

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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



**PROGRAM KERJA
TAHUN 2024**

Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)
Telepon. (0361) 227911-15, 225482, 223869, Faximile: (0361) 224206
Email : info@profngoerahhospitalbali.com
Website : www.prof.ngoerahhospitalbali.com

KATA PENGANTAR

Om Swastiastu

Puji syukur dipanjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa / Ida Sang Hyang Widhi Wasa, karena atas Asung Kerta Wara Nugraha – Nya sampai saat ini senantiasa memberikan kesehatan dan kekuatan dalam melaksanakan tugas dengan baik, sehingga dapat menyelesaikan dokumen program kerja ini.

Pelaksanaan tugas didasarkan pada penetapan kinerja pada program – program strategis yang telah dirumuskan. Program Kerja tahun 2024 ini merupakan Rencana Kerja Tahunan, tahun kelima, dan penjabaran Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof.dr.I.G.N.G. Ngoerah Tahun 2020 – 2024. Penetapan program kerja menjadi kewajiban sebagai pengejawantahan acuan dalam pelaksanaan kerja, memantau dan mengendalikan capaian organisasi, melaporkan capaian realisasi kinerja manajerial dan pelayanan serta menilai keberhasilan program.

Program Kerja tahun 2024 ini masih banyak terdapat kekurangan – kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang, sehingga dapat mewujudkan visi, misi, tujuan, dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof.dr.I.G.N.G. Ngoerah tahun 2020 – 2024.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Pusat Prof.dr.I.G.N.G Ngoerah, atas dukungan dan kerjasamanya dalam penyusunan Program Kerja RSUP Prof.dr.I.G.N.G Ngoerah tahun 2024. Kritik dan saran guna perbaikan penyusunan program kerja yang akan datang sangat kami harapkan. Semoga Ida Sang Hyang Widhi selalu memberikan karunia-Nya.

Om Shanti, Shanti,Shanti,Om.

Denpasar, Februari 2024
Direktur Utama


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

I. PENDAHULUAN

Pembangunan nasional yang diselenggarakan sampai saat ini merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia. Pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia (*Basic Human Needs*) di bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah.

RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung pembangunan sektor kesehatan. RSUP Prof. dr. I.G.N.G sebagai Badan Layanan Umum (BLU) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) vertikal di bawah Kementerian Kesehatan RI yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola pengelolaan keuangannya memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Hal ini diamanatkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum pada Bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1 ayat 1 dan 3.

II. LATAR BELAKANG

Upaya pembangunan sektor kesehatan melalui penguatan fasilitas pelayanan kesehatan mengacu pada penetapan program – program strategis untuk lebih jelas dan terarah mencapai visi, misi, dan tujuan strategis dalam meningkatkan kinerja. Mengacu pada visi Presiden RI, Kementerian Kesehatan RI dan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024, maka Visi RSUP Prof. dr. I. G.N.G. Ngoerah yaitu:

“ MENJADI RUMAH SAKIT UNGGUL DAN MANDIRI TAHUN 2024”

Berdasarkan Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Prof. dr. I. G. N. G. Ngoerah mempunyai misi yaitu:

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

5. Membangun jejaring kesehatan dan Kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Analisis SWOT dan perhitungan dengan menggunakan Diagram Kartesius menyebutkan bahwa posisi RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah terletak pada Kuadran I yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. Strategi yang ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi integrasi horizontal, dan strategi integrasi kedepan (*forward*).

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan dan Analisis *Balance Score Card* menjadi dasar penetapan tujuan strategis RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah, yaitu:

1. Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri, dan Terjangkau
2. Terselenggaranya pendidikan dan penelitian yang berdaya saing dan berbudaya
3. Terwujudnya tata Kelola rumah sakit yang baik

Implementasi dari Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024 untuk mencapai visi, misi dan tujuan strategis dalam bentuk Program Kerja RSUP Prof dr. I.G.N.G Ngoerah perlu disusun dan pelaksanaannya melibatkan peran Direktorat di lingkungan RSUP Prof. dr. I. G.N.G Ngoerah dalam pelaksanaan dan pencapaian target – target sasaran strategis yang telah ditetapkan, yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian, serta Direktorat Layanan Operasional. Hal ini didasarkan pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah pada Pasal 3 menyebutkan bahwa dokumen penetapan kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/kesepakatan kinerja/perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki oleh instansi.

III. TUJUAN

A. Tujuan Umum

Dokumen Program Kerja RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah disusun sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatan, memantau, serta mengendalikan capaian kinerja organisasi

B. Tujuan Khusus

1. Menjadi panduan dalam langkah – langkah pelaksanaan kegiatan
2. Untuk mengetahui penanggungjawab kegiatan
3. Untuk mengetahui sasaran, tujuan, dan waktu pelaksanaan kegiatan sebagai bahan melaporkan capaian realisasi kinerja dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok dalam program kerja adalah menjabarkan visi, misi dan tujuan strategis RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah yang selanjutnya dituangkan dalam program strategis dan rencana aksi kegiatan di tahun 2024.

A. Sasaran Strategis RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah

1. Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal
2. Tersedianya pelayanan unggulan
3. Tersedianya sumber daya diklit yang optimal
4. Terwujudnya peningkatan akses, mutu, dan keselamatan pasien
5. Terwujudnya kepuasan stakeholder
6. Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat
7. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik
8. Indikator kinerja terpilih aspek layanan + Direktif aspek klinis
9. Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal
10. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit
11. Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri
12. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4
13. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5
14. RPJMN Direktif Ditjen Yankes
15. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
16. Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
17. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional
18. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan
19. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
20. Pemenuhan Akuntabilitas BLU
21. Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan
22. Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

B. Program dan Kegiatan RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah tahun 2024 sebagai berikut:

- a. RSB
- b. KPI
- c. Program Transformasi Kesehatan
 - Program Pengampuan Kanker
 - Program Pengampuan Jantung
 - Program Pengampuan Stroke
 - Program Pengampuan Uronefro
 - Program Kesehatan Ibu dan Anak
 - Program Kesehatan 9 area klinis prioritas

- Program BGSi
- Program Pelayanan *Beauty and Wellness*

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Cara melaksanakan kegiatan dengan membagi program tersebut kepada Direktorat terkait sesuai tugas pokok dan fungsinya sebagai penanggungjawab kegiatan. Pelaksanaan kegiatan dikumpulkan hasilnya serta dilaporkan secara berkala kepada Direktur Utama. Pengukuran kinerja RSUP Prof.dr. I.G.N.G. Ngoerah dilakukan dengan cara:

1. Membandingkan capaian kinerja dengan standar
2. Membandingkan capaian kinerja dengan target
3. Membandingkan capaian kinerja dengan tahun berjalan dengan capaian kinerja tahun sebelumnya
4. Membandingkan capaian kinerja dengan RSUP vertikal Kementerian Kesehatan dengan tipe yang sama

VI. SASARAN

Untuk tercapainya visi dan misi rumah sakit, maka setiap sasaran strategis terdapat indikator dan target yang ingin dicapai di tahun 2024. Sasaran dan target tahun 2024 terdapat pada Tabel 1.

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal	1.	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥ 90%	Direktorat SDM dan Diklit
		2.	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja (seluruh ASN)	≥ 80%	Direktorat SDM dan Diklit
		3.	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	≥ 10%	Direktorat SDM dan Diklit
		4.	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	1 Laporan	Direktorat SDM dan Diklit
		5.	Setiap pegawai ASN wajib memiliki indikator kinerja berupa terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 (dua puluh) jam pelajaran	100%	Direktorat SDM dan Diklit
2.	Tersedianya pelayanan unggulan	6.	Persentase kematian neonatus	≤ 10%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		7.	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥ 15%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		8.	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥ 7%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		9.	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥ 4%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		10.	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥ 9%	Direktorat Medik dan Keperawatan
3.	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	11.	Peningkatan kompetensi SDM pendidik dan pelatih	≥ 90%	Direktorat SDM dan Diklit
		12.	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥ 15 pelatihan	Direktorat SDM dan Diklit

