di akhir minggu, misal hari Sabtu &/ Minggu, misal kebugaran/kecantikan, haemodialisa/cuci darah
- k. Membuka layanan operasi 24 jam
- l. Kerjasama dengan asuransi swasta, perusahaan, perkantoran, institusi/instansi/lembaga pemerintah &/ komersial, dan sebagainya,
- m. Kerjasama dengan institusi penelitian baik di dalam negeri maupun luar negeri dengan prinsip saling menguntungkan & memberi dampak bagi peningkatan pelayanan & revenue.
- n. Memberdayakan dokter mitra/tamu/klien yang berpotensi membawa pasien ke RS
- o. Memberdayakan potensi &/ kapasitas layanan IGD termasuk ICU/ICCU/NICU/PICU/RICU, dan lainnya
- p. Membuka layanan penyewaan ambulance/mobil jenazah & atau layanan pemulasaran jenazah



- q. Mengoptimalkan kemudahan pendapatan dari kunjungan pasien tunai (berbayar)
8. Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu :
- a. SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya
  - b. Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim
  - c. Percepatan pengajuan klaim BPJS paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sehingga BAHV bisa terbit paling lambat tanggal 15 bulan berjalan
  - d. Perbaiki kualitas berkas klaim BPJS misalnya ketepatan diagnosa dan atau kelengkapan berkas rekam medik (kelengkapan data dukung)
  - e. Berkoordinasi &/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya
  - f. Optimalisasi klaim (evaluasi koding & atau koder JKN) & mendayagunakan optimal tim case -mix INA -CBGs
9. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu :
- a. Swakelola untuk beberapa jenis ketenagaan rumah sakit dengan tenaga harian lepas
  - b. Melaksanakan lelang konsolidasi untuk pemeliharaan alat medik
  - c. Melakukan efisien pada seluruh bagian, misal :
    - Efisiensi listrik, air, internet
    - Efisiensi perjalanan dinas
  - d. Mapping atas kebutuhan & atau pemeliharaan Alat Medik dan Non Medik, agar perencanaan lebih baik dan terkontrol
  - e. Konsolidasi Kontrak Service dengan RS yang memiliki alat yang sama untuk mendapatkan harga kontrak yang lebih murah
  - f. Reviu kembali jumlah kebutuhan tenaga outsourcing yang ideal sesuai luas lahan
  - g. Optimalisasi aset lahan & atau aset lainnya

- h. Melakukan skala prioritas kebutuhan.
- i. Kendali mutu dan kendali biaya, khususnya bagi RS Pendidikan

10. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu :

- a. Pereseapan tidak sesuai fornasi
- b. Penggunaan apd tidak sesuai peruntukannya
- c. Kurang patuhnya retur obat sebelum close kasir oleh perawat dan farmasi
- d. Pereseapan tidak melihat ketersediaan obat di ruang rawat inap
- e. Kurangnya supervisi DPJP terhadap pereseapan dan pemeriksaan penunjang oleh peserta didik
- f. Pereseapan obat tidak sesuai restriksi fornasi
- g. Masih ada pegawai yang belum berpartisipasi dalam usaha kendali biaya
- h. Belum optimalnya kinerja tim casemix
- i. Menyalin paket resep yang sudah ada sebelumnya di sistem sehingga muncul pereseapan lebih dari satu kali
- j. Belum sesuainya pereseapan dan pemeriksaan penunjang dalam PPK dengan diagnosis penyakit
- k. Belum dilakukannya review PPK berbasis kendali biaya
- l. Belum seluruhnya dilakukan konsolidasi pengadaan BMHP
- m. Sistem buffer stok belum selektif
- n. Nilai month stock masih di atas 1
- o. Belum optimalnya penyelenggaraan rapat tim
- p. Stok masih tinggi di akhir tahun
- q. Proses pengadaan masih lama
- r. Turn over interval masih di bawah 1
- s. Paket tindakan operasi belum sepenuhnya tersedia

## REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA

NO	SASARAN/ PROGRAM	INDIKATOR	PENYEBAB TIDAK TERCAPAI	USULAN KEGIATAN	REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA
1.	Tersedianya pelayanan unggulan	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster</li> <li>2. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas</li> <li>3. Dokter praktek sore masih terbatas</li> </ol>	<p>usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyusun <i>fee for service</i> untuk setiap tindakan Dokter Spesialis agar mampu membawa pasien/meningkatkan kunjungan pasien umum ke Instalasi Wing Amerta</li> <li>2. Mengembangkan pelayanan poliklinik dalam bentuk cluster-cluster sehingga mempermudah koordinasi pelayanan dan meningkatkan kunjungan</li> <li>3. Melakukan promosi pelayanan cluster baru lewat media sosial- meningkatkan kerja sama dengan asuransi lokal dan asing</li> <li>4. Meningkatkan jumlah praktek Dokter Spesialis Sore</li> <li>5. mengembangkan promo paket layanan dengan tarif yang disesuaikan</li> </ol>	<p><i>Yth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. IO</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> <p><i>Lakukan inovasi untuk meningkatkan layanan kesehatan non BPJS</i></p>

2.	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan - Terwujudnya kepuasan stakeholder - INM Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (IKM)	<p>Penyebab tidak tercapainya Tingkat kepuasan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. adanya migrasi sistem SIMARS ke sistem baru( SIMETRIS ) pada akhir tahun 2024 yang mengakibatkan keterlamabatan pada semua layanan rawat jalan. Hal ini sangat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien.</li> <li>2. Sedikitnya minat pasien untuk ikut berpartisipasi untuk ikut mengisi survei.</li> </ol>	<p>Beberapa tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh penanggungjawab indikator untuk meningkatkan capaian yaitu sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan kemudahan akses registrasi online, membuat alur administrasi yang lebih simple dan pemberian informasi yang jelas terhadap pasien</li> <li>2. Memberikan edukasi melalui media sosial dan pamflet yang komunikatif dan mudah dipahami.</li> <li>3. Meningkatkan jumlah pengisian survey kepuasan pasien dengan menambahkan sistem tambahan berupa scan barcode atau aplikasi tambahan pada pengisian jadwal kontrol ulang</li> </ol>	<p><i>Yth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. IQ</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>
3.	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	<i>Current ratio</i>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : karena penurunan nilai saldo (cash ratio karena tingginya belanja modal pada semester 2 tahun 2024).</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan Aset Lancar</li> <li>- Meningkatkan Kas dan Setara Kas</li> <li>•Meningkatkan penjualan dengan strategi pemasaran yang lebih efektif.</li> </ol>	<p><i>Yth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mengurangi biaya operasional agar lebih banyak uang yang bisa disimpan sebagai kas.</li> <li>•Menjual aset tidak produktif untuk meningkatkan likuiditas.</li> <li>- Mempercepat Penagihan Piutang</li> <li>•Menawarkan diskon bagi pelanggan yang membayar lebih cepat.</li> <li>•Menerapkan sistem penagihan yang lebih ketat agar piutang tidak menumpuk.</li> <li>•Mengevaluasi pelanggan sebelum memberikan kredit untuk menghindari gagal bayar.</li> <li>- Mengoptimalkan Persediaan Barang</li> <li>•Menghindari penumpukan barang yang tidak cepat terjual agar modal tidak tertahan.</li> <li>•Menggunakan sistem manajemen inventaris yang efisien untuk mengontrol stok.</li> <li>•Fokus pada barang dengan perputaran tinggi agar aset lancar lebih cepat berubah menjadi kas.</li> </ul> <p>2. Mengurangi Liabilitas Jangka Pendek</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>- Menegosiasikan Pembayaran Utang yang Lebih Panjang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bernegosiasi dengan pemasok untuk mendapatkan jangka waktu pembayaran yang lebih lama.</li> <li>•Mencari opsi pinjaman dengan bunga lebih rendah dan jangka waktu lebih panjang.</li> </ul> <p>- Menghindari Penggunaan Utang Jangka Pendek Berlebihan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Mengurangi ketergantungan pada pinjaman jangka pendek dengan mencari sumber pendanaan yang lebih stabil.</li> <li>•Menggunakan laba ditahan atau ekuitas untuk membiayai kebutuhan operasional daripada berutang.</li> </ul> <p>- Mengatur Pengeluaran dengan Bijak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Mengurangi pengeluaran yang tidak perlu untuk memperkuat posisi keuangan.</li> <li>•Mengoptimalkan efisiensi operasional agar biaya tetap rendah.</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<p>3. Meningkatkan Profitabilitas dan Efisiensi Operasional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan Marjin Laba</li> <li>•Menyesuaikan harga jual tanpa mengurangi daya saing.</li> <li>•Mengurangi biaya produksi atau layanan tanpa mengorbankan kualitas.</li> <li>- Diversifikasi Pendapatan</li> <li>•Mencari sumber pendapatan tambahan untuk meningkatkan arus kas.</li> <li>•Mengembangkan produk atau layanan baru yang lebih menguntungkan.</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

