



# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TRIWULAN I 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 triwulan 1 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 Umum Pusat Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah, baik dari manajemen, fungsional maupun administrasi dan karyawan lainnya karena atas kerja keras dan usaha – usaha yang tiada henti sehingga kegiatan selama periode triwulan 1 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, April 2024  
Direktur Utama 

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

## IKHTISAR EKSEKUTIF

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, 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, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G 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 49 Indikator sudah mencapai Target (70,0%), 8 Indikator yang belum mencapai target (11,43%) dan 13 indikator belum saatnya dilakukan pengukuran (18,5%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 101,8%. Adapun indikator yang belum mencapai target adalah indikator :

1. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)
2. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
3. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
4. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
5. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU
7. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan
8. 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. 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
Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022 .....	14
E. Sistematika Penulisan.....	15
BAB II. PERENCANAAN KINERJA .....	16
A. Rencana Kerja Tahunan.....	16
B. Penetapan Kinerja .....	25
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA .....	35
A. Capaian Kinerja Organisasi .....	35
B. Realisasi Anggaran .....	180
C. Kondisi SDM pada Akhir Tahun 2023 .....	181
BAB IV. PENUTUP .....	182
A. Simpulan .....	182
B. Rekomendasi.....	183

## 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 2022

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, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G 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.

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan RI yang bertempat di Kota Denpasar Provinsi Bali. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G 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 PNB (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 NO.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 Umum Pusat Prof. Dr. I.G.N.G 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 triwulan 1 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 RSUP Prof. Dr. I. G. N. G 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 Radiagnostik, 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 Wing Amerta

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. 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 Perencanaan dan Evaluasi Program
  - b. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga
  - c. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
  - d. Unit-unit Non Struktural

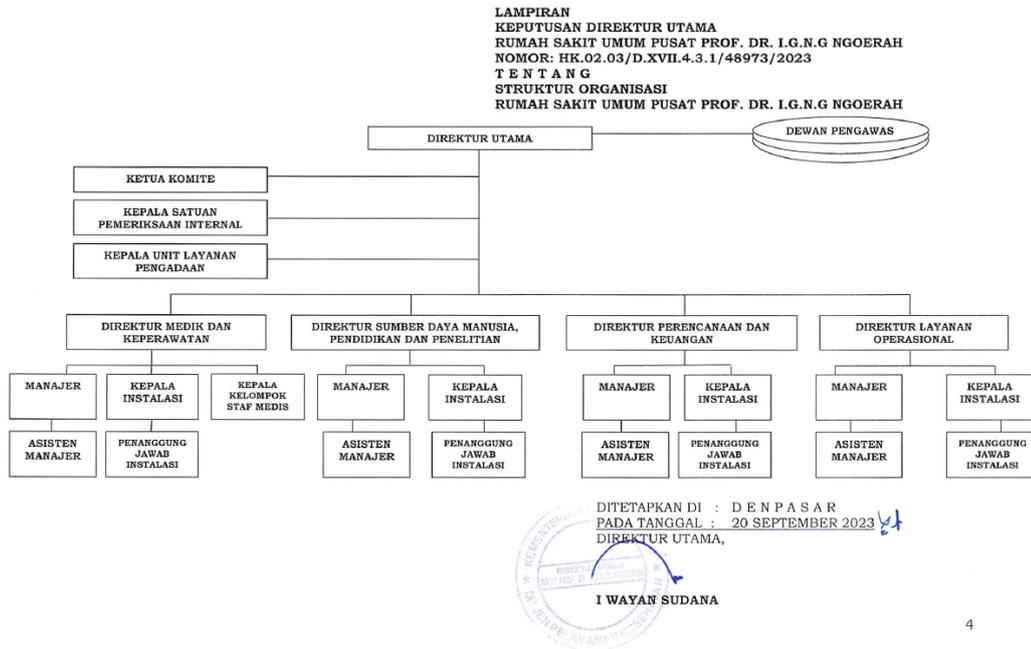
Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Layanan Operasional

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

## Matrik Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023



## **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	$\leq 20\%$
		67	Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan	$\leq 15\%$
		68	Days Receivable Turnover	$\leq 40$ hari
		69	Days Inventory Turnover	$\leq 60$ hari
		70	Days Payable Turnover	$\leq 60$ 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:

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR.  
I G.N.G. NGOERAH DENPASAR**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

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

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.

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.