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
4.	Terwujudnya peningkatan akses, mutu, dan keselamatan pasien	13.	Penurunan persentase angka kematian Ibu	≤ 4%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		14.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%	Direktorat Layanan Operasional
		15.	Modernisasi pengelolaan keuangan BLU (penerapan aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
		16.	Peningkatan jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥ 6 RS	Direktorat Medik dan Keperawatan
		17.	Persentase pelaksanaan Sisrute	80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
5.	Terwujudnya kepuasan stakeholder	18.	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	≥ 85%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
		19.	Peningkatan kepuasan pegawai	≥ 80%	Direktorat SDM dan Diklit
6.	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	20.	Persentase peningkatan pendapatan PNBPN	≥ 10%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		21.	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥ 92%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		22.	Current Rasio	≥ 560%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
7.	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	23.	Persentase terlaksananya Manajemen Risiko di RS	≥ 90%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
		24.	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥ 90%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		25.	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip (2 kali)	100%	Direktorat Layanan Operasional
		26.	Persentase terlaksananya tata kelola mutu di RS	≥ 90%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
8.	Indikator kinerja terpilih aspek layanan + Direktif aspek klinis	27.	Pasien stroke hiperakut (<4.5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 menit	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		28.	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		29.	"Door To Baloon" Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		30.	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		31.	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena pre-eklampsia/eklampsia	≤10%	Direktorat Medik dan Keperawatan
9.	Transformasi Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal	32.	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 82%	Direktorat Medik dan Keperawatan
10.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	33.	Persentase NDR di Rumah sakit Vertikal	<2.5%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		34.	Jumlah pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan	2 Laporan	Direktorat Medik dan Keperawatan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
			prioritas di masing – masing rumah sakit		
11.	Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri	35.	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	≥10%	Direktorat Medik dan Keperawatan
12.	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	36.	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 Rumah Sakit	Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat SDM dan Diklit
13.	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 5	37.	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 Rumah Sakit	Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat SDM dan Diklit
14.	RPJMN Direktif Ditjen Yankes	38.	Waktu Tanggap operasi section cesaria Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
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%	Direktorat SDM dan Diklit
16.	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	40.	Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama	3 Layanan	Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat SDM dan Diklit
		41.	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	250 Sampel	Direktorat SDM dan Diklit
17.	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	42.	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
		43.	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	≥ 80%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan
		44.	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan – Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non – medis < 24 jam	100%	Direktorat Layanan Operasional
		45.	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis – Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih > 80%	≥ 80%	Direktorat Medik dan Keperawatan
		46.	Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
18.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	47.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit Vertikal sesuai standar	≥ 90%	Direktorat Layanan Operasional
		48.	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	≥ 90%	Direktorat Layanan Operasional
19.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	49.	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	Direktorat Layanan Operasional
		50.	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	≥ 75%	Direktorat Layanan Operasional
20.	Pemenuhan Akuntabilitas BLU	51.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥ 95%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan,
		52.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥ 90%	Direktorat Layanan Operasional, Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, Direktorat SDM dan Diklit
		53.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥ 96%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		54.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥ 90%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama	Target 2023	PIC
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
		55.	Persentase nilai EBITDA Margin	≥ 15%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
21.	Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan	56.	Persentase Pencapaian Target BNPB BLU	100%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		57.	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3.5	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		58.	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	≥ 93.75%	Direktorat Layanan Operasional
		59.	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	≥ 80%	Direktorat SDM dan Diklit
22.	Manajemen Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	60.	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		61.	Cash Flow	Positif	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		62.	Pendapatan	Linear	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		63.	Beban	Linear	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		64.	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan	≤ 50%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		65.	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	≤ 25%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		66.	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	≤ 20%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		67.	Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan	≤ 15%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		68.	Days Receivable Turnover	≤ 40%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		69.	Days Inventory Turnover	≤ 60%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan
		70.	Days Payable Turnover	≤ 60%	Direktorat Perencanaan dan Keuangan

**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 Sisute	≥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 PNEP	≥10%
		21	Rasio PNEP 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	1 Rumah Sakit
14	RPJMN Didektif 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 kecapatan 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 PNBP 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
TOTAL		1.287.075.278.000

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

Lampiran 2. Kamus Indikator

1. Peningkatan Persentase Kompetensi SDM Pemberi Pelayanan

a.	Judul Indikator	Peningkatan persentase Kompetensi SDM pemberi pelayanan
b.	Dasar Pemikiran	Peningkatan pengembangan kualifikasi kompetensi dan pendidikan SDM pemberi pelayanan sesuai dengan Prioritas pelayanan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayanan unggulan dan pelayanan prioritas
e.	Definisi Operasional	Persentase SDM pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan
j.	Target Pencapaian	≥90%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: SDM yang memenuhi kriteria Tugas Belajar SDM yang diusulkan dari unitnya untuk mengikuti pelatihan Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan}}{\text{Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
p.	Besar Sampel	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggungjawab	Manajer Pendidikan dan Pelatihan

k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah PNS yang dilakukan mutasi sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh PNS}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja SDM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja SDM
p.	Besar Sampel	Total sampel
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggungjawab	Manajer SDM

4. Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai Di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan

a.	Judul Indikator	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Jumlah satuan laporan
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah laporan implementasi reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan
i.	Denominator (penyebut)	Target capaian (1)
j.	Target Pencapaian	1 Laporan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	<p>Jumlah laporan implementasi reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan</p> <hr/> <p style="text-align: center;">1</p>
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja SDM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Tim Kerja SDM
p.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
q.	Penanggungjawab	Manajer SDM

r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggungjawab	Manajer SDM

6. Persentase Kematian Neonatus

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Neonatus
b.	Dasar Pemikiran	Neonatus adalah sebutan bagi bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari. Bayi usia kurang dari satu bulan mempunyai tubuh yang sangat lemah dan rentan terkena penyakit. Itulah kenapa bayi yang baru lahir perlu mendapatkan perhatian khusus supaya kesehatannya tetap optimal. Sebab jika tidak, hal ini bisa berakibat fatal dan menyebabkan kematian pada bayi baru lahir seperti Asfiksia, infeksi dan berat badan lahir rendah.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui gambaran persentase kematian neonatus
e.	Definisi Operasional	Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari
j.	Target Pencapaian	≤10%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari}}{\text{Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kerta kerja angka kematian neonatus
p.	Besar Sampel	Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak

7. Peningkatan Jumlah Kunjungan Pasien Jantung

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Kunjungan Pasien Jantung
b.	Dasar Pemikiran	Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) merupakan salah satu pelayanan unggulan di RSUP Sanglah Denpasar yang memiliki fasilitas, prasarana, maupun SDM, yang menangani berbagai jenis penyakit jantung dan pembuluh darah pada berbagai usia.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien jantung di poliklinik PJT RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RSUP Sanglah Denpasar. Pelayanan di PJT menghasilkan layanan spesialisik dan subspecialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga untuk itu diperlukan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥15%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan layanan di Poliklinik PJT Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y} - \text{Tahun Y-1}}{\text{Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi PJT
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja kunjungan pasien di PJT
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien PJT
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Manajer Pelayanan Medik

8. Peningkatan Jumlah Layanan Kemoterapi Day Care

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i>
b.	Dasar Pemikiran	Instalasi Kanker terpadu adalah unit pelayanan medik dan penunjang yang memberikan pelayanan pada penderita kanker di RSUP Sanglah Denpasar, salah satunya adalah pelayanan kemoterapi <i>day care</i> . Pelayanan kemoterapi <i>day care</i> merupakan salah satu pengembangan pelayanan untuk para pasien kanker. Dengan pelayanan kemoterapi <i>Day Care</i> ini, maka memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu RSUP Sanglah Denpasar
e.	Definisi Operasional	Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i> adalah pelayanan kemoterapi yang diberikan kepada pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi dengan regimen yang diberikan dalam waktu kurang dari 6 jam
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥7%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien kemoterapi yang mendapatkan layanan <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi } day care \text{ pada periode Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{Jumlah kunjungan pasien kemoterapi } day care \text{ pada periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Kanker Terpadu
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja pasien kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien pasien kemoterapi <i>day care</i> instalasi kanker Terpadu
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Manajer Pelayanan Medik

9. Peningkatan Jumlah Pasien Operasi

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi
b.	Dasar Pemikiran	Kamar operasi merupakan salah satu sumber daya yang dimiliki oleh RS yang memerlukan pengelolaan dengan baik karena melibatkan banyak sumber daya terutama sarana prasarana peralatan yang canggih, mahal serta mengikuti perkembangan teknologi kedokteran sehingga perlu ada upaya untuk meningkatkan utilisasi kamar operasi serta pengaturan pengoperasiannya
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran tingkat utilisasi kamar operasi dalam kegiatan operasi elektif serta peran KSM dan DPJP dalam perencanaan operasi
e.	Definisi Operasional	Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi
f.	Jenis Indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi
j.	Target Pencapaian	≥4%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua tindakan yang dilakukan oleh DPJP di kamar operasi Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{J \text{ Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y} - \text{Tahun Y-1}}{\text{Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja tindakan operasi per kamar operasi di seluruh kamar operasi
p.	Besar Sampel	Total sampling tindakan operasi di kamar operasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

11. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

a.	Judul Indikator	Persentase Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik Klinis dan SDM Diklat
b.	Dasar Pemikiran	Dengan peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk meningkatkan kompetensi Clinical Teacher dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik.
e.	Definisi Operasional	Rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah SDM Pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT dan Jumlah SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
i.	Denominator (penyebut)	Total seluruh SDM Pendidik Klinis Jml seluruh SDM Diklat yang memenuhi persyaratan pelatihan
j.	Target Pencapaian	≥90%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: SDM RS yang ditetapkan dengan SK sebagai pendidik klinis SDM yang bekerja di Bagian Diklat Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Rata-rata = Persentase SDM pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT + Persentase SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklat
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklat
p.	Besar Sampel	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Manajer Pendidikan dan Pelatihan

13. Penurunan Persentase Angka Kematian Ibu

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Ibu
b.	Dasar Pemikiran	Tingginya kematian Ibu disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosis dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran angka kematian Ibu di RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Persentase Kematian Ibu adalah jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri dibagi jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Pelatihan
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Prof. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	≤ 4 %
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetric}}{\text{Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja angka kematian ibu
p.	Besar Sampel	Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak

14. Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang

a.	Judul Indikator	Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.
b.	Definisi Operasional	Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100
d.	Sumber Data	Laporan Pemantauan RME Rumah Sakit Vertikal
e.	Target	100
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

15. Modernisasi pengelolaan keuangan BLU (penerapan aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)

Area	: Manajerial																																																																																																												
Perspektif	: <i>Learning and Growth</i>																																																																																																												
Sasaran Strategis	: Pengembangan Sistem Informasi Badan Layanan Umum																																																																																																												
Indikator Kinerja Utama	: Persentase Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU																																																																																																												
Dimensi Mutu	: Sistem Informasi BLU yang andal dan modern																																																																																																												
Tujuan	: Mengukur tingkat modernisasi BLU dalam rangka peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data dalam rangka pengambilan keputusan (<i>decision support system</i>).																																																																																																												
Definisi Operasional	: Modernisasi Pengelolaan BLU adalah Pemanfaatan teknologi informasi dalam rangka pengelolaan BLU untuk menyajikan data dan informasi kepada internal dan eksternal secara handal yang dilakukan dengan pengembangan sistem informasi terintegrasi sehingga sumber daya dapat dikelola secara efektif dan efisien dan meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.																																																																																																												
Formula	: Persentase penyelesaian pengembangan modernisasi BLU pada tahun 2023 terdiri dari 5 (lima) tahapan dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan : Penyelesaian Tahapan:																																																																																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uraian</th> <th>Skor / tahap</th> <th>Bobot (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Integrasi Data</td> <td></td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Permintaan secret key development</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Data terkirim pada server development</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i></td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Pengembangan webservice pada Tahap Production</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Permintaan secret key production</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Data terkirim pada server production</td> <td>18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS).</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Analitika Data</td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>a. Dashboard Layanan (aplikasi)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Jumlah pengguna layanan</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Hasil survey pengguna layanan</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+saldo berjalan= saldo akhir)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Menampilkan saldo rekening BLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Dashboard SDM—non Aplikasi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) Komposisi SDM (asn, non asn)</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) Analisis beban kerja</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i></td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Uraian	Skor / tahap	Bobot (%)	Integrasi Data		40	a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development			1) Permintaan secret key development	2		2) Data terkirim pada server development	10		3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i>	8		b. Pengembangan webservice pada Tahap Production			1) Permintaan secret key production	2		2) Data terkirim pada server production	18		c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice			1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)	30		- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.			2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS).			- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis			- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.			- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter	30		Analitika Data		20	a. Dashboard Layanan (aplikasi)			1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)	12		2) Jumlah pengguna layanan	3		3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)	3		4) Hasil survey pengguna layanan	3		5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	9		b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)			1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU	6		2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+saldo berjalan= saldo akhir)	6		3) Menampilkan saldo rekening BLU	6		4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)	6		5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	6		c. Dashboard SDM—non Aplikasi			1) Komposisi SDM (asn, non asn)	6		2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.	6		3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)	2		4) Analisis beban kerja	2		5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)	2		6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i>	2	
Uraian	Skor / tahap	Bobot (%)																																																																																																											
Integrasi Data		40																																																																																																											
a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development																																																																																																													
1) Permintaan secret key development	2																																																																																																												
2) Data terkirim pada server development	10																																																																																																												
3) Pengiriman dilakukan dengan <i>scheduler/automation</i>	8																																																																																																												
b. Pengembangan webservice pada Tahap Production																																																																																																													
1) Permintaan secret key production	2																																																																																																												
2) Data terkirim pada server production	18																																																																																																												
c. Kelengkapan Pengiriman Data Melalui Webservice																																																																																																													
1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)	30																																																																																																												
- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.																																																																																																													
2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS).																																																																																																													
- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis																																																																																																													
- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.																																																																																																													
- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter	30																																																																																																												
Analitika Data		20																																																																																																											
a. Dashboard Layanan (aplikasi)																																																																																																													
1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)	12																																																																																																												
2) Jumlah pengguna layanan	3																																																																																																												
3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)	3																																																																																																												
4) Hasil survey pengguna layanan	3																																																																																																												
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	9																																																																																																												
b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)																																																																																																													
1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU	6																																																																																																												
2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+saldo berjalan= saldo akhir)	6																																																																																																												
3) Menampilkan saldo rekening BLU	6																																																																																																												
4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)	6																																																																																																												
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	6																																																																																																												
c. Dashboard SDM—non Aplikasi																																																																																																													
1) Komposisi SDM (asn, non asn)	6																																																																																																												
2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.	6																																																																																																												
3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)	2																																																																																																												
4) Analisis beban kerja	2																																																																																																												
5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)	2																																																																																																												
6) <i>Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)</i>	2																																																																																																												

d. Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin Dashboard pendukung dibuat berdasarkan pedoman dashboard yang ada di komponen penilaian maturity rating. (Non Aplikasi)		20
Dashboard yang terdapat dalam Komponen Penilaian Maturity Rating :		
1	Pemantauan Kinerja Alur Proses Bisnis Organisasi	
2	Pemantauan Aktivitas Pengelolaan TI	
3	Pemantauan Kinerja pengelolaan Layanan Kepada Masyarakat	
4	Pemantauan Proses Pengembangan Inovasi Layanan	
5	Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan (internal/eksternal)	
6	Pemantauan Proses Manajemen Pengetahuan	
7	Pemantauan Capaian Rencana Strategis	
8	Pemantauan Penerapan Kode Etik Organisasi	
9	Pemantauan Kinerja terhadap Pengelolaan Hubungan dengan Stakeholder	
10	Pemantauan Risiko Organisasi	
11	Pemantauan Aktivitas Pengawasan dan Pengendalian Organisasi	
12	Pemantauan Proses Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan	
13	Pemantauan Proses Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	
Sistem Informasi Manajemen		20
a. Sistem Informasi Keuangan aplikasi (non SAKTI) kas basis /transaksi jurnal harian		
1) Pencatatan penerimaan	6	
2) Pencatatan pengeluaran	6	
3) Pencatatan saldo rekening	8	
b. Sistem Informasi Layanan (aplikasi)	48	
1) Pencatatan transaksi layanan utama		
- Rawat jalan: jml kunjungan per poli		
- Rawat inap: jml pasien + kelas pasien		
- Laboratorium: jml pasien per parameter		
2) Integrasi dengan sistem keuangan		
(untuk layanan umum, pendaftaran – data pasien - koneksi ke tarif layanan s.d. pembayaran)	12	
c. Sistem Informasi SDM (aplikasi)		
1) Pencatatan data SDM	12	
* Rekam, Ubah, Hapus data SDM (rekrutmen, pemberhentian, perubahan status SDM)		
2) Pencatatan perhitungan kinerja SDM (e-kinerja)	8	
Website		10
a. Performa Website (GT metrix)	40	
1) Pengujian > 40% (bobot 100%)		
2) Pengujian 20 % s.d. 40% (bobot 75%)		
3) Pengujian < 20% (bobot 50%)		
b. Fungsi Website		
1) Informasi profil BLU	12	
2) Informasi layanan BLU	12	
3) Laporan Kinerja & Laporan Tahunan BLU	12	
4) Fitur sarana pengaduan	12	
5) Fitur survey layanan pengguna- saran masukan	12	
Operasionalisasi BIOS		10