4	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri - Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	<p>Untuk indikator fasilitas pendukung secara umum telah mencapai target yang telah ditetapkan, namun untuk indikator persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit masih belum mencapai target. Adapun permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit adalah sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembayaran fee for service dokter yang menemui beberapa kendala seperti inputan pasien yang tidak sesuai, kendala IT, kendala petugas penginput FFS</li> <li>- Pelayanan cluster yang terhambat karena tidak semua dokter bisa mengikuti pola cluster</li> <li>- Pelayanan call center masih dalam proses penjajakan, sementara masih menggunakan tenaga pos wing untuk perjanjian</li> <li>- pelayanan pasien asing dan asuransi terbentur klaim asuransi yang lama keluar</li> </ul>	<p>Beberapa tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh penanggungjawab indikator untuk meningkatkan capaian yaitu sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinasi dengan Hukmas untuk penjajakan kerja sama dengan pihak ketiga call centre</li> <li>- Menyusun media promosi Wing Amerta seperti: pelayanan dokter subspecialis, pelayanan komplementer, MCU dan lain-lain</li> <li>- Mengebangkan pelayanan asuransi bekerjasama dengan IPBSRS</li> </ul>	<p><i>Yth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Direktur Layanan Operasional</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>
---	---	---	---	--	---



5	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (Cash Ratio dan POBO memenuhi Standar)	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya pending dan susulan klaim BPJS atas pelayanan yg dilakukan sehingga penerimaan Kas dan Pendapatan yang bisa diakui menjadi telat.</li> <li>2. Pengendalian Belanja Operasional yang belum maksimal sesuai dengan kebutuhan sehingga menimbulkan peningkatan utang terhadap pihak ketiga</li> <li>3. Beban Farmasi yang masih relatif besar</li> </ol>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempercepat proses pengumpulan dokumen serta kelengkapan yang diperlukan untuk klaim BPJS</li> <li>2. Meningkatkan kualitas Klaim BPJS (terutama diagnosa dan severity level) untuk meminimalisir penolakan klaim BPJS dan dapat meningkatkan Pendapatan</li> <li>3. Melakukan perencanaan dalam belanja operasional</li> <li>4. Efisiensi Beban Persediaan Farmasi</li> </ol>	<p><i>Jth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i>  <i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>
6	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan HH pada peserta didik, peserta didik baru belum patuh melakukan HH sesuai SPO</li> <li>2. Belum optimalnya pengawasan / supervisor dari para pendidik klinis terkait kepatuhan HH"</li> </ol>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkoordinasi dengan Komkordik terkait kepatuhan peserta didik terhadap kebersihan tangan</li> <li>2. Reeducasi kembali pada peserta didik</li> </ol>	<p><i>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Direktur Layanan Operasional</i>  <i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>

7	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <p>Tingginya beban belanja Farmasi dan pegawai apabila dibandingkan dengan pendapatan operasional Rumah Sakit.</p>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya</li> <li>2) Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim</li> <li>3) Penyusunan Costing INA -CBGS dan atau Unit Cost &amp; atau Tarif RS yang tepat</li> <li>4) Membuka &amp; atau mengoptimalkan layanan Non JKN baik layanan Eksekutif dan atau Reguler baik Rawat Jalan &amp; atau Rawat Inap</li> <li>5) Membuka unit usaha/bisnis baru diluar layanan utama</li> <li>6) Optimalisasi penyelesaian Dispute klaim agar tidak mengganggu Cash Flow RS</li> <li>7) Berkoordinasi &amp;/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya.</li> </ol>	<p><i>Yth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>
---	-----------------------------	---	---	---	---

				<p>8) Membuka layanan rawat jalan di akhir minggu, misal hari Sabtu &amp;/ Minggu, misal kebugaran/kecantikan, haemodialisa/cuci darah</p> <p>9) Membuka layanan operasi 24 jam</p> <p>10) Kerjasama dengan asuransi swasta, perusahaan, perkantoran, institusi/instansi/lembaga pemerintah &amp;/ komersial, dan sebagainya,</p> <p>11) Kerjasama dengan institusi pendidikan dengan prinsip saling menguntungkan sebagai fungsi RS Pendidikan</p> <p>12) Kerjasama dengan institusi penelitian baik di dalam negeri maupun luar negeri dengan prinsip saling menguntungkan &amp; memberi dampak bagi peningkatan pelayanan &amp; revenue.</p> <p>13) Memberdayakan dokter mitra/tamu/klien yang berpotensi membawa pasien ke RS</p> <p>14) Mencari dokter/dokter spesialis/sub spesialis tamu/mitra untuk menambah layanan &amp; revenue</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>15) Memberdayakan potensi &amp;/ kapasitas layanan IGD termasuk ICU/ICCU/NICU/PICU/RICU, dan lainnya</p> <p>16) Membuka layanan penyewaan ambulance/mobil jenazah &amp; atau layanan pemulasaran jenazah</p> <p>17) Mengoptimalkan kemudahan pendapatan dari kunjungan pasien tunai (berbayar)</p>	
8	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <p>Resume medis yang tidak lengkap diisi oleh DPJP yang menyebabkan banyak klaim yang tidak terbayarkan</p>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIRS yang terintegrasi yaitu e-Claim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical record, VClaim, dan sebagainya</li> <li>• Koordinasi antar Instalasi RS (Instalasi rekam medik, Instalasi penjaminan klaim dan SIRS) dalam pengajuan klaim</li> <li>• Percepatan pengajuan klaim BPJS paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sehingga BAHV bisa terbit paling lambat tanggal 15 bulan berjalan</li> <li>• Perbaiki kualitas berkas klaim BPJS misalnya ketepatan diagnosa dan atau kelengkapan berkas rekam medik (kelengkapan data dukung)</li> </ul>	<p><i>Yth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Berkoordinasi &amp;/ berkomunikasi secara rutin ke BPJS misal ada kendala pada aplikasi e-Claim, dispute claim, dan sebagainya</li> <li>Optimalisasi klaim (evaluasi koding &amp; atau koder JKN) &amp; mendayagunakan optimal tim case -mix INA -CBGs</li> </ul>	
9	MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pereseapan tidak sesuai fornasi</li> <li>Penggunaan apd tidak sesuai peruntukannya</li> <li>Kurang patuhnya retur obat sebelum close kasir oleh perawat dan farmasi</li> <li>Pereseapan tidak melihat ketersediaan obat di ruang rawat inap</li> <li>Kurangnya supervisi DPJP terhadap pereseapan dan pemeriksaan penunjang oleh peserta didik</li> <li>Pereseapan obat tidak sesuai restriksi fornasi</li> </ul>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Swakelola untuk beberapa jenis ketenagaan rumah sakit dengan tenaga harian lepas</li> <li>Melaksanakan lelang konsolidasi untuk pemeliharaan alat medik</li> <li>Melakukan efisien pada seluruh bagian, misal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Efisiensi listrik, air, internet</li> <li>Efisiensi perjalanan dinas</li> </ul> </li> <li>Mapping atas kebutuhan &amp; atau pemeliharaan Alat Medik dan Non Medik, agar perencanaan lebih baik dan terkontrol</li> <li>Konsolidasi Kontrak Service dengan RS yang memiliki alat yang sama untuk mendapatkan harga kontrak yang lebih murah</li> </ol>	<p><i>Yth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih ada pegawai yang belum berpartisipasi dalam usaha kendali biaya</li> <li>• Belum optimalnya kinerja tim casemix</li> <li>• Menyalin paket resep yang sudah ada sebelumnya di sistem sehingga muncul persepan lebih dari satu kali</li> <li>• Belum sesuai persepan dan pemeriksaan penunjang dalam PPK dengan diagnosis penyakit</li> <li>• Belum dilakukannya review PPK berbasis kendali biaya</li> <li>• Belum seluruhnya dilakukan konsolidasi pengadaan BMHP</li> <li>• Sistem buffer stok belum selektif</li> <li>• Nilai month stock masih di atas 1</li> <li>• Belum optimalnya penyelenggaraan rapat tim</li> <li>• Stok masih tinggi di akhir tahun</li> <li>• Proses pengadaan masih lama</li> <li>• Turn over interval masih di bawah 1</li> </ul>	<p>6) Reviu kembali jumlah kebutuhan tenaga outsourcing yang ideal sesuai luas lahan</p> <p>7) Optimalisasi aset lahan &amp; atau aset lainnya</p> <p>8) Melakukan skala prioritas kebutuhan.</p> <p>9) Kendali mutu dan kendali biaya, khususnya bagi RS Pendidikan</p>	
--	--	---	--	--

10	MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peresepan tidak sesuai fornasi</li> <li>• Penggunaan apd tidak sesuai peruntukannya</li> <li>• Kurang patuhnya retur obat sebelum close kasir oleh perawat dan farmasi</li> <li>• Peresepan tidak melihat ketersediaan obat di ruang rawat inap</li> <li>• Kurangnya supervisi DPJP terhadap peresepan dan pemeriksaan penunjang oleh peserta didik</li> <li>• Peresepan obat tidak sesuai restriksi fornasi</li> <li>• Masih ada pegawai yang belum berpartisipasi dalam usaha kendali biaya</li> <li>• Belum optimalnya kinerja tim casemix</li> <li>• Menyalin paket resep yang sudah ada sebelumnya di sistem sehingga muncul peresepan lebih dari satu kali</li> </ul>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimalkan tim kendali mutu dan kendali biaya serta IPK dalam review PPK</li> <li>• Mereview kembali SPO dalam penyusunan PPK (tim yang terlibat)</li> <li>• Melakukan rapat koordinasi antara farmasi, komite medik, tim adhoc review PP, Direktur Pelayanan Medik, tim kendali mutu dan kendali biaya dan IPK</li> <li>• Sistem untuk mengakomodir PPK yang ada terutama penunjang dan farmasi agar terintegrasi Simetris dan data (diagnosis , pemeriksaan penunjang an farmasi data setiap manual bisa terkumpul sistematis bukan manual)</li> <li>• Diperlukan kerjasama dengan bagian keuangan untuk mengkaji kasus yang high cost agar dikomunikasikan dengan Komite Medik untuk dilakukan review terhadap PPK</li> </ul>	<p><i>Yth. Direktur Perencanaan dan Keuangan</i>  <i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategi pencapaian indikator ini.</i></p>
----	---	---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Belum sesuai peresepan dan pemeriksaan penunjang dalam PPK dengan diagnosis penyakit</li><li>• Belum dilakukannya review PPK berbasis kendali biaya</li><li>• Belum seluruhnya dilakukan konsolidasi pengadaan BMHP</li><li>• Sistem buffer stok belum selektif</li><li>• Nilai month stock masih di atas 1</li><li>• Belum optimalnya penyelenggaraan rapat tim</li><li>• Stok masih tinggi di akhir tahun</li><li>• Proses pengadaan masih lama</li><li>• Turn over interval masih di bawah 1</li><li>• Paket tindakan operasi belum sepenuhnya tersedia</li></ul>		
--	--	--	--	--	--