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 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 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 triwulan 1 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 (Triwulan 1)		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%	34,80%	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%	25,80%	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%	n/a	Belum saatnya diukur
		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	n/a	Belum saatnya diukur
		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%	9,43%	Tercapai
		7	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	22,83%	≥12%	23,02%	≥15%	28,35%	Tercapai
		8	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	n/a	n/a	n/a	n/a	≥5%	18,28%	≥6%	20,48%	≥7%	10,36%	Tercapai
		9	Peningkatan jumlah pasien operasi	n/a	n/a	n/a	n/a	≥2%	19,61%	≥3%	19,32%	≥4%	19,99%	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%	-8,73%	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%	25,00%	Tercapai
		12	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	6 modul	5 modul	10 modul	7 modul	10 Pelatihan	8 Pelatihan	≥12 pelatihan	13 pelatihan	≥15 pelatihan	8	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%	0,35%	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	30	Tercapai
		17	Persentase Pelaksanaan Sisrute	n/a	n/a	n/a	n/a	≥70%	92,21%	≥75%	80,86%	≥80%	92,63%	Tercapai
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	18	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	85%	82%	80%	83%	≥84%	84,88%	≥85%	87,24%	≥85%	85,14%	Belum saatnya diukur
		19	Peningkatan Kepuasan Pegawai	75%	75,07%	80%	75%	≥77%	77% (bulat)	≥78%	79,40%	≥80%	n/a	Belum saatnya diukur
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	20	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN	52%	88,54%	86%	80%	≥15%	-12,95%	≥10%	15,80%	≥10%	19,88%	Tercapai
		21	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	86%	73,77%	88%	108%	≥84%	91,5%	≥92%	97,22%	≥92%	77,73%	Tercapai
		22	Current Rasio	285%	724,36%	300%	1196%	≥520%	836,74%	≥550%	783,26%	≥560%	734,95%	Tercapai
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	23	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	100%	≥85%	100%	≥90%	94,44	Tercapai
		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%	75	Tercapai
		26	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	n/a	n/a	n/a	n/a	≥80%	82,4%	≥85%	97,1%	≥90%	n/a	Belum saatnya diukur

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%	90,00%	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%	93,75%	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%	100,00%	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%	93,75%	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%	0,00%	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%	60,48%	Tidak 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%	-0,08%	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	n/a	Belum saatnya diukur

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%	-8,83%	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	n/a	Belum saatnya diukur
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	n/a	Belum saatnya diukur
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%	100,00%	Tercapai
15	Terselenggaranya 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%	13,64%	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 layanan genomik kekhuisan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi	3 Layanan	n/a	Belum saatnya diukur

		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	324	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	n/a	Belum saatnya diukur
		43	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	n/a	n/a	≥80%	70,74%	Tidak tercapai						
		44	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan - Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam	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	≥80%	96,18%	Tercapai						
		46	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	n/a	n/a	100%	100,00%	Tercapai						
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan	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%	92,61%	Tercapai

	Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	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%	n/a	Belum saatnya diukur
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%	83,33%	Tidak tercapai
		50	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	n/a	n/a	≥75%	n/a	Belum saatnya diukur						
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%	n/a	Belum saatnya diukur
		52	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	102,69%	≥90%	103,19%	Tercapai
		53	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥97%	113%	≥96%	123,32%	Tercapai
		54	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥95%	122,98%	≥90%	51,50	Tidak tercapai
		55	Persentase nilai EBITDA Margin	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥15%	13,84%	≥15%	21,76%	Tercapai
21	Pencapaian Indikator Kinerja	56	Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥10%	15,80%	≥10%	25,80%	Tercapai

	Terpilih Aspek Keuangan	57	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	n/a	n/a	3,5	5,3	Tercapai							
		58	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	n/a	n/a	n/a	≥93,75%	99,34	Tercapai						
		59	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	n/a	n/a	n/a	≥80%	29,20%	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%	30%	Tercapai	
		65	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤25%	34%	≤25%	36%	Tidak tercapai	
		66	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤20%	31%	≤20%	33%	Tidak tercapai	

		67	Rasio Beban Adminstrasi Terhadap Pendapatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤15%	15%	≤15%	10%	Tercapai
		68	Days Receivable Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤40 hari	14	≤40 hari	14	Tercapai
		69	Days Inventory Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤60 hari	21,59	≤60 hari	19	Tercapai
		70	Days Payable Turnover	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤60 hari	12	≤60 hari	18	Tercapai

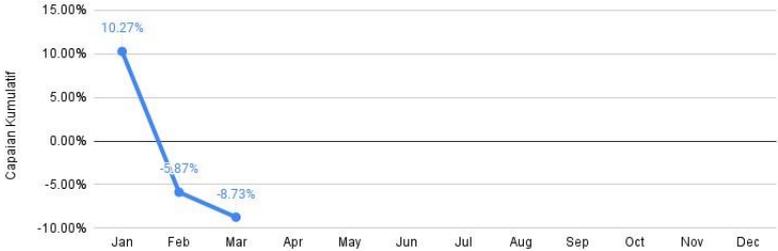
Dari 70 indikator kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah periode triwulan 1 tahun 2024, terdapat 8 indikator yang tidak mencapai target yaitu :

1. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)
2. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
3. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
4. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
5. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU (Perubahan Target 2023 95%, 2024 90%)
7. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan, dan
8. Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan.

Adapun capaian kinerja program RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah periode triwulan 1 Tahun 2024 yang **tidak mencapai target**, 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:

1. Tersedianya pelayanan unggulan
  - a. 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 Tw.1 Tahun 2024
n/a	10%	9%	-8,73%

<p>Grafik Capaian Triwulan 1 2024</p>	<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 Achievement 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></td> </tr> <tr> <td>May</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jul</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aug</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sep</td> <td></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>	Month	Capaian Kumulatif (%)	Jan	10.27%	Feb	-5.87%	Mar	-8.73%	Apr		May		Jun		Jul		Aug		Sep		Oct		Nov		Dec	
Month	Capaian Kumulatif (%)																										
Jan	10.27%																										
Feb	-5.87%																										
Mar	-8.73%																										
Apr																											
May																											
Jun																											
Jul																											
Aug																											
Sep																											
Oct																											
Nov																											
Dec																											
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada triwulan 1 tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan komitmen penanggungjawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS) sesuai dengan pelayanan unggulan dan pelayanan prioritas, sesuai dengan perencanaan program yang ditetapkan. Terlihat pada bulan Januari 2024 telah mencapai target, namun terjadi penurunan pada bulan Februari dan Maret 2024 karena jumlah hari efektif yang berkurang akibat libur nasional maupun lokal, sehingga belum mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = <b>Rp. 75.248.160.438</b></p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p><b>Rp. 9.185.356.606</b> (12% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>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). Upaya peningkatan volume pasien non BPJS terus dilaksanakan. Mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan</p>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas. Dokter praktek sore masih terbatas.</p>																										
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu : Menyusun SPO dan alur pembayaran fee for service, menyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster, meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore, ningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan</p>																										

2. Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan - Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal
- a. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
<p>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang 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.</p> <p>Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di Poliklinik tujuan.</p> <p>Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah <math>\leq</math> 120 menit, kecuali:</p> <p>a. Pelayanan Poliklinik Mata &lt; 180 menit</p> <p>b. Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi &lt; 180 menit</p> <p>c. Pelayanan Poliklinik Orthopedi &lt; 180 menit</p>		<p>Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Rawat Jalan</p> <p>- 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 Triwulan1 Tahun 2024
$\geq 80\%$	<b>63,37%</b>	<b><math>\geq 82\%</math></b>	<b>60.48%</b>

Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024	S10_IK32. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal								
	<table border="1"> <caption>Data for S10_IK32. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang</caption> <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> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	62.34%	Feb	54.80%	Mar	63.53%
Bulan	Capaian (%)								
Jan	62.34%								
Feb	54.80%								
Mar	63.53%								
Interpretasi	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada triwulan 1 tahun 2024 fluktuatif setiap bulannya, namun belum mencapai target yang telah ditetapkan (capaian 60,48% dari target <math>\geq 82\%</math>). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya percepatan waktu pelayanan rawat jalan tanpa penunjang di RSUP Prof. Ngoerah, baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, serta pengadaan sarpras yang memadai. Namun, belum maksimal dalam upaya promosi untuk progres peningkatan yang positif secara terus-menerus.</p>								

Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal = <b>Rp. 33.888.542.102</b>
Realisasi Anggaran	<b>Rp. 4.983.658.957</b> (15% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang 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 $\leq 120$ menit, kecuali: a. Pelayanan Poliklinik Mata < 180 menit b. Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi < 180 menit c. Pelayanan Poliklinik Orthopedi < 180 menit
Permasalahan	Adapun permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator ini adalah sebagai berikut : 1) Pasien datang tidak sesuai waktu estimasi pelayanan, akan tetapi diregistrasi 2) Keterlambatan registrasi pasien karena gangguan pada sistem IT 3) Aplikasi antrian online masih dalam proses pembuatan 4) DPJP tidak datang tepat waktu dan tidak stand by di Poliklinik 5) Indikator ini terkait dengan waktu penyerahan obat di Farmasi
Tindak Lanjut	Beberapa tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh penanggungjawab indikator untuk meningkatkan capaian yaitu sebagai berikut : 1) Edukasi pasien agar datang sesuai estimasi waktu pendaftaran online 2) PJ Poliklinik menghubungi DPJP yang belum hadir di poliklinik 3) Berkoordinasi dengan Ka Instalasi Farmasi mengenai percepatan waktu penyerahan obat

3. Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri - Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri
- a. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal (Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu dikali 100		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Rawat Inap dan 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 Tw 1.Tahun 2024
n/a	<b>20,06%</b>	<b><math>\geq 10\%</math></b>	<b>-8,83%</b>

<p>Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024</p>	<p>S11_IK35. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri</p> <table border="1"> <caption>Data for S11_IK35. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Peningkatan</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> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Peningkatan	Jan	8.83%	Feb	-6.14%	Mar	-8.83%
Bulan	Persentase Peningkatan								
Jan	8.83%								
Feb	-6.14%								
Mar	-8.83%								
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien non JKN pada triwulan 1 tahun 2024 blm mencapai target yang ditetapkan (-8,83% dari target 10%). Terlihat pada bulan Januari 2024 telah mencapai target, namun terjadi penurunan pada bulan Februari dan Maret 2024 karena jumlah hari efektif yang berkurang akibat libur nasional maupun lokal, sehingga belum mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan kunjungan pasien non JKN, namun perlu dilakukan upaya-upaya promotif serta beberapa strategi untuk kembali meningkatkan kunjungan pasien non JKN pada periode berikutnya.</p>								
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri <b>= Rp. 52.478.827.227</b></p>								
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p><b>Rp. 4.978.180.707</b> (9% dari rencana anggaran sasaran)</p>								
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Upaya manajemen dan unit terkait dalam rangka meningkatkan jumlah pelayanan pasien non JKN baik rawat inap maupun rawat jalan dilakukan semaksimal mungkin dengan menyediakan layanan yang komprehensif dan terkoordinasi untuk memastikan pasien non JKN menerima perawatan yang berkualitas dan memuaskan.</p>								
<p>Permasalahan</p>	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas. Dokter praktek sore masih terbatas.</p>								
<p>Tindak Lanjut</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu : Menyusun SPO dan alur pembayaran fee for service, enyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster, meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore, ningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh haris libur masih terus dikembangkan</p>								

4. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional  
 a. 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 Inap, Instalasi Sarana Prasarana Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I I Dewa Ayu Putu Widya Artati, S.T.,M.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 Triwulan 1 Tahun 2024
n/a	n/a	≥80%	<b>70,74%</b>

Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024	<p>S17_IK43. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien            Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional</p> <table border="1"> <caption>Data for S17_IK43 Chart</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>68.02%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>~70.00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>~70.00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	~70.00%	Feb	68.02%	Mar	~70.00%	Apr	~70.00%	May	~70.00%	Jun	~70.00%	Jul	~70.00%	Aug	~70.00%	Sep	~70.00%	Oct	~70.00%	Nov	~70.00%	Dec	~70.00%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	~70.00%																										
Feb	68.02%																										
Mar	~70.00%																										
Apr	~70.00%																										
May	~70.00%																										
Jun	~70.00%																										
Jul	~70.00%																										
Aug	~70.00%																										
Sep	~70.00%																										
Oct	~70.00%																										
Nov	~70.00%																										
Dec	~70.00%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja persentase capaian perbaikan pengalaman pasien masih berada dibawah target di tetapkan (70,74% dari target 80%). Indikator perbaikan pengalaman pasien terdiri dari dua indikator pendukung yaitu persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar telah mencapai target, dan persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit yang belum mencapai target. Untuk mencapai target ini, penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, pengadaan sarpras yang memadai serta promosi layanan yang terus-menerus.																										
Rencana Anggaran	Sasaran terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional = <b>Rp. 145.476.752.855</b>																										
Realisasi Anggaran	<b>Rp. 14.186.664.271</b> (10% dari rencana anggaran sasaran)																										
Gambaran Kegiatan	Perbaikan pengalaman pasien merupakan aspek penting dalam dunia pelayanan kesehatan. Indikator peningkatan perbaikan pengalaman pasien terdiri dari 2 indikator pendukung yaitu persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar dan																										

	persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.
Permasalahan	<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.</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien datang tidak sesuai waktu estimasi pelayanan, akan tetapi diregistrasi</li> <li>2) Keterlambatan registrasi pasien karena gangguan pada sistem IT</li> <li>3) Aplikasi antrian online masih dalam proses pembuatan</li> <li>4) DPJP tidak datang tepat waktu dan tidak stand by di Poliklinik</li> <li>5) Indikator ini terkait dengan waktu penyerahan obat di Farmasi</li> </ol>
Tindak Lanjut	<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) Edukasi pasien agar datang sesuai estimasi waktu pendaftaran online</li> <li>2) PJ Poliklinik menghubungi DPJP yang belum hadir di poliklinik</li> <li>3) Berkoordinasi dengan Ka Instalasi Farmasi mengenai percepatan waktu penyerahan obat</li> </ol>

## 5. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

### a. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
<p>Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan</p> <p>Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan-des) dengan capaian :</p> <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> <li>5. Waktu tunggu rawat jalan <math>\geq 80\%</math></li> <li>6. Penundaan operasi elektif <math>\leq 5\%</math></li> <li>7. Kepatuhan waktu visit dokter <math>\geq 80\%</math></li> <li>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%</li> <li>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional <math>\geq 90\%</math></li> <li>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) <math>\geq 85\%</math></li> <li>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%</li> <li>12. Kecepatan waktu tanggap complain <math>\geq 80\%</math></li> <li>13. Kepuasan pasien IKM <math>\geq 80</math></li> </ol>	<p>Direktorat Layanan Operasional – Komite Mutu Rumah Sakit</p> <p>- PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, M.A.P.</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 Tw.1 Tahun 2024
n/a	<b>12 laporan (100%)</b>	<b>100%</b>	<b>83,33%</b>

<p>Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024</p>	<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>0.00%</td></tr> <tr><td>May</td><td>0.00%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0.00%</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>0.00%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>0.00%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	83.33%	Feb	83.33%	Mar	83.33%	Apr	0.00%	May	0.00%	Jun	0.00%	Jul	0.00%	Aug	0.00%	Sep	0.00%	Oct	0.00%	Nov	0.00%	Dec	0.00%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	83.33%																										
Feb	83.33%																										
Mar	83.33%																										
Apr	0.00%																										
May	0.00%																										
Jun	0.00%																										
Jul	0.00%																										
Aug	0.00%																										
Sep	0.00%																										
Oct	0.00%																										
Nov	0.00%																										
Dec	0.00%																										
<p>Interpretasi</p>	<p>Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator kinerja persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 83,33% dari target 100%. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan persentase INM pada triwulan 1 tahun 2024, namun indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan dan indikator mutu pelaporan hasil kritis laboratorium belum mencapai target yang ditetapkan.</p>																										
<p>Rencana Anggaran</p>	<p>Sasaran meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = <b>Rp. 62.806.387.788</b></p>																										
<p>Realisasi Anggaran</p>	<p><b>Rp. 9.358.173.482</b> (15% dari rencana anggaran sasaran)</p>																										
<p>Gambaran Kegiatan</p>	<p>Indikator Nasional Mutu (INM) terdiri dari 13 standar mutu yang harus dicapai, yaitu terdiri dari :</p> <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> <li>5. Waktu tunggu rawat jalan <math>\geq 80\%</math></li> <li>6. Penundaan operasi elektif <math>\leq 5\%</math></li> <li>7. Kepatuhan waktu visit dokter <math>\geq 80\%</math></li> <li>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%</li> <li>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional <math>\geq 90\%</math></li> <li>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) <math>\geq 85\%</math></li> <li>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%</li> <li>12. Kecepatan waktu tanggap complain <math>\geq 80\%</math></li> <li>13. Kepuasan pasien IKM <math>\geq 80</math></li> </ol>																										
<p>Permasalahan</p>	<p>Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk pemenuhan target yaitu sebagai berikut :</p> <p>Terdapat 4 Pemeriksaan lab kritis dilaporkan lebih dari 30 menit. Permasalahannya karena petugas perawat sedang melakukan aktivitas ke pasien pelaporannya menjadi lebih dari 30 menit. Pelaporan hasil kritis paling lama di bulan Maret 2024 yaitu 2 jam, 7 menit. Hal ini menyebabkan indikator pemeriksaan lab kritis belum mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024.</p>																										

Tindak Lanjut	Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu dengan upaya meningkatkan kepatuhan petugas dalam pelaporan hasil lab kritis, sehingga pasien mendapatkan instruksi dari DPJP / dokter yang meminta pemeriksaan laboratorium.
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Pemenuhan Akuntabilitas BLU

a. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan – 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 Triwulan 1 Tahun 2024
n/a	<b>122,98%</b>	<b>≥90%</b>	<b>51,50%</b>

Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024	<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>55.00</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>58.00</td> </tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	41.02	Feb	55.00	Mar	58.00
Bulan	Capaian (%)								
Jan	41.02								
Feb	55.00								
Mar	58.00								
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU pada tahun triwulan 1 tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (51,50% dari target ≥90%).								
Rencana Anggaran	Sasaran Pemenuhan Akuntabilitas BLU = <b>Rp. 36.771.528.269</b>								
Realisasi Anggaran	<b>Rp. 4.983.658.957</b> (14% dari rencana anggaran sasaran)								
Gambaran Kegiatan	Monitoring dan evaluasi serapan anggaran terus menerus dilaksanakan dengan kolaborasi lintas direktorat sesuai dengan kebutuhan anggaran yang telah direncanakan								
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan, karena kegiatan belanja masih di awal tahun								
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.								

7. MKKO - Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

a. Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi Beban barang/perlengkapan dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.		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 Triwulan 1 Tahun 2024
n/a	<b>73,53%</b>	<b>≤25%</b>	<b>36%</b>

Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>38%</td></tr> <tr><td>Feb</td><td>35%</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>35%</td></tr> <tr><td>Apr</td><td>32%</td></tr> <tr><td>May</td><td>28%</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Aug</td><td>18%</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>15%</td></tr> <tr><td>Oct</td><td>12%</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>10%</td></tr> <tr><td>Dec</td><td>8%</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	38%	Feb	35%	Mar	35%	Apr	32%	May	28%	Jun	25%	Jul	22%	Aug	18%	Sep	15%	Oct	12%	Nov	10%	Dec	8%
Bulan	Capaian (%)																										
Jan	38%																										
Feb	35%																										
Mar	35%																										
Apr	32%																										
May	28%																										
Jun	25%																										
Jul	22%																										
Aug	18%																										
Sep	15%																										
Oct	12%																										
Nov	10%																										
Dec	8%																										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan pada triwulan 1 Tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (36% dari target <25%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.																										
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = <b>Rp. 33.253.271.102</b>																										
Realisasi Anggaran	<b>Rp. 4.983.658.957</b> (15% dari rencana anggaran)																										
Gambaran Kegiatan	Beban Persediaan Year To Date (YTD) Cumulative TW I 2024 = <b>Rp. 91.356.303.163</b> . Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema “Generating Revenue” atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.																										

Permasalahan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.  Target Capaian: Rasio Beban Farmasi kurang dari atau sama dengan 20% ( $X \leq 20\%$ ) terhadap Pendapatan.		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 Triwulan 1 Tahun 2024
n/a	64,52%	$\leq 20\%$	33%

Grafik Capaian Triwulan 1 tahun 2024	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan pada triwulan 1 Tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (33% dari target <20%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = <b>Rp. 33.253.271.102</b>
Realisasi Anggaran	<b>Rp. 4.983.658.957</b> (15% dari rencana anggaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Farmasi Year To Date (YTD) Cumulative TW I 2024 = <b>Rp. 84.328.044.402</b> . Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan

	dengan tema “Generating Revenue” atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

## B. Realisasi Anggaran

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

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Triwulan 1 Tahun 2024 RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024

No.	SASARAN PROGRAM	ANGGARAN	REALISASI	PERSENTASE	SISA PAGU/EFISIENSI
		<b>1.287.075.278.000</b>	<b>149.347.642.437</b>	<b>12%</b>	<b>1.137.727.635.563</b>
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	144.208.531.772	7.991.184.035	6%	136.217.347.737
2	Tersedianya pelayanan unggulan	75.248.160.438	9.185.356.607	12%	66.062.803.832
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	102.116.927.561	6.666.994.301	7%	95.449.933.260
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	33.791.827.227	4.978.180.707	15%	28.813.646.520
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	62.904.638.663	6.480.665.565	10%	56.423.973.098
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	36.350.953.202	8.039.461.999	22%	28.311.491.204
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	39.235.475.369	8.039.461.999	20%	31.196.013.370
8	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Layanan	41.422.996.144	4.978.180.707	12%	36.444.815.437
9	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	33.888.542.102	4.983.658.957	15%	28.904.883.145
10	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	53.378.995.327	6.302.370.440	12%	47.076.624.887
11	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	52.478.827.227	4.978.180.707	9%	47.500.646.520
12	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	56.561.160.438	6.302.370.440	11%	50.258.789.998
13	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	56.561.160.438	6.302.370.440	11%	50.258.789.998

14	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	35.009.610.727	7.862.174.199	22%	27.147.436.529
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	59.444.146.605	6.302.370.440	11%	53.141.776.165
16	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	33.888.542.102	4.983.658.957	15%	28.904.883.145
17	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	145.476.752.855	14.186.664.271	10%	131.290.088.584
18	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	59.023.571.538	6.475.187.315	11%	52.548.384.223
19	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	62.806.387.788	9.358.173.482	15%	53.448.214.307
20	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	36.771.528.269	4.983.658.957	14%	31.787.869.312
21	Pencapaian IKT Aspek Keuangan	33.253.271.102	4.983.658.957	15%	28.269.612.145
22	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	33.253.271.102	4.983.658.957	15%	28.269.612.145

Berdasarkan tabel III.2 di atas, anggaran awal untuk program kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2024 adalah sebesar Rp. 1.287.075.278.000,00 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. 145.476.752.855,00. 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. 33.253.271.102,00. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 12% (Rp. 149.347.642.437,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 1.137.727.635.563,00.

### C. Kondisi SDM pada TW I Tahun 2024

Adapun kondisi SDM pada TW I tahun 2024 adalah sebagai berikut :

NO	KELOMPOK	STATUS TENAGA BLU					DIKNAS				PTT	TOT	
		PNS	CPNS	PPPK	TENAGA TETAP	TENAGA TIDAK TETAP	MITRA	PNS	TETAP	PA			MITRA
I	MEDIS	234	0	16	9	9	4	67	1	5	0	0	345
II	TENAGA KEPERAWATAN	719	0	232	91	92	0	0	0	0	0	0	1134
III	TENAGA PENUNJANG	259	0	67	19	27	0	0	0	0	0	0	372
IV	TENAGA STRUKTURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	TENAGA NON MEDIS	420	0	16	402	27	0	0	0	0	0	0	865
<b>JUMLAH</b>		<b>1632</b>	<b>0</b>	<b>331</b>	<b>521</b>	<b>155</b>	<b>4</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2716</b>

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023

Jumlah keseluruhan tenaga di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TW I TA 202a adalah sebanyak 2716, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Diknas. Tenaga BLU berjumlah 2484, dengan jenis tenaga PNS 1632 orang, tidak ada tenaga CPNS, PPPK 331 orang, tenaga tetap 521 orang dan tenaga tidak tetap 155 orang. Untuk Tenaga Diknas terdiri dari PNS 67 orang, tenaga tetap 1 orang dan Pembimbing Akademik 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2716 orang terdapat 345 tenaga medis, tenaga keperawatan 1134 orang, tenaga penunjang 372 orang, tidak ada tenaga struktural dan tenaga non medis 865 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. Keseluruhan sasaran program yang dipantau adalah 22 sasaran, dengan 70 indikator kinerja utama. Dari 70 Indikator Kinerja Utama, Pada Triwulan 1 Tahun 2024 terdapat 49 Indikator sudah mencapai Target (70,0%), 8 Indikator yang belum mencapai target (11,43%) dan 13 indikator belum saatnya dilakukan pengukuran (18,5%).
2. Indikator yang belum mencapai target adalah :
  - a. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS) dimana berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPS) belum mencapai target yang telah ditetapkan pada triwulan 1 tahun 2024, bahkan cenderung mengalami penurunan capaian apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023.
  - b. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien rawat jalan non BPJS pada triwulan 1 tahun 2024 fluktuatif setiap bulannya, namun belum mencapai target yang telah ditetapkan (capaian 60,48% dari target  $\geq 82\%$ ).
  - c. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN, dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja peningkatan kunjungan pasien non JKN pada triwulan 1 tahun 2024 blm mencapai target yang ditetapkan (-8,83% dari target 10%). Pada bulan Januari 2024 tampak telah mencapai target, namun terjadi penurunan kunjungan pada bulan Februari dan Maret 2024.

- d. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien, dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja persentase capaian perbaikan pengalaman pasien masih berada dibawah target di tetapkan (70,74% dari target 80%). Indikator perbaikan pengalaman pasien terdiri dari dua indikator utama yaitu persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar dan persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.
  - e. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Dimana Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator kinerja persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 83,33% dari target 100%.
  - f. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, Dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU pada tahun triwulan 1 tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (51,50% dari target  $\geq 90\%$ ).
  - g. Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan, dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan pada triwulan 1 Tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (36% dari target  $< 25\%$ ).
  - h. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan, Dimana berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan pada triwulan 1 Tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan (33% dari target  $< 20\%$ ).
3. Secara umum realisasi anggaran pada triwulan 1 tahun 2024 sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 12% (Rp. 149.347.642.437,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 1.137.727.635.563,00.
  4. Pada TW I tahun 2024 adalah sebanyak 2716, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Diknas. Tenaga BLU berjumlah 2484, dengan jenis tenaga PNS 1632 orang, tidak ada tenaga CPNS, PPPK 331 orang, tenaga tetap 521 orang dan tenaga tidak tetap 155 orang. terdapat 2780 tenaga di RSUP Prof. Ngoerah, yang terdiri dari 351

tenaga medis, tenaga keperawatan 1153 orang, tenaga penunjang 368 orang, tenaga struktural 5 orang dan tenaga non medis 903 orang.

## **B. Rekomendasi**

Berdasarkan analisa masalah indikator sasaran yang tidak mencapai target di triwulan 1 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 SPO dan alur pembayaran fee for service
  - b. Menyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster
  - c. Meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore,
  - d. Meningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan
2. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
  - a. Edukasi pasien agar datang sesuai Estimasi Waktu Pelayanan
  - b. Mengusulkan penyempurnaan Aplikasi Online, dengan Slot yang dapat dipilih pasien
  - c. Mengingatkan DPJP untuk hadir sesuai jam pelayanan
3. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
  - a. Menyusun SPO dan alur pembayaran fee for service
  - b. Menyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster
  - c. Meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore,
  - d. Meningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan

4. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien yang terdiri dari dua indikator utama yaitu persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar dan persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait lebih menitikberatkan pada peningkatan persentase waktu layanan tanpa pemeriksaan penunjang, yaitu sebagai berikut :
  - a. Edukasi pasien agar datang sesuai Estimasi Waktu Pelayanan
  - b. Mengusulkan penyempurnaan Aplikasi Online, dengan Slot yang dapat dipilih pasien
  - c. Mengingatkan DPJP untuk hadir sesuai jam pelayanan
5. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu sebagai berikut :
  - a. Pengusulan untuk penggunaan aplikasi WA Blast, untuk meningkatkan kepatuhan petugas dalam pelaporan hasil lab kritis, sehingga pasien mendapatkan instruksi dari DPJP / dokter yang meminta pemeriksaan laboratorium.
6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu monitoring dan evaluasi serapan anggaran terus menerus dilaksanakan dengan kolaborasi lintas direktorat sesuai dengan kebutuhan anggaran yang telah direncanakan.
7. Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.
8. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan, adapun kegiatan strategis yang direkomendasikan oleh unit terkait yaitu perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.

## 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)	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih terbatas. Dokter praktek sore masih terbatas.	Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu : Menyusun SPO dan alur pembayaran fee for service, menyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster, meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore, meningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan	<p><i>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. LO</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> 

2.	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	<p>Adapun permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator ini adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien datang tidak sesuai waktu estimasi pelayanan, akan tetapi diregistrasi</li> <li>2) Keterlambatan registrasi pasien karena gangguan pada sistem IT</li> <li>3) Aplikasi antrian online masih dalam proses pembuatan</li> <li>4) DPJP tidak datang tepat waktu dan tidak stand by di Poliklinik</li> <li>5) Indikator ini terkait dengan waktu penyerahan obat di Farmasi</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) Edukasi pasien agar datang sesuai estimasi waktu pendaftaran online</li> <li>2) PJ Poliklinik menghubungi DPJP yang belum hadir di poliklinik</li> <li>3) Berkoordinasi dengan Ka Instalasi Farmasi mengenai percepatan waktu penyerahan obat</li> </ol>	<p><i>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. LO</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> 
3.	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	<p>Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : belum adanya alur dan SPO terkait pelayanan cluster, belum semua staf terpapar tentang pembentukan cluster. Kerja sama dengan asuransi sudah dilakukan, namun kunjungan pasien asuransi masih</p>	<p>Adapun usulan kegiatan tindak lanjut untuk permasalahan tersebut yaitu : Menyusun SPO dan alur pembayaran fee for service, menyusun alur dan SPO terkait pelayanan cluster, meningkatkan jumlah dokter praktek sore dengan cara meningkatkan komitmen dokter dan membedakan fee pagi dan sore, meningkatkan kerja sama dengan asuransi-asuransi lain dengan menawarkan berbagai</p>	<p><i>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. LO</i></p> 

			terbatas. Dokter praktek sore masih terbatas.	benefit serta mengkondisikan layanan agar tidak terpengaruh hari libur masih terus dikembangkan	Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.
4	Terselenggara layanan unggulan bertaraf internasional	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	<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.</p> <p>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> <p>1) Pasien datang tidak sesuai waktu estimasi pelayanan, akan tetapi diregistrasi</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) Edukasi pasien agar datang sesuai estimasi waktu pendaftaran online</li> <li>2) PJ Poliklinik menghubungi DPJP yang belum hadir di poliklinik</li> <li>3) Berkoordinasi dengan Ka Instalasi Farmasi mengenai percepatan waktu penyerahan obat</li> </ol>	<p>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. LO</p> <p>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</p>

			<p>2) Keterlambatan registrasi pasien karena gangguan pada sistem IT</p> <p>3) Aplikasi antrian online masih dalam proses pembuatan</p> <p>4) DPJP tidak datang tepat waktu dan tidak stand by di Poliklinik</p> <p>5) Indikator ini terkait dengan waktu penyerahan obat di Farmasi</p>		
5	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> <p>Terdapat 4 Pemeriksaan lab kritis dilaporkan lebih dari 30 menit. Permasalahannya karena petugas perawat sedang melakukan aktivitas ke pasien pelaporannya menjadi lebih dari 30 menit. Pelaporan hasil kritis paling lama di bulan Maret 2024 yaitu 2 jam, 7 menit.</p> <p>Hal ini menyebabkan indikator pemeriksaan lab kritis belum mencapai target pada triwulan 1 tahun 2024.</p>	<p>Adapun tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu dengan upaya meningkatkan kepatuhan petugas dalam pelaporan hasil lab kritis, sehingga pasien mendapatkan instruksi dari DPJP / dokter yang meminta pemeriksaan laboratorium.</p> <p>Strategi digital dengan WA Blast masih perlu terus dikembangkan</p>	<p><i>Jth. Direktur Medik dan Keperawatan dan Dir. LO</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> 

6	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan, karena kegiatan belanja masih di awal tahun	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.	<p><i>Yth. Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> 
7	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.	<p><i>Yth. Perencanaan dan Keuangan</i></p> <p><i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i></p> 

8	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.	<i>Yth. Perencanaan dan Keuangan</i> <i>Mohon dilaksanakan langkah langkah strategis pencapaian indikator ini.</i>
---	------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------