	<p>Kelengkapan Data pada Modul BIOS:</p> <p>a. Profil BLU</p> <ul style="list-style-type: none"> informasi umum, organisasi, pejabat dan pegawai, logo dan struktur, SWOT <p>b. Data Layanan (Bulanan) (otomatis tercapai jika capaian tahap I =100%) (bagi BLU belum Web Service)</p> <ul style="list-style-type: none"> layanan kesehatan Layanan lainnya <p>c. Data Keuangan</p> <ul style="list-style-type: none"> penyampaian/upload Catatan Atas Laporan Keuangan BLU, (periode sebelumnya, baik Triwulanan, Semesteran, Tahunan Unaudited, Tahunan Audited) <p>d. Rencana Bisnis Anggaran dan Rencana Strategis Bisnis</p> <ul style="list-style-type: none"> melakukan upload dokumen RSB dan RBA terbaru yang masih berlaku, pada menu Renstra Bisnis dan RBA. <p>e. Pengelolaan Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> input data kontrak kinerja pada modul pengelolaan kinerja <p>f. Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> melakukan upload dokumen SOP terbaru yang masih berlaku, sesuai dengan jenis dokumennya pada BIOS <p>g. Pembinaan</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaan Dit. PPK BLU dan Kanwil <p>h. Dewas</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan tanggapan atas rekomendasi pada Laporan Dewas, dan sudah menyusun rencana aksi atas rekomendasi dan saran dewas Periode Pelaporan Terakhir (semesteran sebelumnya) 	10	
	<p>Tarif dan Remunerasi</p> <p>a. pengajuan remunerasi baru/revisi pada modul remunerasi (jika ada)</p> <p>b. Melakukan proses pengajuan usulan tarif baru/revisi (jika ada). Melakukan input/upload Data Tarif</p>	10	
		10	

Kecepatan Penyelesaian:

Tambahan capaian dapat diklaim jika penyelesaian tiap tahap telah mencapai 100%.

Bobot Kecepatan penyelesaian capaian dihitung secara proporsional sebagai berikut (bobot untuk pencapaian 100% pertama kali dalam Triwulan yang bersangkutan):

Uraian	poin	Tw I	Tw II	Tw III	Tw IV
Integrasi Data	5	100%	75%	50%	25%
Website	5	100%	100%	75%	50%
Sistem Informasi Manajemen	5	100%	100%	100%	75%
Analitika Data	5	100%	100%	100%	100%

Dalam hal capaian triwulan sebelumnya sudah tercapai 100%, bobot triwulan berjalan mengikuti triwulan sebelumnya sepanjang capaian triwulan berjalan mencapai 100%. Khusus untuk Indikator "Integrasi Data", capaian kecepatan dapat diklaim jika sudah selesai pengembangan di server *production* dan *endpoint* data yang dikirimkan telah lengkap minimal selama 1 Triwulan.

Extra Miles: *Extra Miles* merupakan capaian tambahan yang mendukung capaian indikator utama. dan hanya dapat diklaim 1 kali dalam 1 tahun.

Tahapan	Uraian	Extra Miles	Poin	Ket
I	Integrasi Data	Kelengkapan Jangka Waktu Pengiriman Data	6 3 3	1x Maks 12
II	Analitika Data	a. Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data b. Analisis data pada level Prediktif / Preskriptif [Laporan Penelitiandan/atau Analisis data tentan keuangan atau layanan BLU] (persyaratan matrat lv 5)		1x tiap triwulan (judul berbeda)
III	Sistem Informasi Manajemen	Penyediaan aplikasi <i>mobile</i> untuk pemberian layanan		1x
IV	Website	Website muncul pada hal pertama <i>search engine</i> (SEMaksimal urutan ke - 3		tiap triwulan

Bobot Extra miles**Tahap I Integrasi Data:**

No	Kelengkapan Data Terkirim	Bobot	Poin x bobot
1	Mulai 1 Januari 2022	50%	6
2	Mulai 1 Januari 2021	25%	3
3	Mulai 1 Januari 2020	25%	3

Tahap II Analitika Data:

- Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data (50%)
- Analisis data pada level Prediktif / Preskriptif (50%)

Tahap III Sistem Informasi Manajemen Penyediaan aplikasi *mobile* untuk pemberian layanan (100%)

Tahap IV Website muncul pada urutan antara 1 s.d. 3 pada halaman pertama *search engine* Google (SEO) dengan kata kunci nama BLU bersangkutan (100%)

	:	<p>Penghitungan Capaian = Persentase Penyelesaian Tahapan + Persentase <i>Extra Miles</i> + Persentase Kecepatan Penyelesaian $\sum(\text{poin tahapan} * \text{bobot}) + \sum(\text{poin extra mils} * \text{bobot}) + \sum(\text{poin kecepatan} * \text{bobot})$</p> <p>Capaian tambahan terdiri dari 2 komponen yaitu Kecepatan Penyelesaian (max. 20 poin) dan <i>Extra Miles</i> (max. 30 poin), untuk pembobotan dilakukan secara proporsional. <i>Extra Miles</i> dapat dikerjakan beriringan dengan indikator utama.</p> <p>Contoh perhitungan realisasi Triwulanan :</p> <p>1. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di Triwulan I sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2022; • Menyelesaikan tahapan analitika data kurang dashboard pendukung (poin 80) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, belum memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU; • Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan; • Menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan I dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google. • Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 100% Maka capaiannya adalah : <ul style="list-style-type: none"> • Penyelesaian Tahapan: $= ((100 * 40\%) + (80 * 20\%) + (80 * 20\%) + (100 * 10\%) + (100 * 10\%))$ $= (40 + 16 + 16 + 10 + 10)$ $= 92$ • Extra Miles: $= ((12 * 50\%) + (8 * 50\%) + 0 + (4 * 100\%))$ $= (6 + 4 + 0 + 4)$ $= 14$ • Kecepatan Penyelesaian $= ((5 * 100\%) + 0 + 0 + (5 * 100\%))$ $= (5 + 0 + 0 + 5)$ $= 10$ • Total Nilai $= 116$ <p>2. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di triwulan II sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2021; • Menyelesaikan seluruh tahapan analitika data (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, sdh memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan; • Menyelesaikan tahapan website 80% (karena performance website turun) pada triwulan II dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google. • Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 100%. Maka capaiannya adalah : <ul style="list-style-type: none"> • Penyelesaian Tahapan: $= ((100 * 40\%) + (100 * 20\%) + (80 * 20\%) + (80 * 10\%) + (100 * 10\%))$ $= (40 + 20 + 16 + 8 + 10)$ $= 94$ • Extra Miles: $= ((12 * 25\%) + (8 * 50\%) + (6 * 100\%) + (4 * 100\%))$ $= (3 + 4 + 6 + 4)$ $= 17$ • Kecepatan Penyelesaian $= ((5 * 100\%) + (5 * 100\%) + 0 + 0)$ $= (5 + 5 + 0 + 0)$ $= 10$ • Total Nilai $= 121$ <p>3. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU B di triwulan III sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baru menyelesaikan tahapan integrasi data s.d. tahap Production, poin = 40 ; • Baru menyelesaikan seluruh tahapan analitika data pada Triwulan III (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU; • Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen, belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi <i>mobile</i> untuk layanan; • Baru menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan III dan tidak muncul di halaman pertama mesin pencari Google. • Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 80 (tidak mengupload RBA dan tidak menginput data kontrak kinerja). <p>Maka capaiannya adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyelesaian Tahapan: $= ((40 * 40\%) + (100 * 20\%) + (80 * 20\%) + (100 * 10\%) + (80 * 10\%))$ $= (16 + 20 + 16 + 10 + 8)$ $= 70$ • Extra Miles: $= (0 + (8 * 100\%) + 0 + 0)$ $= (0 + 8 + 0 + 0)$ $= 8$ • Kecepatan Penyelesaian $= (0 + (5 * 100\%) + 0 + (5 * 75\%))$ $= (0 + 5 + 0 + 3,75)$ $= 8,75$ • Total Nilai $= 86,75$
Satuan Pengukuran	: Persentase (%)
Jenis Konsolidasi Periode	: <i>Take Last Known</i>
Standar	: 100%
Polarisasi Indikator Kinerja	: Maximize (semakin tinggi capaian semakin baik)
Periode Pelaporan	: Triwulanan

Sumber Data	:	1. Data pada BIOS 2. Sistem Informasi pada BLU 3. Data Primer sebagai bahan uji dan pembandingan
Kriteria Penilaian Kotrak Kinerja	:	$C_n = \left\{ \left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p> S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Total Nilai Capaian α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%) </p>
Penanggungjawab	:	Kepala Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

17. Persentase pelaksanaan Sisrute

a.	Judul Indikator	Persentase pelaksanaan sisrute
b.	Dasar Pemikiran	Salah satu tolak ukur mutu layanan di ruang emergensi adalah <i>respon time</i> terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sisrute.
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan <i>respon time</i> kurang dari 1 jam 75%
e.	Definisi Operasional	Sistem rujukan yang terintegrasi
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien gawat; pasien darurat dan pasien gawat darurat Kriteria Eksklusi: Situasi bencana (disaster) / musibah massal
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD/Aplikasi Sisrute
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja Waktu tanggap kedaruratan di IGD
p.	Besar Sampel	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala IGD

q.	Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>
r.	Periode Pengumpulan Data	Semesteran
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Manajer Pelayanan Keperawatan

20. Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP

a.	Judul Indikator	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor : 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui besaran peningkatan pendapatan PNBP setiap tahunnya
e.	Definisi Operasional	Kemampuan Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan pendapatan PNBP setiap tahun
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Penerimaan Tahun Berjalan dikurangi Penerimaan Tahun Sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Penerimaan Tahun Sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥10%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh Penerimaan PNBP Kriteria Eksklusi: Selain Penerimaan PNBP
l.	Formula	$\frac{\text{Penerimaan Periode Tahun Y} - \text{Tahun Y-1}}{\text{Penerimaan Periode Tahun Y-1}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Studi Dokumentasi
n.	Sumber Data	Laporan Penerimaan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
p.	Besar Sampel	Total Penerimaan PNBP RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	Studi Dokumentasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	<input checked="" type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Manajer Pelaksanaan Keuangan

27. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 Jam) Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	<i>Safety, Timely</i>
d.	Tujuan	Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuai standar. Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke Hiperakut
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke Iskemik hiperakut (≤ 4,5 jam) yang masuk RS melalui IGD Kriteria Eksklusi: Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan airway, breathing, circulation
l.	Formula	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit _____ X100% Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
r.	Cara Pengambilan Sampel	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> Run chart
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Ketua KSM Neurologi

28. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	√ Efektif (effective) √ Tepat waktu (timely) √ Efisien (efficient)
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan.
e.	Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atau anthracycline based di ruang rawat inap
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria	Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap Pasien mendapatkan regimen taxan based atau anthracycline based Eksklusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, clinical pathway)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	Random sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
s.	Penyajian Data	Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap tiga bulan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Kanker Terpadu

29. "Door To Balloon" Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI

a.	Judul Indikator	"Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI
b.	Dasar Pemikiran	High risk: Keterlambatan penanganan pasien ST elevation myocardial infarction (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE (Major Adverse Cardiac Events). High volume: Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke 40%. High cost: Pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yang akan mengakibatkan biaya pengobatan yang dikeluarkan lebih besar.
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
e.	Definisi Operasional	Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 menit.
f.	Jenis Indikator	Proses dan outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Balloon Time ≤ 90 menit
i.	Denominator (penyebut)	Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer (Primary PCI) sesuai indikasi.
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria	Kriteria inklusi : Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI) Kriteria eksklusi : Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan Pasien yang direncanakan tindakan trombolitik tetapi pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasti koroner primer Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, respiratory failure, aritmia maligna (VT-VF) STEMI yang disertai dengan COVID baik suspek terkonfirmasi maupun probable
l.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
m.	Sumber Data	Rekam Medis
n.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
o.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
p.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
q.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
r.	Penyajian Data	Run chart, Grafik
s.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan
t.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu

30. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi Dialisis

a.	Judul Indikator	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien PGK
e.	Definisi Operasional	Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
f.	Jenis Indikator	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO secara keseluruhan
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO Kriteria Eksklusi: Pasien dengan Gangguan Ginjal Akut, pasien Acute on CKD
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam}}{\text{Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan (Sub Instalasi Hemodialisa)

31. Kejadian Kematian Ibu Saat Persalinan Karena Pre-Eklampsia/Eklampsia

a.	Judul Indikator	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan preeklampsia/eclampsia untuk mencegah kematian ibu di RS
e.	Definisi Operasional	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase)
f.	Jenis Indikator	Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
j.	Target Pencapaian	≤10%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Ibu dengan pre eklampsia/eklampsia di Rumah Sakit Kriteria Eksklusi: Ibu dengan penyakit dan komorbid selain preeklampsia/eklampsia
l.	Formula	$\frac{\text{Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan}}{\text{Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsia pada periode perhitungan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak

32. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

a	Judul Indikator	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
b	Dasar Pemikiran	Undang-Undang tentang Rumah Sakit. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan, walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan tindakan diagnosis dan atau pengobatan/ perawatan pasien. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
c	Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
d	Tujuan	Untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
e	Definisi Operasional	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. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di Poliklinik tujuan. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit, kecuali: <input type="checkbox"/> Pelayanan Poliklinik Mata < 180 menit <input type="checkbox"/> Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi < 180 menit <input type="checkbox"/> Pelayanan Poliklinik Orthopedi < 180 menit
f	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g	Satuan Pengukuran	Persentase
h	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan ≤ 120 menit
i	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
j	Target Pencapaian	≥ 82%
k	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Kriteria eksklusi: 1. Pasien yang mendapatkan tindakan yang membutuhkan waktu > 30 menit, misal nya: perawatan luka pasca operasi, terapi inhalasi, 2. Pasien Medical Ceck Up (MCU) 3. Pasien yang batal berobat 4. Mendapatkan resep racikan 5. Dilakukan pemeriksaan pada 2 atau lebih Poliklinik
l	Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan Catatan waktu penyerahan obat
o	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Perhitungan Waktu Pelayanan Rawat jalan
p	Besar Sampel	Seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang memenuhi kriteria

q	Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random sampling</i> (berdasar poliklinik rawat jalan)
r	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
s	Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input checked="" type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

33. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

a.	Judul Indikator	Persentase nilai EBITDA Margin
b.	Definisi Operasional	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100
d.	Sumber Data	SIRS
e.	Target	<2.5 Jika capaian NDR RS tahun 2024 $\geq 2,5$ maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5% Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024
f.	Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

34. Jumlah Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing – Masing Rumah Sakit

a.	Judul Indikator	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit
b.	Definisi Operasional	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan
c.	Cara Perhitungan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
d.	Sumber Data	Catatan Rekam medik
e.	Target	2 Laporan
f.	Penanggungjawab	Ketua Komite Medik

35. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN

a.	Judul Indikator	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
b.	Definisi Operasional	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal
c.	Cara Perhitungan	(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
d.	Sumber Data	data jumlah pasien di rumah sakit
e.	Target	≥10%
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

36. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama

a.	Judul Indikator	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama
b.	Definisi Operasional	Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK
c.	Cara Perhitungan	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal
d.	Sumber Data	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
e.	Target	1 Rumah Sakit
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelayanan Medik

37. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya

a.	Judul Indikator	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya
b.	Definisi Operasional	Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK
c.	Cara Perhitungan	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal
d.	Sumber Data	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
e.	Target	4 Rumah Sakit
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelayanan Medik

38. Waktu Tanggap Operasi Section Cesaria Darurat dalam Waktu Kurang atau sama dengan 30 Menit

a.	Judul Indikator	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit
b.	Definisi Operasional	SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus)
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100 Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2
d.	Sumber Data	Laporan kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2
e.	Target	80
f.	Penanggungjawab	Kepala IGD

39. Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung 9 Layanan Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan

a.	Judul Indikator	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan
b.	Definisi Operasional	persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.
c.	Cara Perhitungan	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%
d.	Sumber Data	Laporan Jumlah dan publikasi penelitian klinik di RS Pendidikan
e.	Target	≥10%
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis

40. Jumlah Layanan Berbasis Genomic Di Hubs RS Ditetapkan Oleh SK Direktur Utama

a.	Judul Indikator	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS
b.	Definisi Operasional	Jumlah layanan genomic yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kumulatif layanan genomic yang tersedia di seluruh hubs
d.	Sumber Data	SK Dirut tentang penetapan pelayanan berbasis genomic
e.	Target	3 Layanan
f.	Penanggungjawab	Manajer Penelitian

41. Terlaksananya Rekrutmen Sample untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

a.	Judul Indikator	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS
b.	Definisi Operasional	Jumlah layanan genomic yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kumulatif layanan genomic yang tersedia di seluruh hubs
d.	Sumber Data	SK Dirut tentang penetapan pelayanan berbasis genomic
e.	Target	250 sampel
f.	Penanggungjawab	Manajer Penelitian

42. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

a.	Judul Indikator	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional
b.	Definisi Operasional	Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN
c.	Cara Perhitungan	Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan peninjauan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.
d.	Sumber Data	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi
e.	Target	1 layanan
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelayanan Medik

43. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

a.	Judul Indikator	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
b.	Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar 2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit
c.	Cara Perhitungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Parkir b. Ruang Tunggu c. Taman d. Toilet Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung. Rumus = (jumlah skor/400) x 100% 2. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit) Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan
d.	Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi 2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV
e.	Target	80%
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

44. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan – Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non – medis < 24 jam

a.	Judul Indikator	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
b.	Definisi Operasional	Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam
c.	Cara Perhitungan	Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Terpenuhi jika capaian 100%
d.	Sumber Data	1. Observasi 2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV
e.	Target	80%
f.	Penanggungjawab	Manajer Hukum dan Hubungan Masyarakat

45. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis – Tercapainya output klinis yaitu Capaian Indikator Klinis Terpilih > 80%

a.	Judul Indikator	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis
b.	Definisi Operasional	Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan sekhurusan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas
c.	Cara Perhitungan	Tercapainya output klinis yaitu Capaian indikator klinis terpilih >80%. Indikator Klinis terpilih pada RS Khusus: sesuai kekhususannya RS Umum: sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas (akan dilakukan desk) Rumus: - terlebih dulu cut-off capaian indicator dikonversi ke 80% - (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indicator klinis yang diukur)
d.	Sumber Data	1. Rekam Medis Elektronik 2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV
e.	Target	80%
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelayanan Medik

46. Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik

a.	Judul Indikator	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
b.	Definisi Operasional	Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran
c.	Cara Perhitungan	<ul style="list-style-type: none"> • Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100 • Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50 • Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100 • Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50 • <i>Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja</i> <p>Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100 Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99 nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio POBO dibagi dua.</p>
d.	Sumber Data	Laporan Keuangan Rumah Sakit
e.	Target	100%
f.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

47. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit Vertikal Sesuai Standar

a.	Judul Indikator	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.
b.	Definisi Operasional	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit
c.	Cara Perhitungan	Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK
d.	Sumber Data	ASPAK dan survei lapangan
e.	Target	90
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

48. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

a.	Judul Indikator	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
b.	Definisi Operasional	Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan
c.	Cara Perhitungan	Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.
d.	Sumber Data	ASPAK dan survei lapangan
e.	Target	90
f.	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

49. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

a.	Judul Indikator	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
b.	Definisi Operasional	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan
c.	Cara Perhitungan	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan-des) dengan capaian : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan kebersihan tangan $\geq 90\%$ 2. Kepatuhan penggunaan APD 100% 3. Kepatuhan identifikasi pasien 100% 4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi $\geq 80\%$ 5. Waktu tunggu rawat jalan $\geq 80\%$ 6. Penundaan operasi elektif $\leq 5\%$ 7. Kepatuhan waktu visit dokter $\geq 80\%$ 8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100% 9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional $\geq 90\%$ 10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) $\geq 85\%$ 11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100% 12. Kecepatan waktu tanggap complain $\geq 80\%$ 13. Kepuasan pasien IKM ≥ 80
d.	Sumber Data	Laporan INM dari Aplikasi SIMARS
e.	Target	100%
f.	Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

50. Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan

a.	Judul Indikator	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan
b.	Definisi Operasional	Budaya keselamatan adalah pada hand note
c.	Cara Perhitungan	Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ
d.	Sumber Data	Survey budaya keselamatan
e.	Target	SBK>75%
f.	Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

51. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

a.	Judul Indikator	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
b.	Definisi Operasional	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.
c.	Cara Perhitungan	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan
d.	Sumber Data	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK oleh Itjen
e.	Target	95
f.	Penanggungjawab	Kepala SPI

52. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

a.	Judul Indikator	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
b.	Definisi Operasional	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
c.	Cara Perhitungan	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya
d.	Sumber Data	OMSPAN
e.	Target	Lebih dari 90%
f.	Penanggungjawab	Manajer Tata Usaha dan Rumah Tangga, Manajer Pelaksanaan Keuangan, Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan, Manajer Pelayanan Penunjang

53. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

a.	Judul Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
b.	Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni
c.	Cara Perhitungan	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %
d.	Sumber Data	OMSPAN
e.	Target	96
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelaksanaan Anggaran

54. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

a.	Judul Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU
b.	Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
c.	Cara Perhitungan	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %
d.	Sumber Data	OMSPAN
e.	Target	(sesuai target pendapatan, minimal 90%)
f.	Penanggungjawab	Manajer Pelaksanaan Anggaran

55. Persentase nilai EBITDA Margin

a.	Judul Indikator	Persentase nilai EBITDA Margin
b.	Definisi Operasional	usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.
c.	Cara Perhitungan	$EBITDA \text{ margin} = (EBITDA \text{ dibagi Pendapatan}) \times 100\%$
d.	Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.
e.	Target	Tipe organisasi 1 diatas 20% Tipe Organisasi 2 15% Tipe Organisasi 3 10%
f.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

56. Persentase Pencapaian Target PNBP BLU

a	Area	Manajerial
b	Kategori Indikator	Persentase Pencapaian target PNBP BLU
c	Perspektif	Stakeholder Perspective
d	Sasaran Strategis	Pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent dan akuntabel
e	Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
f	Tujuan	Mewujudkan pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent dan akuntabel
g	Definisi Operasional	Persentase Pencapaian Target PNBP BLU adalah Persentase Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang diperoleh BLU dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah terikat/tidak terikat, dan hasil kerjasama BLU dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, yang tercapai sesuai dengan target dalam UU APBN tahun 2024 dan sebagaimana tercantum dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) 2024 dan DIPA Satker BLU TA 2024.
h	Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
i	Periodisasi Target IKT	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
j	Numerator	Realisasi PNBP BLU periode berkenaan
k	Denominator	Target PNBP BLU dalam satu tahun anggaran
l	Formula	$\left[\frac{\text{Realisasi PNBP BLU periode berkenaan}}{\text{Target PNBP BLU dalam satu tahun anggaran}} \right] \times 100\%$
m	Inklusi	-
n	Ekslusi	-
o	Sumber Data	Data pengesahan pendapatan dan belanja BLU (SP3B BLU) sebagaimana terdapat pada OM SPAN
p	Standar	triwulan I : 15% triwulan II/ Semester I : 40% triwulan III : 60% triwulan IV/ Semester II : 100%
q	Kriteria Penilaian Capaian Kontrak Kinerja	$C_n = \left(\left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP/ Biaya Operasional x 100%] α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1 - α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)</p>
r	Penanggungjawab	Manajer Pelaksanaan Keuangan

57. Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU

a	Area	Manajerial																											
b	Kategori Indikator	Indeks Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU																											
c	Perspektif	Keuangan																											
d	Sasaran Strategis	Perencanaan dan pelaksanaan anggaran yang berkualitas																											
e	Dimensi Mutu	Ketepatan Proyeksi Pendapatan BLU																											
f	Tujuan	Meningkatkan Kualitas Perencanaan Penganggaran BLU																											
g	Definisi Operasional	<p>1. Akurasi proyeksi pendapatan BLU mendukung pengelolaan keuangan yang baik, dan penyusunan perencanaan yang lebih akurat. Proyeksi pendapatan dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi sumber pendapatan, melakukan analisis historis dan pasar, estimasi volume layanan, serta perkiraan pertumbuhan.</p> <p>2. Perhitungan capaian dilakukan dengan cara membandingkan angka rencana pengesahan atas pendapatan yang dilakukan setiap awal bulan dengan pendapatan yang disahkan sampai dengan akhir bulan berkenaan.</p>																											
h	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan																											
i	Periodisasi Target IKT	Bulanan																											
j	Formula	<p>Indeks akurasi proyeksi pendapatan memperhitungkan sebagai berikut:</p> <p>1. Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) (40%)</p> <p>2. Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APD) (60%)</p> <p>$[Indeks\ KWP \times 40\%] + [Indeks\ APD \times 60\%] + Indeks\ Penambah\ Ketepatan\ Waktu\ Penyampaian\ (40\%)$</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Indeks 5</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU s.d tanggal 3 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4,5</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 4 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 4</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 5 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3,5</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 6 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 3</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 7 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2,5</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 8 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 2</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 9 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1,5</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 10 bulan berkenaan</td> </tr> <tr> <td>Indeks 1</td> <td>:</td> <td>Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 11 bulan berkenaan</td> </tr> </table>	Indeks 5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU s.d tanggal 3 bulan berkenaan	Indeks 4,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 4 bulan berkenaan	Indeks 4	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 5 bulan berkenaan	Indeks 3,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 6 bulan berkenaan	Indeks 3	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 7 bulan berkenaan	Indeks 2,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 8 bulan berkenaan	Indeks 2	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 9 bulan berkenaan	Indeks 1,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 10 bulan berkenaan	Indeks 1	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 11 bulan berkenaan
Indeks 5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU s.d tanggal 3 bulan berkenaan																											
Indeks 4,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 4 bulan berkenaan																											
Indeks 4	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 5 bulan berkenaan																											
Indeks 3,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 6 bulan berkenaan																											
Indeks 3	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 7 bulan berkenaan																											
Indeks 2,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 8 bulan berkenaan																											
Indeks 2	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 9 bulan berkenaan																											
Indeks 1,5	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 10 bulan berkenaan																											
Indeks 1	:	Data proyeksi pendapatan dikirim kepada PPK BLU pada tanggal 11 bulan berkenaan																											

		Akurasi Proyeksi Pengesahan (60%)
		Indeks 5 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 0% s.d 3%
		Indeks 4,5 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 3,01% s.d 5%
		Indeks 4 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 5,01% s.d 7%
		Indeks 3,5 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 7,01% s.d 10%
		Indeks 3 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 10,01% s.d 12,5%
		Indeks 2,5 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 12,51% s.d 15%
		Indeks 2 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 15,01 s.d % 17,5%
		Indeks 1,5 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan 17,51% s.d 20%
		Indeks 1 : % deviasi antara rencana dan realisasi pengesahan lebih dari 20%
k	Satuan Pengukuran	Indeks
l	Jenis Konsolidasi Periode	Average
m	Standar	Indeks 3,5
n	Polarisasi Indikator Kinerja	Maximize (semakin tinggi capaian semakin baik)
o	Periode Pelaporan	Triwulanan
p	Sumber Data	1. Monitoring Penyampaian Proyeksi 2. OMSPAN 3. DIPA Petikan BLU
q	Kriteria Penilaian Capaian Kontrak Kinerja	$C_n = \left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNB/ Biaya Operasional x 100%] α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1 - α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)</p>
r	Penanggungjawab	Manajer Pelaksanaan Keuangan

58. Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN

a	Area	Manajerial
b	Kategori Indikator	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN
c	Perspektif	Stakeholder Perspective
d	Sasaran Strategis	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)
e	Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
f	Tujuan	Memastikan kodifikasi INACBG's pada pengajuan klaim BPJS sesuai dengan informasi diagnosa yang ditegaskan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan sesuai dengan tindakan yang diterima pasien sebagaimana terdapat pada Rekam Medis/E-Rekam Medis, dan/atau hasil konfirmasi kepada Dokter Penanggungjawab Pasien
g	Definisi Operasional	<p>1). Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.</p> <p>2). BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jaminan kesehatan yaitu jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.</p> <p>3). Untuk layanan yang telah diberikan Rumah sakit kepada peserta BPJS, RS dapat mengajukan klaim kepada BPJS kesehatan sesuai dengan Tarif INA-CBG's. Tagihan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS dilakukan secara kolektif setiap bulan dimana Rumah Sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan grouper INA CBG'S dalam skema casemix.</p> <p>4). Beberapa Faktor yang mempengaruhi Ketepatan Klaim BPJS adalah :</p> <p>a. Kelengkapan pengisian Rekam Medis/e-Rekam Medis sesuai dengan ketentuan</p> <p>b. Grouper INA CBGS's yang sesuai dengan diagnosa yang ditegaskan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan sesuai dengan tindakan yang diterima pasien sebagaimana terdapat pada Rekam Medis/E-Rekam Medis</p> <p>c. Adanya proses konfirmasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien dalam hal perbedaan antara Grouper INA CBG's dengan diagnosa yang ditegaskan dan tidak sesuai dengan tindakan yang diterima Pasien</p> <p>5). Hal yang mempengaruhi capaian Indikator adalah sebagai berikut:</p> <p>a. Pemenuhan compliance kelengkapan data/penggunaan modul e-rm pada satu data kemenkes yang didapatkan dari DTO Kemenkes.</p> <p>b. Dokumen klaim diterima lengkap (BAHV) untuk pengajuan klaim reguler tiap bulan</p> <p>Penghitungan klaim sesuai periode Pelaporan IKT:</p> <p>TW1 = Januari-Februari, TW2= Maret-April-Mei, TW3= Juni-Juli-Agustus, TW4= September-Oktober-</p>

		November
h	Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
i	Periodisasi Target IKT	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
j	Numerator	[Pemenuhan compliance kelengkapan data/penggunaan modul e-rm pada satu data kemenkes] + [Persentase pengajuan klaim reguler yang lolos verifikasi (klaim layak) (jumlah klaim)]
k	Denominator	2
l	Formula	[Pemenuhan compliance kelengkapan data/penggunaan modul e-rm pada satu data kemenkes] + [Persentase pengajuan klaim reguler yang lolos verifikasi (klaim layak) (jumlah klaim)] / 2
m	Inklusi	Penyelesaian Klaim Rawat Inap
n	Ekslusi	-
o	Sumber Data	Laporan Pemenuhan compliance kelengkapan data/penggunaan modul e-rm pada satu data kemenkes, Dokumen klaim diterima lengkap untuk pengajuan klaim reguler
p	Standar	[100% + 87,5%] / 2 = 93,75 %
q	Kriteria Penilaian Capaian Kontrak Kinerja	$C_n = \left(\left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi Realisasi Ketepatan Klaim BPJS RS α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1 - α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)</p>
r	Penanggungjawab	Kepala Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien

59. Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima

a	Area	Manajerial
b	Kategori Indikator	Persentase SDM pemberi layanan yang tersertifikasi Pelayanan Prima (Service Excellent)
c	Perspektif	Learning And Growth
d	Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
e	Dimensi Mutu	Peningkatan kompetensi
f	Tujuan	Memastikan SDM pemberi layanan pada BLU Kemenkes memiliki kompetensi pelayanan prima (Service Excelent) dalam memberikan layanan kepada pelanggan (Pasien dan Keluarga pasien)
g	Definisi Operasional	<p>1). SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (yang dimaksud dalam Definisi Operasional ini) adalah: semua SDM baik tenaga medis maupun tenaga kesehatan pada BLU yang dalam memberikan layanan kesehatan berhubungan dengan pasien/keluarga pasien secara langsung maupun tidak langsung. SDM ini ditugaskan pada layanan utama maupun penunjang pada BLU. Pemimpin BLU menetapkan jumlah SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pelatihan pelayanan prima pada TA 2024.</p> <p>2). Pelayanan Prima pada lingkup Kementerian Kesehatan diatur pada Permenkes Nomor 33 Tahun 2019 Tentang Panduan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan, ruang lingkup pada Definisi Operasional ini adalah pada Pasal 17 yaitu adanya Pendidikan dan pelatihan dalam penerapan panduan perilaku interaksi Pelayanan Publik di lingkungan Kementerian Kesehatan.</p> <p>3). Sertifikasi Pelayanan Prima: Hasil dari pendidikan dan pelatihan adalah berupa sertifikat yang dikeluarkan oleh lembaga pendidikan dan pelatihan baik internal maupun eksternal untuk setiap peserta pendidikan dan pelatihan pelayanan prima. Lembaga pendidikan dan pelatihan sebagaimana diatas memiliki kompetensi untuk melaksanakan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima, yang dibuktikan dengan trainer yang bersertifikat.</p> <p>4). Pemimpin BLU pada awal tahun 2024, sebelum akhir triwulan I menetapkan:</p> <p>a. Jumlah SDM Pemberi Layanan pada BLU Kemenkes (sebagaimana dimaksud pada poin 1.) dan</p> <p>b. Jumlah SDM yang akan menjalani pendidikan dan pelatihan pelayanan prima selama satu tahun (2024) (sebanyak minimal 50%) dari jumlah SDM Pemberi Layanan pada poin 4.a), dengan mempertimbangkan keterwakilan peserta dari tiap unit Layanan pada BLU.</p> <p>5). Sebagai data dukung pelaporan capaian IKT, BLU menyampaikan dokumentasi pelaksanaan sertifikasi pendidikan dan pelatihan pelayanan prima, antara lain:</p> <p>a. Sertifikat Trainer</p> <p>b. Daftar Hadir</p> <p>c. Dokumentasi</p>
h	Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
i	Periodisasi Target IKT	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
j	Numerator	Jumlah SDM Pemberi Layanan yang memiliki sertifikat pendidikan dan pelatihan pelayanan prima
k	Denominator	Total SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima sesuai SK Pemimpin BLU (poin 4.b)

l	Formula	[Jumlah SDM Pemberi Layanan yang memiliki sertifikat pendidikan dan pelatihan pelayanan prima]/Total SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima sesuai SK Pemimpin BLU] x 100%
m	Inklusi	Jumlah SDM Pemberi Layanan yang terdapat pada SK Pemimpin BLU
n	Ekstensi	SDM dari Pihak ke-3 (Outsourcing)
o	Sumber Data	Laporan Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan pelayanan prima BLU
p	Standar	20% untuk Triwulan I 40% untuk Triwulan II 60% untuk Triwulan III 80% untuk Triwulan IV
q	Kriteria Penilaian Capaian Kontrak Kinerja	$C_n = \left(\left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : [Jumlah SDM Pemberi Layanan yang memiliki sertifikat pendidikan dan pelatihan pelayanan prima]/Total SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan pendidikan dan pelatihan pelayanan prima sesuai SK Pemimpin BLU] x 100% α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1 - α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)</p>
r	Penanggungjawab	Manajer Pendidikan dan Pelatihan

60. Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)

a.	Judul Indikator	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)
b.	Tujuan	EBITDA merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit.
c.	Definisi Operasional	<p>Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia - Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik - DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	<p>EBITDA = Surplus atau Defisit + Bunga + Pajak Depresiasi + Amortisasi.</p> <p>Surplus atau Defisit adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Surplus atau Defisit dari Laporan Operasional (LO). 2) Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan rawat jalan, pendapatan rawat inap, dan pendapatan layanan lainnya. 3) Beban usaha terdiri dari beban pokok pendapatan, beban administrasi dan umum, serta Beban penyusutan dan amortisasi. Beban pegawai yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Rupiah Murni (RM) tidak diperhitungkan. 4) Bunga adalah biaya yang harus dikeluarkan sebagai imbalan atas pembiayaan yang diberikan oleh pihak lain. 5) Pajak adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Rumah sakit vertikal merupakan salah satu satuan kerja instansi pemerintah pusat yang tidak dibebankan Pajak atas pendapatan yang diterima. 6) Depresiasi atau Penyusutan Barang Milik Negara (BMN) adalah penyesuaian nilai sehubungan dengan penurunan kapasitas dan manfaat dari suatu aset. BMN berupa aset tetap selain tanah dan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) disusutkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang penyusutan aset tetap pada entitas pemerintah pusat. Depresiasi atau Penyusutan BMN diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan. 7) Amortisasi adalah alokasi harga perolehan aset tak berwujud secara sistematis dan rasional selama masa manfaatnya, yang hanya dapat diterapkan atas aset tak berwujud yang memiliki masa manfaat terbatas. Barang Milik Negara (BMN) berupa aset tak berwujud dilakukan amortisasi sesuai ketentuan yang berlaku tentang amortisasi pada pemerintah pusat. Amortisasi diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan.
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

61. Cash Flow

a.	Judul Indikator	Cash Flow
b.	Tujuan	-Mengetahui saldo kas periode selanjutnya. -Mengetahui kemampuan untuk menagih piutang. -Menggambarkan setiap transaksi investasi. -Mengetahui kemampuan menggunakan kas.
c.	Definisi Operasional	Cash Flow atau laporan arus kas adalah kenaikan atau penurunan jumlah uang yang dimiliki oleh rumah sakit vertikal. Dalam bidang keuangan, istilah tersebut berfungsi untuk menggambarkan jumlah uang tunai yang dihasilkan dan dikonsumsi dalam periode waktu tertentu. Pemasukan yang lebih besar daripada pengeluaran akan menciptakan Cash Flow yang positif. Sebaliknya, Cash Flow akan menjadi negatif apabila pengeluaran lebih besar daripada Pemasukan. Cash Flow terbagi menjadi 3 (tiga) yaitu: 1) Cash Flow Operasional atau arus kas dari aktivitas operasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas operasi. 2) Cash Flow Investasi atau arus kas bersih dari aktivitas investasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas investasi. 3) Cash Flow Pendanaan atau arus kas bersih dari aktivitas pendanaan yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas pendanaan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	$\text{Cash Flow} = (\text{ arus kas masuk aktivitas operasi} - \text{ arus kas keluar aktivitas operasi}) + (\text{ arus kas masuk aktivitas investasi} - \text{ arus kas keluar aktivitas investasi}) + (\text{ arus kas masuk aktivitas pendanaan} - \text{ arus kas keluar aktivitas pendanaan})$
g.	Sumber Data	Laporan arus kas keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

62. Pendapatan

a.	Judul Indikator	Pendapatan
b.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah pasien yang dilayani. - Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah tenaga medis. - Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan fasilitas alat kesehatan. - Mengetahui jenis pelayanan oleh rumah sakit vertikal yang surplus atau defisit.
c.	Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. - Pengakuan Pendapatan adalah Pendapatan yang diperoleh dari pasien yang dijamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Sedangkan pasien yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar tarif yang ditetapkan. - Pencatatan Pendapatan adalah pencatatan Pendapatan didistribusikan sesuai dengan bulan layanan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target Pendapatan Badan Layanan Umum (BLU) atau Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
f.	Formula	$\text{Pendapatan} = \text{Pendapatan rawat jalan} + \text{Pendapatan rawat inap} + \text{Pendapatan layanan lainnya}$
g.	Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal; dan/atau - Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

63. Beban

a.	Judul Indikator	Beban
b.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui persentase Beban pegawai atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban administrasi atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban persediaan atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban farmasi atas total seluruh Beban.
c.	Definisi Operasional	Beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sumber dananya berasal dari Pendapatan BLU. Beban menggambarkan penurunan manfaat ekonomi atau potensi jasa dalam periode pelaporan yang menurunkan ekuitas rumah sakit vertikal, yang dapat berupa pengeluaran atau konsumsi aset atau timbulnya kewajiban. Beban pegawai yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target pengeluaran BLU atau PNBP per bulan yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam RBA.
f.	Formula	<p>Beban = Beban Pegawai + Beban Administrasi + Beban Persediaan + Beban Barang dan Jasa + Beban Pemeliharaan + Beban Perjalanan Dinas + Beban Penyusutan & Amortisasi + Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih.</p> <p>Yang dimaksud beban pegawai dalam pedoman ini adalah beban pegawai yang berasal dari PNBP BLU.</p>
g.	Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal; dan/atau - Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

64. Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban pegawai atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan adalah perbandingan beban seluruh pegawai (gaji non PNS, honor, tunjangan tetap, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan pensiun) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Gaji yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Pegawai kurang dari atau sama dengan 50% ($X \leq 50\%$) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = $(\text{Beban Pegawai sumber dana PNB/BLU dibagi Pendapatan}) \times 100\%$
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

65. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Persediaan atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi, Beban barang/perlengkapan, dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. - Beban farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi - Beban barang/perlengkapan meliputi: linen, ART, cetakan, suku cadang, gas LPG, BBM). - Beban bahan makanan gizi meliputi: bahan makanan basah, bahan makanan kering)
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Persediaan kurang dari atau sama dengan 25 persen ($X \leq 25\%$) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = (Beban Pegawai sumber dana PNB/BLU dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

66. Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban farmasi atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Farmasi kurang dari atau sama dengan 20% ($X \leq 20\%$) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan = $(\text{Beban Farmasi} / \text{Pendapatan}) \times 100\%$
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

67. Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Administrasi atas Pendapatan..
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban administrasi dan umum yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Administrasi meliputi: Beban barang dan jasa, Beban pemeliharaan, Beban perjalanan dinas, Beban administrasi umum lainnya. Beban pegawai dan beban persediaan tidak termasuk dalam Beban Administrasi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Administrasi kurang dari atau sama dengan 15% ($X \leq 15\%$) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan = (Beban Administrasi dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

68. Days Receivable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Receivable Turnover
b.	Tujuan	Untuk mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk memperoleh pembayaran piutang.
c.	Definisi Operasional	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.
f.	Formula	$\text{Days Receivable Turnover} = (\text{piutang dibagi Pendapatan per tahun}) \times 365.$
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk BAHV dan surat penagihan piutang.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

69. Days Inventory Turnover

a.	Judul Indikator	Days Inventory Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang dibutuhkan rumah sakit vertikal untuk menyimpan persediaan sampai persediaan tersebut digunakan.
c.	Definisi Operasional	Days Inventory Turnover (Perputaran Persediaan) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu RS dalam mengelola persediaan.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 60 (enam puluh) hari.
f.	Formula	-Days Inventory Turnover = (rata-rata persediaan per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Inventory Turnover = ((persediaan dibagi 12) dibagi beban) x 365
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-KL), Laporan Stock Opname dan Laporan Klasifikasi Persediaan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
i.	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara

70. Days Payable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Payable Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk membayar hutang.
c.	Definisi Operasional	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu rumah sakit vertikal dalam mengelola pembayaran hutangnya.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) kurang dari atau sama dengan 60 (enam puluh) hari.
f.	Formula	-Days Payable Turnover = (rata-rata hutang per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Payable Turnover = ((hutang dibagi 12) dibagi Beban) x 365.
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk dokumen Penagihan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
l	Penanggungjawab	Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara