**Rencana Strategis Bisnis**

**Academic Health Center (AHC)**

**RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung 2015-2019**

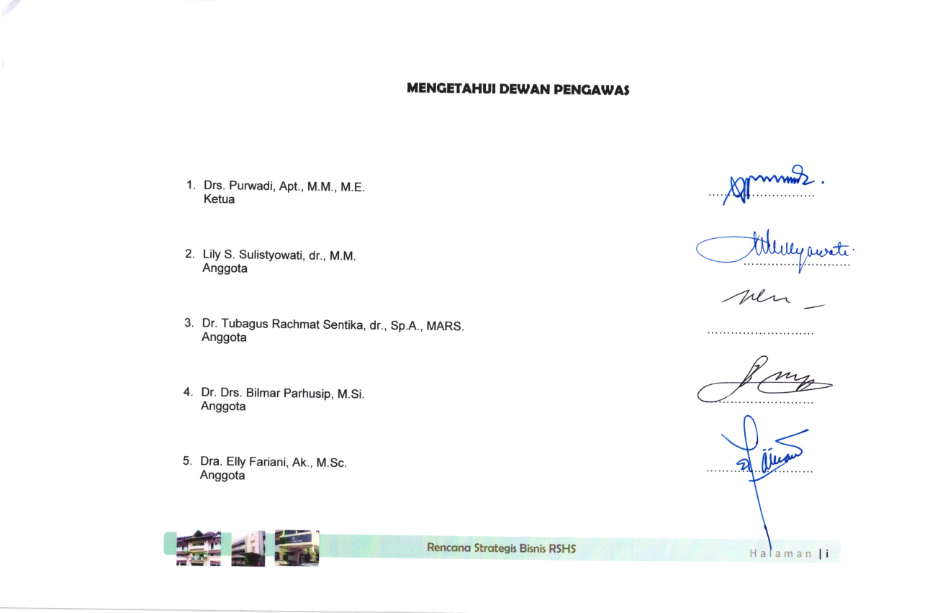
**(Hasil Review Desember 2017)**

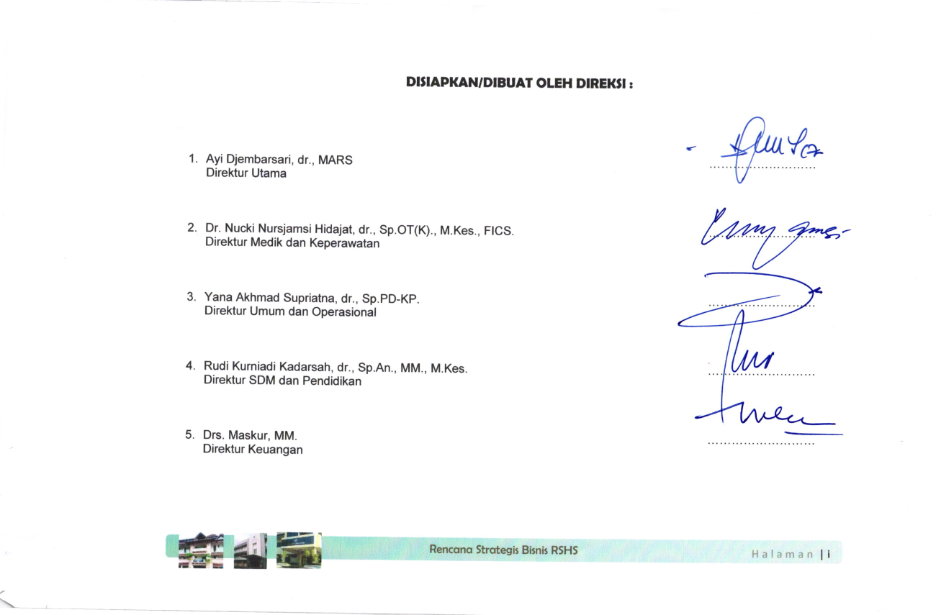
****



**Januari, 2018**

Edisi 7 Juni 2018

****

****

# Kata Pengantar

Rencana Strategis merupakan salah satu perangkat organisasi untuk memandu dan mengendalikan arah gerak dan perkembangan bisnis suatu organisasi. Sesuai dengan arahan dari Kementerian Kesehatan dan adanya kecenderungan *best-practices* dunia saat ini, sinergisitas antar komponen rumah sakit dan Fakultas Kedokteran dalam suatu AHC (*academic health center*) menuju AHS (*academic health system)* menjadi suatu keniscayaan, sehingga pada tahun 2015 dibuatlah renstra bersama antara RS dr Hasan Sadikin, RS Mata Nasional Cicendo dan Fakultas Kedokteran Unibversitas Padjadjaran.

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No.53 tahun 2014, serta poin penilaian Sakip dan pandangan Dewan Pengawas, maka dianggap perlu dilakukan review RSB Bersama RSHS-PMN RSMC–FKUP 2015-2019. Review yang dilakukan pada tahun 2016 telah menyepakati bahwa RSHS memiliki RSB sendiri dengan penjabaran program dan pembiayaannya dengan memuat 19 *Key Performance Indicator* (KPI), sedangkan integrasi AHC dengan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (FKUP) dan PMN RSMC dimuat dalam bentuk Perjanjian Kerja Sama (PKS).

Sebagaimana layaknya suatu dokumen rencana strategis, buku ini berisikan arah, prioritas, strategi, sasaran-sasaran strategis, indikator kinerja utama dan program kerja strategis. Selain itu, RSB RSHS juga dilengkapi dengan suatu bahasan khusus tentang Analisis dan Mitigasi Risiko. Seiring dengan semakin besarnya harapan dan kekhawatiran *stakeholder*, RSHS menyadari bahwa diperlukan integrasi yang optimal antara pelayanan, pendidikan dan penelitian serta diharapkan terbangun jejaring pelayanan, pendidikan dan penelitian yang sinergis dan harmonis.

Kami mengucapkan terima kasih atas bantuan semua pihak yang terlibat dalam penyusunan dan review buku Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS periode 2015-2019. Semoga apa yang dimimpikan dalam RSB ini dapat terwujud mendukung tercapainya visi 2019.

Direktur Utama RSUP DR. Hasan Sadikin

# Daftar Isi

[Kata Pengantar ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. i](#_Toc431267214)

[Daftar Isi v](#_Toc431267215)

[Daftar Tabel iv](#_Toc431267216)

[Daftar Gambar vi](#_Toc431267217)

[I. PENDAHULUAN 5](#_Toc431267218)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc431267219)

[I.2 Tujuan 4](#_Toc431267220)

[I.3 Dasar Hukum 4](#_Toc431267221)

I.4 Metodologi Penyusunan Renstra.......................................................................................................................................................................6

[I.5. Struktur Buku RSB 8](#_Toc431267222)

[II. GAMBARAN KINERJA SAAT INI 10](#_Toc431267223)

[2.1 Gambaran Kinerja RSHS-FKUP 10](#_Toc431267224)

[III. MEMBANGUN AHS (](#_Toc431267226)*[ACADEMIC HEALTH SYSTEM](#_Toc431267226)*[) JAWA BARAT 37](#_Toc431267226)

[3.1 Integrasi Pelayanan-Pendidikan-Penelitian 37](#_Toc431267227)

[3.2 Rancangan AHS Jawa Barat 38](#_Toc431267228)

[3.3 Tantangan Mewujudkan AHS Jawa Barat 39](#_Toc431267229)

[IV. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS 43](#_Toc431267230)

[4.1 Tuntutan](#_Toc431267231) *[Stakeholders](#_Toc431267231)* [utama 43](#_Toc431267231)

[4.2 Tantangan Strategis 45](#_Toc431267232)

[4.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai 46](#_Toc431267233)

[4.4 Patok Duga (](#_Toc431267234)*[Benchmark](#_Toc431267234)*[) 48](#_Toc431267234)

[4.5 Analisis SWOT 48](#_Toc431267235)

[4.6 Peta Strategi 59](#_Toc431267236)

[V. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS 63](#_Toc431267237)

[5.1 Matriks KPI 63](#_Toc431267238)

[5.2 Program Kerja Strategis 70](#_Toc431267239)

[VI. ANALISA DAN MITIGASI RISIKO 93](#_Toc431267240)

[6.1 Analisis Risiko 93](#_Toc431267241)

[6.2 Rencana Mitigasi Risiko 99](#_Toc431267242)

[VII. PROYEKSI KEUANGAN 103](#_Toc431267243)

[7.1 Estimasi Pendapatan 103](#_Toc431267244)

[7.2 Rencana Kebutuhan Anggaran RSHS Tahun 2015-2019 93](#_Toc431267245)

[7.3 Rencana Pendanaan 96](#_Toc431267246)

[LAMPIRAN KAMUS KPI 99](#_Toc431267247)

# Daftar Tabel

[Tabel 2. 1 Kinerja Aspek Pelayanan tahun 2009-2014 10](#_Toc430523083)

[Tabel 2.2 Sepuluh Penyakit Terbanyak Semester I tahun 2014 13](#_Toc430523084)

[Tabel 2.3 Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Cara Bayar Semester I Tahun 2014 13](#_Toc430523085)

[Tabel 2.4 NDR per ruangan Semester I 2014 20](#_Toc430523086)

[Tabel 2.5 Hasil Perhitungan Rasio Keuangan Tahun 2009-2013 28](#_Toc430523087)

[Tabel 2.6 Skor Kinerja Keuangan Tahun 2009-2013 31](#_Toc430523088)

[Tabel 2.7 Realisasi Pencapaian Pendapatan Tahun 2009-2013 32](#_Toc430523089)

[Tabel 2.8 Realisasi Belanja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung 33](#_Toc430523090)

[Tabel 2.9 Realisasi Pendapatan dan Biaya Periode tahun 2009-2013 34](#_Toc430523091)

[Tabel 2.10 Nilai Terendah dari Unsur-unsur Indeks Kepuasan Pasien Skor Nilai 1-4 37](#_Toc430523092)

[Tabel 2.12. Gambaran Kinerja Finansial Dan Gambaran Kinerja Aspek Keuangan Selama Periode Tahun 2010 – Semester I Tahun 2014](#_Toc430523094) **[Error! Bookmark not defined.](#_Toc430523094)**

[Tabel 4.1 Harapan dan Kekhawatiran Utama](#_Toc430523098) *[Stakeholder](#_Toc430523098)* [Utama 44](#_Toc430523098)

[Tabel 4.2 Tata Nilai RSHS 2015-2019 47](#_Toc430523099)

[Tabel 4.3 Peluang (](#_Toc430523100)*[Opportunity](#_Toc430523100)*[) RSHS 52](#_Toc430523100)

[Tabel 4.4 Ancaman (](#_Toc430523101)*[Threat](#_Toc430523101)*[) RSHS 52](#_Toc430523101)

[Tabel 4.5 Kekuatan (](#_Toc430523102)*[Strength](#_Toc430523102)*[) RSHS](#_Toc430523102) 53

[Tabel 4.6 Kelemahan (](#_Toc430523103)*[Weakness](#_Toc430523103)*[) RSHS 53](#_Toc430523103)

[Tabel 4.7 Hasil Analisis TOWS (Strategi SO) RSHS 56](#_Toc430523104)

[Tabel 4.8 Hasil Analisis TOWS (Strategi ST) RSHS 57](#_Toc430523105)

[Tabel 4.9 Analisis TOWS (Strategi WO) RSHS 58](#_Toc430523106)

[Tabel 5.1 Indikator Kinerja Utama (KPI) 64](#_Toc430523172)

[Tabel 5.2 Matriks KPI 67](#_Toc430523173)

[Tabel 5.3 Program Kerja Strategis 72](#_Toc430523174)

[Tabel 6.1 Acuan Penilaian Risiko 96](#_Toc430523111)

[Tabel 6.2.Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis 97](#_Toc430523112)

[Tabel 6.3.Rencana Mitigasi Risiko 99](#_Toc430523113)

[Tabel 7.1 Estimasi pendapatan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2015-2019](#_Toc430523111) 104

[Tabel 7.2. Estimasi anggaran operasional RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2015-2019](#_Toc430523112) 106

[Tabel 7.3. Estimasi Anggaran Pengeluaran Program Kerja Strategis](#_Toc430523113) 107

[Tabel 7.4. Rencana Pendanaan](#_Toc430523113) 109

# Daftar Gambar

[Gambar 2.1 Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Asal Rujukan Tahun 2009-2014 12](#_Toc430523209)

[Gambar 2.2 Kunjungan Pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) Rawat Jalan Semester I Tahun 2014 14](#_Toc430523210)

[Gambar 2.3 Target dan Skor Kinerja Keuangan Tahun 2009-2013 31](#_Toc430523211)

[Gambar 2.4 Nilai Rata-Rata Pengukuran Indeks Kepuasan Pelanggan 36](#_Toc430523212)

[Gambar 4.1 Diagram Kartesian Pilihan Prioritas RSHS2015-2019 54](#_Toc430523229)

[Gambar 4.3. Peta Strategi RSHS 2015-2019 61](#_Toc430523231)

# I. PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Tujuan utama dokumen Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode tahun 2015-2019 adalah untuk menyediakan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas bagi masyarakat di akhir tahun 2019. Namun demikian, untuk mencapai tujuan utama tersebut berbagai tantangan strategis yang menjadi batu sandungan akan mengemuka, antara lain: kebutuhan penguatan pelayanan kesehatan primer; berfungsinya sistem regionalisasi rujukan di seluruh provinsi; berfungsinya penetapan dan pembangunan sistem rujukan nasional; belum meratanya jumlah, jenis dan kompetensi SDM Kesehatan; kapasitas dan kemampuan manajemen puskesmas dan RS yang belum merata di berbagai Kabupaten/Kota/Provinsi, dan belum terlaksananya sistem manajemen kinerja yang terintegrasi; belum tersedianya secara merata di seluruh Indonesia sarana prasarana dan alat kesehatan pada PPK I yang sesuai standard; belum terintegrasinya data dan sistem informasi di Pusat, daerah, rumah sakit dan puskesmas; dan Kebijakan pemerintah daerah yang belum tersinkronisasi dengan kebijakan pemerintah pusat. Tantangan-tantangan strategis nasional yang demikian beragam tersebut membutuhkan paradigma dan pendekatan yang berbeda dan unik di tahun-tahun mendatang bagi setiap institusi kesehatan di Republik Indonesia.

Di tengah tantangan strategis nasional di sektor kesehatan di atas, Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS), sebagai bagian dari institusi Pemerintah yang terlibat dalam pembangunan kesehatan sangat berkepentingan untuk menopang keberhasilan target-target kinerja di sektor kesehatan masyarakat, khususnya di wilayah Jawa Barat. Terlebih lagi, RSHS tengah berupaya untuk membangun fondasi kesehatan dalam memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat Jawa Barat jangka panjang melalui konsep AHC (*Academic Health Center*), yakni upaya terintegrasi untuk memadukan layanan kesehatan berbasis riset medis modern dalam merespon dinamika tantangan strategis nasional di sektor kesehatan. Adanya AHC ini diharapkan upaya promosi, preventif dan kuratif layanan kesehatan di Jawa Barat berjalan secara efektif dan efisien dan sekaligus menopang pencapaian target-target kinerja kesehatan di tingkat Jawa Barat dan nasional.

Tantangan strategis kesehatan di masa mendatang sebagaimana digambarkan di atas membutuhkan arah dan prioritas strategis yang perlu dijawab dengan paradigma dan pendekatan baru bagi RSHS, dalam merespon tuntutan *stakeholders* utama sektor kesehatan di Jawa Barat untuk periode tahun 2015-2019. Rencana strategi bisnis (RSB) yang dituangkan dalam buku ini menggambarkan arah dan prioritas strategis tersebut untuk periode tahun 2015-2019. RSB, sebagai wujud rencana strategis (renstra), akan memuat informasi apa saja tujuan utama yang disasar dalam periode tahun 2015-2019 untuk misi layanan, pendidikan, dan riset kedokteran dan cara mencapainya secara inovatif demi berkontribusi untuk mencapai target-target kinerja kesehatan masyarakat di tingkat Jawa Barat dan Nasional secara berkelanjutan.

Rencana Strategis Bisnis ini menjadi demikian diperlukan, karena disamping untuk mampu menjawab tantangan strategis kesehatan masyarakat Jawa Barat dan Nasional, RSB ini menjadi kompas untuk periode tahun 2015-2019 bagi pengambil keputusan dan pelaksana di RSHS, saat berinteraksi untuk menuntaskan aneka tantangan strategis dari *stakeholders* utamanya yang diperkirakan di masa mendatang akan cukup dinamis, berat, dan kompleks. Terlebih lagi, sumber daya yang digunakan oleh RSHS, untuk mengatasi dan menjawab aneka tantangan strategis tersebut tidak melimpah dan cenderung mengalami penurunan daya saing jika tidak diperbaiki. Oleh karena itu, RSHS, perlu merumuskan dan memilih arah dan prioritas strategis yang betul-betul berkontribusi memberikan nilai tambah (*creating value*) yang cukup besar dan berkelanjutan bagi pembangunan kesehatan masyarakat dan *stakeholders* utamanya di tahun-tahun mendatang, di tengah keterbatasan dan penurunan daya saing sumber daya organisasi.

Selain itu, dalam konteks pengembangan konsep *Academic Health Center*, RSHS sebagai Rumah Sakit Pendidikan perlu merumuskan dan mengembangkan arah dan prioritas strategis dalam menjalankan misi layanan, pendidikan dan riset untuk periode tahun 2015-2019. Hal ini didasarkan oleh fakta bahwa RSHS selama ini telah berfungsi bukan hanya melakukan berbagai misi layanan medis, namun juga ikut berperan dalam menjalankan misi pendidikan dan riset. Mempertimbangkan tantangan yang berkembang di masa depan maka hasil review renstra tahun 2016 merupakan payung dalam pengelolaan dan pengembangan misi layanan, pendidikan, dan riset di bidang medik dan kesehatan untuk periode lima tahun ke depan. RSB ini-pun akan menjadi dasar sebagai sumber keputusan utama dalam mengalokasikan dan mengendalikan sumber daya organisasi yang terbatas yang dimiliki oleh RSHS. Dengan demikian, dokumen RSB ini diharapkan menjadi rujukan dalam pengambilan keputusan dan tindakan penting bagi jajaran manajemen puncak RSHS untuk kemajuan di masa mendatang dengan mempertimbangkan dinamika perubahan tuntutan inti *stakeholders* utamanya.

Reviu RSB RSHS Tahun 2015 – 2019 merupakan kajian implementasi dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) Bersama RSHS – PMN RSMC – FKUP Tahun 2015 – 2019. Dalam RSB Bersama RSHS – PMN RSMC – FKUP Tahun 2015 – 2019 telah melakukan kesepakatan mengenai rumusan visi dan misi bersama yaitu :

Rumusan Visi 2015-2019 RSHS-PMN RSMC-FKUPadalah:

*Menjadi Institusi Kesehatan yang unggul dan transformatif dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat*

*“Transformative leader in health care”*

Rumusan Misi2015-2019 RSHS-PMN RSMC-FKUPadalah:

* Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan prima, yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian
* Menyelenggarakan sistem rujukan pelayanan kesehatan berjenjang yang bermutu
* Melakukan transformasi dalam mewujudkan status kesehatan masyarakat yang lebih baik

Implementasi RSB Bersama dalam bentuk program dan kegiatan mengacu kepada sasaran strategis RSB Bersama RSHS – PMN RSMC – FKUP Tahun 2015 – 2019 yang menghasilkan 29 KPI, masing-masing institusi mempunyai KPI sesuai dengan domain dan tupoksinya masing-masing. RSHS dalam hal ini sesuai dengan program dan kegiatannya memiliki 19 KPI sebagai bagian dari 29 KPI dan lebih dipertajam lagi indikator-indikatornya. Dengan demikian, institusi membiayai sendiri program dan kegiatannya sesuai dengan KPI masing-masing.

## I.2 Tujuan

RSB RSHS periode tahun 2015-2019 bertujuan utama untuk memberikan arah dan prioritas strategis pengembangan misi layanan, pendidikan, dan penelitian dengan memerhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* utamanya. Secara spesifik, isi buku RSB ini akan menghasilkan informasi yang berkaitan dengan :

1. Gambaran evaluasi kinerja RSHS, di periode yang lalu dalam mengemban misi layanan, pendidikan, dan penelitian
2. Tuntutan *stakeholders* utama RSHS, (antara lain masyarakat luas pengguna jasa layanan kesehatan, mahasiswa, Pemerintah Kabupaten & Kota, Kementrian Kesehatan, dsb) yang menggambarkan tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSHS, dalam periode tahun 2015-2019.
3. Review pernyataan rumusan visi, misi, dan tata nilai yang diperlukan untuk menghadapi dan menjawab tantangan strategis RSHS, dalam periode tahun 2015-2019.
4. *Benchmarking* (patok duga), yang menggambarkan rujukan kemajuan bagi RSHS, untuk dicapai dalam mengemban misi layanan, pendidikan, dan riset.
5. Analisa SWOT (*Strength, Weakness, Opportunities*, dan *Threats*) dan posisi bersaing.
6. Peta strategi, yang menggambarkan jalinan sebab akibat sasaran strategis RSHS, yang seharusnya dilakukan dalam merespon tantangan strategisnya untuk periode lima tahun ke depan.
7. Target-target kinerja yang menggambarkan ukuran keberhasilan pencapaian sasaran strategis dituangkan dalam target indikator kinerja kunci (KPI-*Key Performance Indicator*) untuk periode tahun 2015-2019
8. Program kerja strategis yang diperlukan untuk diwujudkan dalam mencapai target KPI dalam periode tahun 2015-2019
9. Analisa dan mitigasi risiko yang diperlukan untuk mengatasi aneka risiko yang diperkirakan muncul dan bersumber dari faktor eksternal RSHS.

**1.3 Dasar Hukum**

Regulasi/peraturan yang menjadi acuan dalam penyusunan RSB RSHS adalah :

1. TAP MPR Nomor XI Tahun 1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN ;
2. Undang - Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN)
3. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang RPJMN 2005-2025
4. Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan
5. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia
6. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara
7. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP);
8. Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi dan
9. Peraturan Menteri PAN/RB no 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/Menkes/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung.
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 Tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 Tentang Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
13. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1981/MENKES/SK/XII/2010 Tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 249/PMK.02/2011 Tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga
16. Peraturan Menteri PAN dan RB Nomor 35 Tahun 2011 tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
17. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.02.04/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012.
18. Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor PR.03.02./I/1466/12 Tentang Laporan Berkala Satuan Kerja (Laporan Semester dan Laporan Tahunan) Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
19. Rencana Aksi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan

## I.4 Metodologi Penyusunan Renstra dan Review Renstra

**a. Penyusunan Renstra**

Berdasarkan tujuan RSB yang hendak dicapai di atas, maka pelaksanaan penyusunan RSB periode tahun 2015-2019 dilakukan dengan mekanisme *Focus Group Discussion* (FGD) antara jajaran direksi RSHS, direksi PMN RSMC, Dekanat FKUP, dan tim konsultan. FGD merupakan salah satu metode pengambilan keputusan kelompok yang menggabungkan pengambilan suara para anggota tim ahli (*expert* atau jajaran direksi RSHS, direksi PMN RSMC, dan jajaran Dekanat FKUP) dengan diskusi terbatas untuk menciptakan konsensus dan mendapatkan keputusan tim. Pilihan yang melarbelakangi pemilihan mekanisme FGD adalah karena alasan sebagai berikut :

* FGD dihadiri oleh pimpinan RSHS, PMN RSMC, dan FKUP yang sangat memahami tentang seluk beluk permasalahan kinerja RSHS, PMN RSMC dan FKUP serta arah dan prioritas strategis RSHS, PMN RSMC, dan FKUP di masa mendatang, sehingga kualitas informasi RSB RSHS-PMN RSMC-FKUP yang diperoleh akan sangat tinggi.
* FGD memungkinkan proses perumusan dan pemilihan terjadi secara interaktif, sehingga seorang ahli (pimpinan institusi) akan dapat memperbaiki rumusan atau pilihannya setelah mendengarkan argumentasi yang disampaikan oleh jajaran pimpinan institusi lainnya.
* FGD dibagi dalam beberapa tahapan untuk memberikan kesempatan kepada setiap pimpinan institusi untuk melahirkan suatu rumusan terbaik yang dipilih atau disepakati dalam diskusi tersebut. Dengan kata lain, pendekatan ini juga digunakan untuk mendorong jajaran pimpinan institusi agar mempunyai tingkat partisipasi yang sama dalam setiap tahapan diskusi, tanpa harus dibebani oleh alasan senioritas, jabatan, atau hambatan kepribadian.
* FGD cocok diterapkan untuk permasalahan yang sensitif dan penting, seperti dalam penyusunan RSB RSHS-PMN RSMC-FKUP. Metode ini dapat digunakan dalam pengambilan keputusan untuk tahapan-tahapan pengembangan renstra karena diperkirakan terdapat perbenturan gagasan dan pembahasan berbelit-belit di antara peserta diskusi penyusunan renstra.
* FGD dimungkinkan terbentuknya suatu komitmen di antara para direksi RSHS, direksi PMN RSMC dan Dekanat FKUP dan antar dan institusi tentang hal-hal yang telah disepakati dalam renstra dan kemudian digunakan sebagai dasar untuk kontrak kinerja bagi lapisan organisasi yang lebih rendah yang menjadi lingkup kendalinya dalam mengawal dan mengendalikan mutu eksekusi RSB RSHS-PMN RSMC-FKUP.

**b. Reviu Renstra**

## Berdasarkan Peraturan Menteri PAN/RB no 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan arahan Kementerian Kesehatan RI bahwa setiap renstra satuan kerja harus di reviu setiap tahunnya seiring dengan perkembangan dinamika yang terjadi setiap waktu.

Dalam melakukan reviu menghasilkan kesepakatan bahwa institusi mempunyai RSB masing-masing dan memiliki indikator kunci serta program kerja sesuai dengan tupoksinya masing-masing dalam mewujudkan visi misi bersama. Ke tiga institusi tersebut memiliki visi misi yang sama yaitu : *Menjadi Institusi Kesehatan yang unggul dan transformatif dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat*, yang tertuang dalam perjanjian kerja sama sebagai kesepakatan untuk mencapai visi misi tersebut.

## I.5. Struktur Buku RSB

Struktur buku RSB RSHS periode tahun 2015-2019 mempunyai isi sebagai berikut :

Bab 1 : Isi bab ini menggambarkan latar belakang diperlukannya RSB RSHS, tujuan RSB, dan metodologi penyusunan RSB periode tahun 2015-2019.

Bab 2 : Isi bab ini merupakan gambaran kinerja saat ini.

Bab 3 : membahas AHS Jawa Barat

Bab 4 : Isi bab ini menggambarkan arah dan prioritas strategis RSHS yang dimulai dengan mengidentifikasi apa saja tuntutan *stakeholders* utama, tantangan strategis, analisa *benchmarking*, rumusan visi, misi, dan tata nilai, analisa SWOT dan posisi bersaing, dan peta strategi periode tahun 2015-2019.

Bab 5 : Isi bab ini menggambarkan indikator kinerja (KPI) dan program kerja strategis yang diperlukan untuk mewujudkan target-target KPI pada periode tahun 2015-2019.

Bab 6 : Isi bab ini menggambarkan analisa dan mitigasi risiko yang dilakukan untuk menghadapi dan mengantisipasi potensi kemunculan risiko dan dampaknya pada periode tahun 2015-2019.

Bab 7 : Isi bab ini adalah proyeksi keuangan meliputi estimasi pendapatan, rencana kebutuhan, serta rencana pendanaan pada periode 2015-2019.

# II.GAMBARAN KINERJA SAAT INI

## 2.1 Gambaran Kinerja RSHS

***2.1.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan***

Berikut ini akan diuraikan mengenai gambaran kinerja aspek pelayanan di Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) selama periode lima tahun terakhir, baik dari aspek pertumbuhan produktivitas, efektivitas pelayanan, serta mutu dan manfaat kepada masyarakat. Tabel 2.1 berisikan data kinerja aspek pelayanan dari tahun 2009 hingga semester I tahun 2014.

Tabel 2. 1 Kinerja Aspek Pelayanan tahun 2009-2014

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspek Pelayanan** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **Smt1 2014** |
| Kunjungan rawat jalan | 580.535 | 557.346 | 551.321 | 551.091 | 476.337 | 251.331 |
| Jumlah Pelayanan Rehabilitasi Medik | 42.217 | 32.262 | 28.524 | 30.241 | 28.233 | 7.416 |
| Jumlah Pelayanan Rawat Darurat | 53.255 | 45.437 | 46.507 | 43.348 | 43.903 | 21.114 |
| Hari Perawatan | 306.490 | 282.821 | 26.418 | 301.351 | 305.196 | 149.086 |
| *Bed Occupancy Rate* (BOR) | 75,70 | 71,09 | 73,12 | 73,25 | 83,95 | 82,36 |
| *Average Length of Stay* (ALOS) | 6 | 7 | 6 | 4 | 5 | 7 |
| *Net Death Rate*(NDR) | 40,10 | 47,90 | 40,70 | 34,00 | 39,50 | 36.30 |
| Tindakan Operasi | 15.976 | 15.051 | 16.627 | 16.705 | 16.670 | 7.470 |
| Jumlah Pemeriksaan Radiologi | 128.701 | 119.078 | 11.419 | 112.646 | 111.223 | 50.428 |
| Jumlah Pemeriksaan Patologi Klinik | 1.280.970 | 1.294.312 | 1.325.811 | 1.375.129 | 1.393.505 | 585.615 |
| Jumlah Pemeriksaan Patologi Anatomi | 12.754 | 12.808 | 13.233 | 14.294 | 15.311 | 7.718 |
| Jumlah Pelayanan Kedokteran Nuklir | 16.131 | 16.628 | 18.568 | 17.592 | 22.284 | 10.992 |

1. **Pelayanan Rawat Jalan**

Seiring dengan penataan rujukan berjenjang, maka kunjungan rawat jalan menunjukkan adanya penurunan periode 2010 sampai dengan tahun 2014, yaitu dari 557.535 kunjungan di tahun 2010 menjadi 519.633 di tahun 2014. Pada tahun 2012 rata-rata kunjungan rawat jalan/hari adalah 2.069 kunjungan, pada tahun 2013 rata-rata kunjungan rawat jalan/hari adalah 2.014 kunjungan, sehingga pertumbuhannya sebesar 0.97 mencapai nilai 1,25. Namun melihat capaian semester I tahun 2014, pertumbuhan rata-rata rawat jalan meningkat lagi dengan pertumbuhan sebesar 1,09 (nilai 1,5).

Periode 2010 sampai dengan 2013, total kunjungan rawat jalan menunjukan adanya penurunan, hal ini dipengaruhi secara langsung oleh adanya penataan rujukan berjenjang, dimana untuk pelayanan rawat jalan pasien dengan jaminan pembiayaan pemerintah seperti Jamkesmas dan Jamkesda, serta pasien peserta Askes harus membawa rujukan dari PPK tingkat II. Hal tersebut dapat dilihat dari grafik berikut dimana rujukan dari rumah sakit lain ke Instalasi Rawat Jalan RSHS terus meningkat selama lima tahun terakhir dan rujukan dari Puskesmas terus menurun.

Gambar 2. 1 Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Asal RujukanTahun 2009-2014

Di satu sisi hal tersebut berpengaruh terhadap penurunan produktivitas kunjungan rawat jalan RSHS, namun di sisi lain merupakan peluang RSHS khususnya untuk penataan pelayanan rawat jalan. Selama ini, RSHS menerima tingginya kunjungan pasien rawat jalan dengan kasus-kasus yang sebenarnya masih dapat dilayani di PPK I dan II, dengan rujukan berjenjang maka RSHS dapat lebih mengembangkan pelayanan untuk kasus dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi.

Namun dengan mulai dilaksanakannya pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tanggal 1 Januari 2014, pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan meningkat lagi. Penataan pelayanan rujukan terus ditingkatkan pada era JKN ini namun peningkatan kunjungan rawat jalan di RSHS ini kemungkinan disebabkan kecenderungan untuk terus merujuk pasien dari PPK I dan PPK II ke RSHS. Sebagian PPK I dan II belum disiapkan dengan baik untuk melayani pasien JKN dengan jumlah yang meningkat dibandingkan dengan pasien umum. Hal ini tampak pada sepuluh diagnosa terbanyak pada pasien rawat jalan (Tabel 2.2).

Tabel 2.2 Sepuluh Penyakit Terbanyak Semester I tahun 2014

| **No** | **ICD X** | **Diagnosa** | **Jumlah** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Z.51.1 | *Chemoterapy session for neoplasm* | 3747 |
| 2 | I10 | *Essential (primary) hypertension* | 1245 |
| 3 | C50.9 | *Malignant neoplasm of breast* | 1007 |
| 4 | Z.37.0 | *Single Live Birth* | 870 |
| 5 | D.63.0 | *Anemia in neoplastic diseases* | 805 |
| 6 | I25.1 | *Atherosclerotic heart disease* | 771 |
| 7 | C53.9 | *Malignant neoplasm of cervix uteri* | 769 |
| 8 | Z.51.0 | *Radiotherapy session* | 505 |
| 9 | C.85.9 | *Non-Hodgkin’s Lymphoma,unspecified type* | 504 |
| 10 | C.91.0 | *Accute lymphoblastic leukaemia* | 475 |

Dari data 10 penyakit terbanyak tersebut, masih ditemukan beberapa penyakit yang sebenarnya dapat ditangani di PPK tingkat I dan II. Untuk mengupayakan hal tersebut, pembinaan ke PPK I dan II perlu terus dilakukan. Peningkatan tertinggi tampak pada kunjungan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) non Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Tabel 2. 3 Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Cara Bayar Semester I Tahun 2014

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BULAN** | **UMUM** | **KONTRAKTOR BPJS** | | **KARYAWAN NON BPJS** | **KONTRAKTOR** | **BEBAS** | **JAMKESDA** | **YAYASAN** |
| **PBI** | **NON PBI** |
| Jan | 4921  (22%) | 6717  (30%) | 6619  (29%) | 4  (0,1%) | 1186  (5%) | 22  (0,4%) | 3038  (13%) | 51  (0,5%) |
| Feb | 4011  (18%) | 6292  (27%) | 9023  (39%) | 3  (0,1%) | 1308  (6%) | 25  (0,4%) | 2074  (9%) | 56  (0,5%) |
| Mar | 4143  (20%) | 5320  (25%) | 8996  (43%) | 70  (0,8%) | 715  (3%) | 24  (0,4%) | 1566  (7%) | 73  (0,8%) |

Pada gambar 2.2 tampak jelas bahwa pada triwulan pertama kunjungan pasien JKN non PBI meningkat tajam. Kemudahan dalam mendapatkan kepesertaan BPJS Kesehatan membuat kecenderungan pasien umum dan kontraktor berubah status kepesertaan menjadi JKN.

Gambar 2. 2 Kunjungan Pasien JKN Rawat Jalan Semester I Tahun 2014

Dari segi mutu pelayanan, pada akhir tahun 2012 lama waktu tunggu (*waiting time*) poliklinik adalah 71 menit. Pada tahun 2013 realisasi lama waktu tunggu di poliklinik adalah 50 menit, 44 detik (nilai 1,5). Pada semester I tahun 2014, terjadi peningkatan waktu tunggu rawat jalan menjadi 90 menit. Waktu tunggu pelayanan rawat jalan yang panjang ini terkait dengan akses dan alur pelayanan yang belum tertata dengan baik, serta waktu mulai pelayanan yang belum serempak sesuai jadwal yang ditetapkan. Pada awal pelaksanaan JKN, dihadapi beberapa kendala yang menyebabkan memanjangnya waktu tunggu di rawat jalan, yaitu proses verifikasi kepesertaan, IT yang belum *bridging,* dan semakin tingginya kunjungan rawat jalan. Untuk itu, telah dilakukan beberapa penataan loket pendaftaran dan alur pelayanan rawat jalan.

Di samping itu, pelayanan di rawat jalan sebagian besar masih dilayani oleh peserta didik. Mengatasi hal ini perlu diupayakan melalui optimalisasi tenaga Dokter Spesialis sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang bertugas di Instalasi Rawat Jalan, sehingga waktu mulai jam pelayanan yang tidak terganggu oleh proses pendidikan atau kegiatan ilmiah di SMF serta peningkatan program rujukan balik untuk kasus-kasus yang dapat dilayani di PPK tingkat I dan II dapat terus ditingkatkan.

Sarana, prasarana, serta alat yang kurang memadai termasuk akses menuju rawat jalan merupakan permasalahan lain yang masih ditemukan di rawat jalan. Penataan area yang terpisah antara area infeksi dan non infeksi perlu ditingkatkan di rawat jalan. Area *dropping* pasien yang memadai, serta fasilitas ruang tunggu pasien yang lebih nyaman dan tertata tengah terus diupayakan di rawat jalan. Salah satu dampak jalan masuk menuju ruang pelayanan yang kurang memadai terlihat dari data pelayanan Rehabilitasi Medik. Pelayanan Rehabilitasi Medik cenderung mengalami penurunan di 5 tahun terakhir. Pada tahun 2010 pelayanan rehabilitasi medik mencapai 32.262, sempat meningkat di tahun 2012 yaitu 30.241, kemudian menurun lagi dan di tahun 2013 mencapai 28.233. Pertumbuhan pelayanan rehabilitasi medik di tahun 2013 mencapai 0,93 dengan nilai 1. Pada semester I tahun 2014, pertumbuhan pelayanan rehabilitasi medik mencapai 0,7. Selain masalah jalan masuk yang kurang memadai karena sebagian kasus yang memerlukan layanan rehabilitasi medik adalah pasien-pasien dengan alat bantu untuk berjalan (contohnya: pasien *post stroke*), masalah mengenai administrasi dan paket layanan rehabilitasi medik di awal masa pelaksanaan JKN ini sempat mengalami beberapa kendala. Kunjungan ulang untuk pasien rehabilitasi medik pada masa transisi pelaksanaan JKN dihitung sebagai satu kunjungan untuk beberapa kali kunjungan layanan rehabilitasi medik karena dianggap sebagai satu paket layanan. Untuk mengatasi hal ini, telah dilakukan koordinasi dengan BPJS dan juga *road show* sosialisasi di SMF dan Instalasi mengenai pelayanan JKN. Pengembangan layanan rehabilitasi medik perlu terus ditingkatkan baik sarana, prasarana dan alat, termasuk untuk menunjang dan meningkatkan pelayanan terpadu seperti pada kasus penyakit jantung, geriatri, dll.

Permasalahan lain di rawat jalan adalah, beberapa pelayanan klinik spesialis masih dilaksanakan di bagian masing-masing, sehingga tersebar dan belum terintegrasi dengan Instalasi Rawat Jalan. Untuk itu, perlu segera direalisasikan pelayanan rawat jalan terpadu agar koordinasi, pengelolaan sarana prasarana alat dan SDM, serta pelaporan dan evaluasi monitoring dapat dilaksanakan dengan lebih baik.

Di samping itu, di RSHS pelayanan rawat jalan terpadu untuk kasus-kasus yang memerlukan pelayanan multidisiplin diharapkan terus dikembangkan, termasuk pelayanan spesifik berdasarkan usia atau organ, seperti *Woman Health Care*, pelayanan usia remaja, *Fetomaternal Diagnostic*, dll. Pelayanan untuk mendukung program pemerintah *Millenium Development Goals*(MDGs), seperti pelayanan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Tuberculosis Multi Drugs Resistance* (TB MDR) yang selama ini sudah berjalan juga perlu terus ditingkatkan. Selanjutnya pelayanan sel punca atau *stem cell* perlu dikembangkan di RSHS sebagai PPK tingkat III.

1. **Pelayanan Gawat Darurat**

Jumlah kunjungan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) selama lima tahun terakhir menunjukan fluktuasi. Total kunjungan di IGD RSHS pada tahun 2010 mencapai 45.437, dan di tahun 2013 mencapai 43.903. Pada tahun 2012 rata-rata kunjungan rawat darurat/hari adalah 118 kunjungan, meningkat pada tahun 2013 tercapai 120 kunjungan/hari, sehingga pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat adalah 1.02, dengan nilai 1,5. Pada Triwulan I tahun 2014, kunjungan pasien di IGD RSHS menurun, dengan pertumbuhan rata-rata 0,95. Namun masih mencapai target tahun 2014 yaitu dengan nilai 1,25.

Penurunan pada triwulan I tahun 2014 dipengaruhi oleh penataan pelayanan di IGD, dimana beban pelayanan IGD yang semula cukup tinggi untuk kasus-kasus *false emergency* terus dikurangi dengan adanya sistem triase berbasis bukti yang mengutamakan pelayanan IGD untuk pasien *true emergency*. Pada tahun 2013, pasien dari rawat jalan yang dikirim ke IGD sebanyak 3,41% menurun pada triwulan I tahun 2014 yaitu sebesar 2,45%. Sebagian dari pasien yang dirujuk dari rawat jalan adalah pasien *false emergency* dengan kebutuhan layanan rawat inap namun belum tersedia ruang rawat inap. Ke depan, kualitas skrining/triase di IGD ini masih perlu ditingkatkan. Di samping itu, penurunan ini dikarenakan pada pelaksanaan JKN, peran PPK II dan PPK I untuk melayani pasien sesuai dengan rujukan berjenjang terus ditingkatkan. Hal ini tampak dari data yang menunjukkan rujukan dari rumah sakit lain pada tahun 2013 sebesar 27,37% menurun dibandingkan triwulan I tahun 2014 yaitu sebesar 25,32%, Demikian juga kasus yang dikirim dari puskesmas menurun dibandingkan tahun 2013, yaitu sebesar 4,20% pada tahun 2013 menjadi 2,16% pada triwulan I tahun 2014.

Indikator *emergency response time rate* pelayanan di IGD RSHS dalam 5 tahun terakhir sudah mencapai standard, dengan capaian <5 menit, nilai 2 (standard<8 menit).

****Permasalahan utama untuk pelayanan di IGD adalah stagnasi pasien di IGD yang masih cukup tinggi setiap harinya. Hasil kajian menunjukan penyebab stagnasi tersebut sebagian besar dikarenakan tidak tersedianya ruangan rawat inap yang dibutuhkan oleh pasien, terutama untuk kasus-kasus yang membutuhkan ruang perawatan intensif dan *high care*. BOR rawat intensif RSHS menunjukan angka yang sangat tinggi selalu melampaui 90%. Di samping itu, kebutuhan kelas perawatan menunjukan trend semakin tingginya kebutuhan perawatan kelas I dan II. Selain karena ketersediaan ruang rawat, masalah stagnasi juga dipengaruhi oleh *decision time* di IGD. Untuk itu optimalisasi fungsi dokter spesialis on site di IGD perlu terus ditingkatkan.

Angka kematian gawat darurat di RSHS pada tahun 2013 adalah 2,22%, dengan nilai 2, sudah mencapai nilai standard Badan Layanan Umum (BLU). Angka ini menunjukan penurunan jika dibandingkan dengan angka kematian gawat darurat di tahun sebelumnya (2012) yaitu 2,63%. Namun masalah yang masih sering dihadapi terkait dengan stagnasi pasien di IGD yaitu stagnasi pasien-pasien di ruang resusitasi IGD karena terbatasnya ruang rawat intensif untuk flow pasien dari ruang resusitasi. Hal ini seringkali menyebabkan kendala dalam penanganan kasus-kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan di ruang resusitasi. Selain itu, alat-alat kesehatan di ruang resusitasi IGD juga perlu ditingkatkan agar pelayanan pasien gawat darurat yang memerlukan tindakan di ruang resusitasi dapat terlaksana dengan lebih optimal.

1. **Pelayanan Rawat Inap**

Kinerja pelayanan rawat inap ditunjukan oleh beberapa indikator. Indikator hari perawatan RSHS di tahun 2010 sempat mengalami penurunan menjadi 282.821, namun cenderung meningkat terus menjadi 305.196 di tahun 2013. Pertumbuhan hari perawatan tahun 2013 mencapai 1,01 dengan capaian nilai 1,5. Namun pada triwulan I tahun 2014, pertumbuhan Hari Perawatan sebesar 0,94, dengan nilai berdasarkan standard BLU adalah 1. Dengan demikian realisasi pertumbuhan Hari Perawatan belum mencapai target yang ditetapkan RSHS untuk tahun 2014 yaitu 1,25.

Indikator capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) rawat inap secara keseluruhan di RSHS terus mengalami peningkatan terutama dalam 4 tahun terakhir. Di tahun 2013 BOR mencapai 83,95% melampaui nilai standard BOR rumah sakit (60-80%). BOR tertinggi terutama terjadi di perawatan intensif melampaui 90%. Pada Semester I tahun 2014 BOR mencapai 82,36% dengan capaian nilai 2. Peningkatan BOR di tahun 2013 dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya secara jumlah pasien yang dirawat per hari mengalami peningkatan dari 801 pasien pada akhir tahun 2012 menjadi 829 pasien per hari pada akhir tahun 2013. Di samping itu, peningkatan BOR ini dipengaruhi pula oleh adanya perubahan kapasitas tempat tidur, semula 1124 di tahun 2011 dan 2012 menjadi 996 kapasitas tempat tidur RSHS. Perubahan kapasitas ini mempertimbangkan beberapa ruangan yang tidak memenuhi standard ruang rawat inap baik dari aspek sarana, prasarana, maupun jumlah SDM yang melayani, khususnya SDM perawat. Kapasitas Tempat Tidur di ruang transit IGD (Ruang Angsana/Suplemen *Wing* IGD dan Ruang Rawat Gabung (RGB) tidak dimasukan ke dalam kapasitas tempat tidur mengingat ruangan tersebut sebagai ruang transit sementara sebelum ruang rawat definitif tersedia dan dalam pengelolaannya di bawah Instalasi Gawat Darurat bukan Instalasi Rawat Inap.

Berbagai upaya untuk terus meningkatkan produktivitas pelayanan khususnya pelayanan rawat inap terus ditingkatkan, baik berupa kebijakan, panduan dan SPO pelayanan rawat inap serta perbaikan dan peningkatan sarana, prasarana, alat kesehatan sesuai kebutuhan standardpelayanan rawat inap dan kelas perawatan. Masalah lainnya untuk pelayanan rawat inap adalah penataan organisasi rawat inap, termasuk tata kelola dan SDM. Kebutuhan dan distribusi tenaga perawat untuk pelayanan rawat inap sesuai ratio standard juga masih belum terpenuhi.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, masalah stagnasi pasien di IGD disebabkan karena keterbatasan ketersediaan ruang rawat inap yang dituju. Stagnasi ini terjadi di IGD maupun di ruang *recovery room* Instalasi Bedah Sentral (IBS). Kebutuhan yang tinggi khususnya untuk ruang rawat intensif dan *high care*. Namun seiring dengan pelaksanaan pelayanan JKN di tahun 2014, kecenderungan stagnasi juga terjadi pada pasien yang membutuhkan perawatan kelas I dan II. Selain stagnasi pasien di IGD dan *Recovery Room* IBS, ketersediaan ruang rawat inap menjadi masalah untuk pasien-pasien rawat jalan yang membutuhkan pelayanan rawat inap. Sampai saat ini, *waiting list* di *admission* yang menunggu ketersediaan ruang rawat sudah sangat panjang. Untuk beberapa operasi elektif diperlukan waktu tunggu sampai beberapa bulan untuk dapat dilakukan tindakan operasi, salah satunya karena masalah tidak tersedianya ruang rawat inap yang diperlukan.

Sementara untuk ratio tempat tidur kelas III, dalam 5 tahun terakhir RSHS sudah mencapai target. Capaian di tahun 2013 adalah 58,94% (nilai 2), angka ini jauh melampaui nilai standard yang ditetapkan yaitu sebesar>30%. Kebutuhan kapasitas tempat tidur perawatan intensif berdasarkan perbandingan dengan total kapasitas tempat tidur di RSHS adalah sekitar 100 tempat tidur. Saat ini baru tersedia 35 tempat tidur rawat intensif. Pengembangan *high care unit* (HCU) juga terus ditingkatkan karena keterbatasan ruang rawat intensif, namun masih terkendala sarana prasarana dan alat yang tersedia. Saat ini tersedia 45 tempat HCU di RSHS. Kebutuhan ruang rawat kelas I dan II juga terus mengalami peningkatan, terutama pada era pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional, dimana terdapat kecenderungan kebutuhan yang meningkat untuk ruang perawatan kelas I dan II karena meningkatnya persentase pasien non PBI yang berubah status kepesertaan dari pasien umum atau asuransi menjadi peserta BPJS Kesehatan.

*Average Length of Stay* (ALOS) atau rata-rata lama dirawat seorang pasien selama 5 tahun terakhir berfluktuasi namun sudah mencapai angka ideal (6-9 hari). ALOS tahun 2013 telah mencapai 5 hari, dan pada triwulan I tahun 2014 mencapai 7 hari dengan nilai 2. Walaupun demikian, secara umum pelaksanaan *clinical pathway* yang salah satunya untuk pengendalian ALOS pelayanan rawat inap di RSHS dinilai belum optimal. Untuk itu, upaya pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi *clinical pathway* di RSHS perlu terus ditingatkan, sebagai acuan untuk kendali mutu pelayanan yang dilaksanakan.

Indikator kematian 48 jam (*Net Death Rate*) di RSHS juga masih menjadi masalah. Dalam lima tahun terakhir *Net death rate* (NDR) di RSHS menunjukkan angka yang cukup tinggi.NDRselama periode tahun 2010-2013 berfluktuasi mulai dari 4,79;% 4,07%; 3,4%; 3,95%. Pada triwulan I tahun 2014, NDR RSHS meningkat menjadi 5,53%, sedangkan angka idealnya adalah<2,5%.

Tabel 2. 4 NDR per ruangan Semester I 2014

| **NO** | **RUANGAN** | **NDR** |
| --- | --- | --- |
| 1 | ICU | **40.93** |
| 2 | NICU | **33.33** |
| 3 | HCU RIK | **32.56** |
| 4 | UNIT LUKA BAKAR | 32.14 |
| 5 | MIC FRESIA | **28.07** |
| 6 | PICU | **24.49** |
| 7 | NCCU | **19.81** |
| 8 | FLAMBOYAN | **18.75** |
| 9 | KEMUNING LT.1 | **14.24** |
| 10 | AZALEA | **13.66** |
| 11 | HCU KEMUNING | **11.88** |
| 12 | KEMUNING LT.5 ( WING B) | **10.66** |
| 13 | PARAHYANGAN LT.2 | **5.78** |
| 14 | FRESIA LT.3 (MAWAR) | **5.75** |
| 15 | AGLONEMA | **5.52** |
| 16 | KEMUNING LT.2 (WING A) | **5.39** |
| 17 | KENANGA 1 | **5.39** |
| 18 | FRESIA LT.1 (ANYELIR) | **5.17** |
| 19 | CICU | **4.71** |
| 20 | KEMUNING LT.4 (WING B) | **4.46** |
| 21 | KEMUNING LT.4 (WING B) | **4.46** |
| 22 | FRESIA LT.2 (MELATI) | **3.76** |
| 23 | KEMUNING LT.3 (WING A) | **3.59** |
| 24 | KEMUNING LT.2 (WING B) | **3.03** |
| 25 | PARAHYANGAN LT.4 | **2.93** |

Tingginya angka kematian tersebut dipengaruhi oleh kompleksitas kasus yang datang ke RSHS dan belum optimalnya sistem koordinasi antar unit terkait, sehingga kerjasama tim multidisiplin perlu ditingkatkan. Selain itu, peran *Case Manager* dalam ini sangat penting, sehingga perlu adanya tupoksi yang jelas antara *case manager*, perawat pengawas, agar tidak terjadi tumpang tindih dan memperjelas pelaksananya di lapangan.

Disamping itu, NDR yang tinggi merupakan dampak dari ketersediaan rawat inap intensif dan *high care* yang terbatas. Tingginya angka NDR di HCU karena sebagian besar kasus yang masuk HCU sebenarnya adalah kasus yang memerlukan perawatan ICU, namun dikarenakan keterbatasan kapasitas ICU RSHS maka dirawat di HCU bahkan rawat inap biasa. Untuk itu, perlu dilakukan peningkatan kapasitas ruang rawat intensif serta pengembangan perawatan *high care*, meliputi ruang perawatan *High Care* untuk anak, obstetri, bedah, medikal, termasuk juga pengembangan Unit Luka Bakar (*Burn Unit*), *Neurology Intermediate Care* (NIC) atau stroke unit, dll. Saat ini, kapasitas HCU di RSHS baru tersedia 45 tempat tidur (TT), yang terdiri dari 5 TT HCU Medical (MIC), 7 TT HCCU, 3 TT Unit Luka Bakar (*Burn Unit*), 6 TT HCU Kemuning, 2 TT HCU Obgyn, 2 TT HCU Anak, 6 NPIU, 8 HCU RIK, dan 6 NCCU. NCCU yang dalam pengelolaannya sudah di bawah Instalasi Rawat Intensif karena kebutuhan ruang rawat tersebut adalah dengan standard perawatan intensif, namun masih dimasukan dalam rawat *High Care* karena sarana prasarana dan alat yang belum memadai sesuai standard ICU. Unit Luka Bakar dengan kapasitas hanya 3 TT, tidak memadai baik dalam standard sarana prasarana maupun jumlah tempat tidur, mengingat RSHS merupakan rujukan puncak Jawa Barat untuk kasus luka bakar.

Pelaksanaan Audit Medik di RSHS khususnya untuk audit tingginya NDR di RSHS perlu terus dilakukan, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya untuk menurunkan angka NDR tersebut dengan melibatkan semua unit terkait.

Angka Kematian Neonatal dan Angka Kematian Ibu sebagai dukungan terhadap salah satu program pemerintah dalam MDGs di RSHS juga belum mencapai target yang ditetapkan di tahun 2013. Penurunan diharapkan mencapai 10 % dibandingkan tahun 2012, baru mencapai 0,27%. Perlu peningkatan kegiatan Audit Maternal Perinatal untuk setiap kasus kematian ibu di RSHS. Beberapa penyebab kematian Ibu di RSHS yaitu: *irreversible hypovolemic shock*, *multiple organ failure*, gagal jantung, *respiratory failure*. Selain itu, keterbatasan ruang rawar intensif dan HCU untuk kasus obgyn dan neonatal menjadi salah satu penyebab belum tercapainya target penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan AKN tersebut. Untuk itu, program untuk memenuhi standard PONEK khsusunya dalam sarana prasarana perlu ditingkatkan, dengan upaya memenuhi kebutuhan alat yang diusulkan untuk menunjang kegiatan PONEK, dan peningkatan kemampuan SDM dengan pendidikan dan pelatihan di dalam dan di luar RSHS. Penataan alur pelayanan dan lokasi ruang tindakan obstetri (VK) yang tersentral dan berdekatan dengan kamar operasi (IBS) juga perlu segera terealisasi. Saat ini, di RSHS masih terdapat ruang VK yang letaknya di ruang rawat obgyn berjauhan dengan kamar operasi IBS. Selain itu, kegiatan pembinaan ke PPK tingkat I, PPK tingkat II, dan Bidan swasta sebagai upaya untuk pembinaan rujukan perlu terus ditingkatkan.

Permasalahan lain yang juga perlu mendapatkan perhatian adalah infeksi nosokomial rumah sakit (*hospital infection incidence rate*). Angka infeksi Rumah Sakit di RSHS tahun 2012 dilaporkan 0,45%, dan pada tahun 2013 terlaporkan sebesar 1,56%. Pada Triwulan I tahun 2014, capaian angka infeksi rumah sakit (nosokomial) adalah 1,25% dekubitus dengan nilai 0,75, Phlebitis 1% dengan nilai 1, Infeksi Saluran Kemih (ISK) 0,11% dengan nilai 1, dan Infeksi Luka Operasi (ILO) 0,18% dengan nilai 1. Namun disadari bahwa kualitas pengumpulan dan rekapitulasi data infeksi rumah sakit dinilai belum baik. Salah satu penyebabnya adalah jumlah IPCN di RSHS yang belum mencukupi dan mereka belum bertugas secara purna waktu. Selanjutnya upaya untuk meningkatkan kualitas data infeksi rumah sakit perlu terus ditingkatkan agar menggambarkan keadaan sesungguhnya dari kejadian infeksi nosokomial yang terjadi di RSHS untuk kemudian dapat dilakukan langkah-langkah upaya tindak lanjut. Demikian pula untuk sarana prasarana untuk ruang isolasi/infeksi juga masih terbatas dan belum memenuhi standard, sehingga perlu ditingkatkan sesuai standard yang telah ditetapkan.

1. **Pelayanan Operasi**

Jumlah operasi selama periode tahun 2010-2013 menunjukkan fluktuasi, di tahun 2009 mencapai 15.976 tindakan operasi, 2010 mengalami penurunan menjadi 15.051 tindakan operasi, kemudian meningkat lagi menjadi 16.670 tindakan operasi di tahun 2013. Pertumbuhan tindakan operasi di tahun 2013 mencapai 1, dengan nilai 1,5. Pada triwulan I tahun 2014, pertumbuhan tindakan operasi mengalami penurunan yaitu dengan capaian 0,87 (nilai 0,5).

Masalah utama yang dihadapi adalah waktu tunggu operasi. Per definisi berdasarkan pedoman perhitungan kinerja Satker BLU terbaru bahwa waktu tunggu sebelum operasi dihitung berdasarkan waktu tunggu pasien sejak diputuskan operasi elektif dan telah dijadwalkan di kamar operasi sampai dilaksanakannya tindakan operasi elektif (standard 2 hari). Di RSHS penjadwalan di kamar operasi dilakukan oleh Instalasi Bedah Sentral di hari sebelum operasi dilaksanakan, sehingga laporan indikator tersebut memenuhi standard. Namun pada kenyataanya, *waiting list* operasi sangat tinggi dengan waktu pelaksanaan operasi semenjak pasien diputuskan untuk dilakukan tindakan operasi mencapai beberapa bulan. Salah satu penyebabnya seperti yang telah dijelaskan sebelumnya adalah keterbatasan ruang rawat inap. Khususnya untuk kasus bedah anak sangat terkendala ketersediaan ruang rawat inap khusus bedah anak untuk kelas I dan kelas II.

Selain itu, permasalahan waktu tunggu tindakan operasi tersebut disebabkan banyaknya pasien yang membutuhkan tindakan operasi di RSHS, juga karena utilitas kamar operasi yang masih rendah. Hasil analisis rendahnya utilitas kamar operasi disebabkan peralatan standard di kamar operasi yang belum terpenuhi, sarana prasarana yang masih perlu ditingkatkan, *cutting time* yang terlambat, interval antar operasi yang masih panjang, serta perberdayaan tenaga SDM di Instalasi Bedah Sentral yang belum optimal.

Angka pembatalan operasi tahun 2013 juga masih cukup tinggi yaitu 7%, dengan nilai 0,5. Semester I tahun 2014 angka pembatalan operasi ini masih tinggi yaitu 7,21%. Penurunan pembatalan tindakan operasi telah diupayakan dengan telah dimulainya pelayanan klinik Anestesi untuk skrining pre operasi di rawat jalan.

Indikator angka kematian post operasi (*post operative death rate*) tahun 2012 adalah 0,06% dan pada tahun 2013 yaitu 0,07% dengan nilai 2. Dengan demikian *postoperative death rate* sudah mencapai standard yang ditetapkan yaitu<2%.

1. **Pelayanan Radiologi**

Jumlah pemeriksaan radiologi selama periode tahun 2010-2013 menunjukkan penurunan, yaitu 119.078 menjadi 111.223 di tahun 2013. Penurunan ini seiring dengan penurunan kunjungan rawat jalan yang terjadi selama periode tersebut. Capaian pertumbuhan pemeriksaan radiologi di tahun 2013 mencapai 0,99 dengan nilai 1,25. Kegagalan hasil radiologi tahun 2013 adalah 2%, dengan nilai 1,5. Indikator waktu tunggu pelayanan radioogi tahun 2013 dilaporkan 3 jam 52 menit dengan nilai 1,5. Pada triwulan I tahun 2014 pertumbuhan rata-rata per hari pemeriksaan radiologi mencapai 0,87 dengan capaian nilai 0,5. Penurunan jumlah pemeriksaan di tahun 2014, secara signifikan disebabkan karena adanya pengendalian pemeriksaan penunjang di masa transisi pelaksanaan pelayanan JKN. Bentuk upaya kendali biaya untuk pemeriksaan penunjang tengah diupayakan melalui proses verifikasi pelayanan penunjang. Namun di sisi lain, hal ini perlu dievaluasi lebih lanjut karena pengendalian pelayanan tidak semata-mata kendali biaya namun tetap melakukan kendali mutu dalam arti pelaksanaan pelayanan sesuai standard tetap harus dilaksanakan. Untuk itu, sosialisasi ke SMF dan instalasi serta monitoring dan evaluasi pengendalian pelayanan JKN perlu terus dilakukan.

Pada era JKN ini justru pelayanan radioterapi mengalami peningkatan yang cukup signifikan. pada Semester I tahun 2014 mencapai 50.428 pelayanan meningkat dibandingkatan Semester I tahun 2013 sebanyak 55.632 pelayanan, yaitu dengan capaian 1,82.

Masalah yang dihadapi dalam pelayanan radiologi adalah masih diperlukannya peningkatan sarana prasarana khususnya *maintenance* peralatan. Pengelolaan sarana, prasarana, dan alat melalui koordinasi dengan Instalasi Penunjang yang telah terbentuk. Untuk itu, perlu ditingkatkan penataan organisasi dan tata kelola Instalasi Penunjang RSHS. Dengan telah dibangunnya *diagnostic center*, maka para tahap operasionalnya perlu direalisasikan pelayanan penunjang *one stop service* di RSHS. Kebutuhan peralatan kesehatan untuk pelayanan penunjang mempertimbangkan peluang kerja sama penyerataan (KSP).

Sebagai rumah sakit rujukan tertier, RSHS perlu mengembangkan pelayanan radiologi intervensi karena tuntutan kemajuan ilmu dan teknologi sudah demikian pesatnya.

1. **Pemeriksaan Laboratorium**

Pertumbuhan pemeriksaan Patologi Klinik dan Patologi Anatomi Semester I tahun 2014 adalah 0,94 belum mencapai target tahun 2014. Penurunan signifikan terlihat pada jumlah pemeriksaan Patologi Klinik.

Jumlah pemeriksaan laboratorium Patologi Klinik dalam lima tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu sebanyak 1.294.312 pemeriksaan di tahun 2010 menjadi 1.393.505 pemeriksaan di tahun 2013. Capaian pertumbuhan pemeriksaan Patologi Klinik di tahun 2013 mencapai 1,01 dengan nilai 1,5. Seperti halnya pemeriksaan radiologi, pada masa transisi pelaksanaan JKN ini, maka pengendalian pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh masing-masing verifikator unit penunjang. Evaluasi dan sosialisasi mengenai bentuk pengendalian terus dilakukan agar kendali mutu pelayanan dapat dipertahankan.

Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium tahun 2013 mencapai 0,92%, dengan nilai 2. Waktu tunggu hasil laboratorium tahun 2013 yang terukur adalah *Turn Around Time* (TAT) 30 menit-2 jam dengan capaian nilai 2. Dari segi mutu pelayanan patologi klinik perlu terus ditingkatkan melalui peningkatan sarana prasarana termasuk dalam sarana untuk pengiriman sampel dan hasil pemeriksaan laboratorium.

Di samping itu, kebutuhan darah yang cukup tinggi, baik untuk pelayanan di kamar operasi, instalasi gawat darurat, rawat inap, maupun rawat jalan RSHS, maka perlu diupayakan terbentuknya Unit Transfusi Darah (UTD) untuk menjamin ketersediaan kebutuhan darah yang cukup tinggi.

Dalam lima tahun terakhir, pemeriksaan patologi anatomi (PA) mengalami peningkatan, dari 12.808 pemeriksaan di tahun 2010 menjadi 15.311 pemeriksaan di tahun 2013. Pertumbuhan pemeriksan PA di tahun 2013 mencapai 1,07 dan nilai 1,5.

Pelayanan PA masih menghadapi beberapa permasalahan, diantaranya sarana prasarana serta alat yang masih perlu ditingkatkan. Demikian juga waktu tunggu hasil pemeriksaan PA yang masih cukup lama.

1. **Pelayanan Kedokteran Nuklir**

Jumlah pemeriksaan Kedokteran Nuklir selama periode tahun 2009-2013 mengalami fluktuasi namun dengan kecenderungan meningkat. Di tahun 2009 pelayanan Kedokteran Nuklir 16.131 menjadi 22.284 di tahun 2013. Kunjungan pasien ke Kedokteran Nuklir tidak hanya berasal dari Jawa Barat tetapi juga dari luar Jawa Barat, seperti dari Semarang, Yogyakarta, Surabaya, Lampung, Padang, Aceh, Jambi, Makasar dan Kupang.

Pada tahun 2012 Pelayanan Kedokteran Nuklir mencapai jumlah 17.592, dan pada tahun 2013 mencapai 22.284 dengan pertumbuhan 1,27 dan nilai 1,50.Permasalahan yang saat ini dihadapi dalam pelayanan Kedokteran Nuklir adalah perlu segera dioperasionalkannya pelayanan PET *scan* (*Positron Emision Tomography*) melalui pengadaan *cyclotron* atau generator *gallium*. Pelayanan rawat inap di kedokteran Nuklir juga perlu ditingkatkan dalam sarana prasarana serta tenaga khususnya tenaga perawat agar pelaksanaan pelayanan sesuai standard yang ditetapkan.

1. **Kecepatan pelayanan Resep Obat Jadi**

Di tahun 2012, kecepatan pelayanan resep obat jadi di RSHS adalah 32 menit, jauh lebih tinggi dibandingkan target yang ditetapkan (<8 menit). Kecepatan pelayanan resep obat jadi di tahun 2013 s.d Triwulan III mencapai 15 menit dan di triwulan IV mencapai 8,5 menit. Pada Semester I tahun 2014 sudah mencapai 8 menit dengan nilai 1,5. Jumlah resep pada tahun 2012 adalah 3.801.566 resep, pada tahun 2013 terlayani sebanyak 3.711.315 resep dengan pertumbuhan 0,98. Penulisan resep sesuai formularium tahun 2013 telah mencapai 99,06%, pada triwulan I tahun 2014 meningkat lagi menjadi 99,1% dengan capaian nilai 2.

Permasalahan yang dihadapi dalam pelayanan Farmasi adalah ketersediaan obat/BMHP dan AMHP, untuk itu perlu terus ditingkatkan pengembangan satu pintu Farmasi untuk pelayanan obat/BMHP dan AMHP. Adanya ruang produksi farmasi yang memenuhi standard telah mulai diupayakan di tahun 2014. Pelayanan obat untuk pasien rawat inap belum sepenuhnya dilakukan oleh tenaga Farmasi. Selain itu, perlu dikembangkan pengujian bioavailabilitas obat-obatan yang digunakan di RSHS.

1. **Kelengkapan dan Pengembalian Rekam Medis**

Kelengkapan rekam medik RSHS di akhir tahun 2013 mencapai 95%. Pengembalian rekam medis di akhir tahun 2013 mencapai 96%. Pada Semester I tahun 2014 capaian kelengkapan rekam medis mencapai 75%, dan pengembalian rekam medik dalam 24 jam mencapai 97%. Penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional sangat menuntut kelengkapan dan pengembalian rekam medik tepat waktu, sehingga untuk hal ini, peningkatan kualitas pengisian rekam medik perlu terus ditingkatkan melalui monitoring dan evaluasi berkala.

Dalam hal sarana prasarana, rekam medik membutuhkan segera penataan dan peningkatan, agar tersedia ruang penyimpanan rekam medik yang tersentral dan memadai baik untuk pelayanan rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap. Pengembangan *e-medical record* perlu terus ditingkatkan sebagai upaya *less paper medical record.*

***2.1.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan***

Gambaran kinerja keuangan pada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam memenuhi target dari Rencana Stategis Bisnis periode tahun 2009 sampai dengan tahun 2013:

* Rasio Keuangan

Terdiri dari: Rasio kas (*cash ratio*), Rasio Lancar (*current ratio*), Periode penagihan piutang (*Collection Period*), perputaran persediaan (*inventory turn-over*), Perputaran aset tetap (*fixed current asset*), Imbalan Ekuitas (*Return of Equity*), Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional, dan Rasio subsidi biaya pasien.

Tabel 2. 5 Hasil Perhitungan Rasio KeuanganTahun 2009-2013

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Rasio Keuangan** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
| 1. | Imbalan Investasi | 6,95 % | 5,46% | 7,70% | 14,70% | 11,09% |
| 2. | Rasio Kas | 47,84 % | 110,20% | 56,48% | 66,97% | 155,63% |
| 3. | Rasio Lancar | 347,82% | 265,95% | 124,54% | 237,11% | 820,21% |
| 4. | Periode Penagihan Piutang | 33 hari | 31 hari | 63 hari | 63 hari | 63 hari |
| 5. | Perputaran Persediaan | 19 hari | 14 hari | 16 hari | 27 hari | 17 hari |
| 6. | Perputaran Aset Tetap | 129,86% | 50.61% | 81.09% | 50.61% | 65,5% |
| 7. | Imbalan Ekuitas | 0,25% | 5,92% | 0,43% | 8,12% | 11,3% |
| 8. | Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional (*cost recovery*) | 68,92% | 69,12% | 74,49% | 86,90% | 86,66% |
| 9. | Ratio Subsidi Biaya Pasien | 6,45 | 7,53 | 7,41 | 6,84 | 7,86 |

Keterangan :

Dari tahun 2009 s.d 2010 perhitungan menggunakan Permenkes 156/Menkes/SK/I/2003, tahun 2011 s.d 2012 perhitungan didasarkan pada pedoman penyusunan RBA Nomor 209/MENKES/SK/I/2011, sedangkan untuk tahun 2013 menggunakan PMK 54/PB/XII/2013.

Analisis atas rasio keuangan dari tahun 2009 s.d 2013 adalah sebagai berikut :

1. Imbalan Investasi

Tingkat pengembalian investasi selama tahun 2009-2011 berkisar 5,46-7,70%, angka ini masih berada dibawah yang diharapkan berkisar antara 11-12%, sedangkan tahun 2012 dan 2013 tingkat pengembalian sudah mencapai yang diharapkan

1. Kas Rasio

Kas Rasio selama tahun 2009, 2011 dan 2012 antara 47,84% sampai 66,97%, masih belum dapat memenuhi kewajiban jangka pendek, sedangkan untuk tahun 2010 dan 2013 sudah dapat memenuhi kewajiban tetapi belum mencapai standard tertinggi sebesar Nilai 240<RK<300 dengan skor 2.

1. Rasio Lancar (RL)

Rasio Lancar selama tahun 2009 sampai dengan 2012 antara 124,54% sampai 347,82%, sudah dapat memenuhi kewajiban jangka pendek, namun belum mencapai standard tertinggi sebesar RL>600 atau dengan skor 2,5 sedangkan untuk tahun 2013 sudah dapat memenuhi kewajiban dan sudah mencapai standard tertinggi

1. Periode Penagihan Piutang (PPP)

Periode penagihan piutang, selama lima tahun terakhir berkisar antara 31 sampai dengan 63 hari belum mencapai skor tertinggi yaitu PPP<30 hari dengan skor 2.

Tidak tercapainya Periode Penagihan piutang tahun 2013 dikarenakan:

* Piutang yang belum dibayar pihak ketiga cukup tinggi
* Keterbatasan dana Jamkesda dimasing-masing Pemda Kota/Kabupaten.
* Droping dana Jamkesmas terlambat dan masih menjadi piutang ditahun 2014
* Piutang umum terealisasi hanya 20%

1. Perputaran Persediaan

Perputaran persediaan untuk lima tahun terakhir berkisar antara 13-27 hari dengan skor antara 1-1,5, Perputaran Persediaan ini belum mencapai standard tertinggi sebesar PP>35% atau dengan skor 2.

1. Perputaran Aset Tetap (PAT)

Perputaran Asep tetap dari tahun ke tahun target sudah melebihi standard yang ditetapkan dengan PAT>20 (skor 2).

Pada tahun 2009 ke tahun 2010 terjadi penurunan nilai yang signifikan, dikarenakan adanya penilaian kembali aset tetap tanah yang disesuaikan dengan Nilai Jual Objek Pajak (NJOP).

1. Imbalan Equitas

Imbalan Equitas selama tahun 2009 sampai dengan 2011 antara 0,25%, sampai 5,92 belum mencapai nilai tertinggi ROE>8 (Skor 2). Untuk tahun 2012 dan 2013 hasil perhitungan sebesar 8,12% dan 11,3%. sudah mencapai target.

1. Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional (PB)

Rasio dari tahun 2009 sampai dengan 2013 menunjukan nilai yang semakin naik sudah memenuhi standard PB>65% (Skor 2,5)

1. Rasio Subsidi Biaya Pasien (SBP)

Rasio SBP dari tahun 2009 sampai dengan 2013 berkisar antara 6,45%-7,53% dalam penilaian masih dibawah standard tertinggi, yaitu 10%<SBP<15% dengan skor 2.

Dari nilai perhitungan diatas dapat di rekapitulasi skor kinerja keuangan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2. 6 Skor Kinerja Keuangan Tahun 2009-2013

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahun** | **Skor tertinggi** | **Target** | **Realisasi** |
| 1. | 2009 | 20 | 15 | 16,5 |
| 2. | 2010 | 20 | 15 | 17,7 |
| 3. | 2011 | 20 | 15,5 | 17,2 |
| 4. | 2012 | 20 | 16 | 18,4 |
| 5. | 2013 | 30 | 24,75 | 26,25 |

Data SIMAK-BMN RSHS pada tanggal 31 Mei 2014 :

1. Kondisi Baik : 860.675.045.254,-
2. Kondisi Rusak Ringan : 6.709.444.940,-
3. Kondisi Rusak Berat : 22.151.387.353,-

TOTAL : **889.535.877.547,-**

Gambar 2. 3 Target dan Skor Kinerja KeuanganTahun 2009-2013

Perhitungan indikator kinerja keuangan terjadi perubahan penilaian pada tahun 2013 mengacu PMK Nomor 54/PB/2013 tanggal 31 Desember 2013 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.

Untuk mencapai sasaran Kinerja Pengelolaan Keuangan tiap tahun dibuat target indikator keuangan mulai tahun 2009 sampai tahun 2013. Setiap tahun realisasi pencapaian kinerja keuangan berada diatas target yang ditetapkan dengan kisaran peningkatan sebesar 11%-15%.

Berikut ini akan dijabarkan pencapaian Pendapatan dan Biaya tahun 2009 sampai dengan 2013.

* 1. **Pendapatan**

Pendapatan rumah sakit diperoleh dari jasa layanan medis, penunjang medis, dan pendapatan lainnya yang diterima rumah sakit dari masyarakat (pasien) secara tunai, pembayaran piutang, dan pendapatan lainnya.

Realisasi pendapatan rumah sakit PNBP-BLU pada tahun 2009 sampai dengan tahun 2013, merupakan salah satu pencapaian kinerja rumah sakit, disajikan dalam bentuk tabel sebagaimana dapat dilihat pada table 2.7.

Tabel 2. 7 Realisasi Pencapaian Pendapatan Tahun 2009-2013

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **TAHUN** | **PENDAPATAN REALISASI** | **KENAIKAN** | **%** |
| 1 | 2009 | 258.930.193.090 |  |  |
| 2 | 2010 | 288.436.828.596 | 29.506.635.506 | 11,40 |
| 3 | 2011 | 391.348.772.635 | 102.911.944.039 | 35,68 |
| 4 | 2012 | 492.193.366.827 | 100.844.594.192 | 25,77 |
| 5 | 2013 | 581.840.592.878 | 89.647.226.051 | 18,21 |

Pada tabel 2.7, terlihat pada tahun 2011 terjadi peningkatan pendapatan yang sangat signifikan, hal ini dikarenakan adanya penghapusan sistem Kerja Sama Operasional (KSO) dengan pihak ketiga diantaranya pengelolaan: Farmasi, Laboratorium, dan Kedokteran Nuklir menjadi pelayanan satu pintu.

* 1. **Belanja**

Belanja terdiri dari 3 (tiga) kelompok yaitu belanja pegawai, belanja barang dan belanja investasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan, diantaranya pemberian kesejahteraan pegawai untuk mendorong meningkatkan kualitas produktivitas, pemenuhan sarana dan prasarana yang lebih baik dan lengkap, sehingga pelanggan/masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang memuaskan.

Data realisasi belanja dari tahun 2009 sampai dengan 2012, sebagaimana disajikan pada tabel 2.8.

Tabel 2. 8 Realisasi Belanja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahun** | **Belanja Pegawai** | **Belanja Barang** | **Belanja Modal** | **Jumlah** | **%** |
| 1 | 2009 | 106,999,342,871 | 137,847,877,160 | 18,789,895,753 | 263,637,115,784 |  |
| 2 | 2010 | 112,221,099,098 | 144,151,131,780 | 8,316,519,322 | 264,688,750,200 | 0.40 |
| 3 | 2011 | 135,688,236,083 | 232,039,117,465 | 22,381,953,175 | 390,109,306,723 | 47.38 |
| 4 | 2012 | 179,515,499,745 | 288,639,529,453 | 18,825,855,867 | 486,980,885,065 | 24.83 |
| 5 | 2013 | 196,079,348,058 | 535,519,180,608 | 59,032,468,510 | 594,551,649,118 | 22,09 |

Data tabel 2.8 memperlihatkan bahwa realisasi belanja pada tahun 2009 sampai dengan tahun 2013, setiap tahunnya meningkat seiring dengan peningkatan pendapatan rumah sakit, dimana RSHS sebagai rumah sakit dengan status BLU penuh, maka seluruh pendapatan yang diterima dapat digunakan langsung untuk membiayai kegiatan sesuai tugas dan fungsi rumah sakit.

Pada tahun 2011 terdapat peningkatan yang signifikan dari tahun 2010 sebesar 47,83%, yang disebabkan oleh:

* + Belanja pegawai, adanya penyesuaian tunjangan yang diberikan kepada seluruh pegawai yaitu tunjangan kesejahteraan rumah sakit (TKRS).
  + Belanja barang, secara keseluruhan daya beli di pasar meningkat, selesainya gedung rawat inap “Gedung Kemuning” dengan kapasitas tempat tidur 400 tempat tidur khusus untuk pelayanan pasien Jamkesmas dan Jamkesda, dan pelayanan satu pintu dari pelayanan farmasi, pelayanan laboratorium, nuklir, dan pemenuhan kebutuhan lainnya.
  + Belanja Investasi, dibangun gedung pelayanan penunjang (*Diagnostic Center)*, pelayanan jantung (*Cadiac Center*), serta kebutuhan peralatanan medis maupun non-Medis yang sangat dibutuhkan dalam menunjang kelancaran pelayanan yang berkualitas.

Tabel 2. 9 Realisasi Pendapatan dan Biaya Periode tahun 2009-2013

| **No.** | **Uraian** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** |
| **I** | **Pendapatan** | **390,601,365,090** | **400,610,630,596** | **583,221,118,635** | **686,584,540,827** | **791,970,278,938** |
|  | PNBP | 263,930,193,090 | 288,436,828,596 | 391,348,772,635 | 492,193,366,827 | 624,719,263,938 |
|  | APBN (Rupiah Murni) | 126,671,172,000 | 112,173,802,000 | 191,872,346,000 | 194,391,174,000 | 167,251,015,000 |
|  | a. Belanja Pegawai | 85,097,719,000 | 89,820,177,000 | 100,301,081,000 | 117,275,719,000 | 120,336,529,000 |
|  | b. Belanja Barang | 21,573,453,000 | 22,353,625,000 | 20,721,265,000 | 22,115,455,000 | 22,115,455,000 |
|  | c. Belanja Modal | 20,000,000,000 | 0 | 70,850,000,000 | 55,000,000,000 | 24,799,031,000 |

**Tabel 2.9 Realisasi Pendapatan dan Biaya Periode tahun 2009-2013 (Lanjutan)**

| **No.** | **Uraian** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** | **Realisasi** |
| **II** | **Belanja** | **385,484,325,215** | **375,879,546,200** | **580,302,935,599** | **674,901,304,030** | **755,688,713,649** |
|  | PNBP | 258,910,103,090 | 264,688,750,200 | 390,109,306,723 | 486,980,885,065 | 594,551,649,118 |
|  | a. Belanja Pegawai | 106,999,342,871 | 112,221,099,098 | 135,688,236,083 | 179,515,499,745 | 196,079,348,058 |
|  | b. Belanja Barang | 133,120,864,466 | 144,151,131,780 | 232,039,117,465 | 288,639,529,453 | 339,439,832,550 |
|  | c. Belanja Modal | 18,789,895,753 | 8,316,519,322 | 22,381,953,175 | 18,825,855,867 | 59,032,468,510 |
|  | APBN (Rupiah Murni) | 126,574,222,125 | 111,190,796,000 | 190,193,628,876 | 187,920,418,965 | 161,137,064,531 |
|  | a. Belanja Pegawai | 85,097,719,464 | 89,820,177,417 | 96,104,600,301 | 111,279,813,447 | 119,188,550,710 |
|  | b. Belanja Barang | 21,573,452,536 | 21,370,618,583 | 24,704,038,475 | 21,815,623,518 | 21,759,453,122 |
|  | c. Belanja Modal | 19,903,050,125 | 0 | 69,384,990,100 | 54,824,982,000 | 20,189,060,699 |
| **III** | **Surplus (Pendapatan PNBP-Belanja PNBP)** | **5,117,039,875** | **24,731,084,396** | **2,918,183,036** | **11,683,236,797** | **36,281,565,289** |
|  | PNBP | 5,020,090,000 | 23,748,078,396 | 1,239,465,912 | 5,212,481,762 | 30,167,614,820 |
|  | APBN (Rupiah Murni) | 96,949,875 | 983,006,000 | 1,678,717,124 | 6,470,755,035 | 6,113,950,469 |

***2.1.3 Pengukuran Indeks Kepuasan Pelanggan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung***

RSUP Dr. Hasan Sadikin telah melaksanakan pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat dengan metode wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien melalui pihak ketiga secara berkesinambungan dilakukan setiap 2 kali dalam setahun sesuai dengan keputusan dan peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MenPan) tentang pelayanan publik yang pada bulan Februari Tahun 2004 telah mengeluarkan Keputusan Menpan No. Kep/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.

Berikut nilai rata-rata pengukuran Indeks Kepuasan pelanggan:

Gambar 2. 4 Nilai Rata-Rata Pengukuran Indeks Kepuasan Pelanggan

Indeks kepuasan pasien dalam 4 tahun terakhir berkisar antara nilai 73-75 termasuk kategori Baik. Namun demikian indeks ini menunjukkan stagnasi dan cenderung menurun setelah tahun 2011 (tabel 2.14). Nilai terendah yang berkontribusi terhadap indeks kepuasan pasien tahun tahun terakhir ini berkaitan dengan kepastian jadwal dan kenyamanan lingkungan, kecepatan pelayanan serta prosedur pelayanan (gambar 2.4). Hal ini sesuai dengan komentar/saran responden antara lain; pelayanan yang lebih baik, perbaikan sarana, kebersihan kamar mandi pasien rawat inap, keramahan petugas, prosedur yang terlalu rumit.

Sehingga perlu dilakukan peningkatan pengelolaan untuk meningkatkan kepuasan pasien yang lebih tertata dan terintegrasi secara optimal.

Tabel 2. 10 Nilai Terendah dari Unsur-unsur Indeks Kepuasan Pasien Skor Nilai 1-4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Ranking** | **Unsur** | **Nilai sebelum konfersi** |
| 2010 | 1 | Kecepatan pelayanan | 2,82 |
|  | 2 | Prosedur Pelayanan | 2,89 |
|  | 3 | Kepastian jadwal dan kenyamanan lingkungan | 2,92 |
| 2011 | 1 | Kepastian jadwal | 2,68 |
|  | 2 | Kecepatan pelayanan | 2,83 |
|  | 3 | Prosedur Pelayanan | 2,93 |
| 2012 | 1 | Kepastian jadwal | 2,77 |
|  | 2 | Kepastian biaya pelayanan | 2,78 |
|  | 3 | Prosedur pelayanan | 2,92 |
| 2013 | 1 | Kecepatan pelayanan | 2,95 |
|  | 2 | Prosedur Pelayanan | 2,98 |
|  | 3 | kenyamanan lingkungan | 3,02 |

# III.MEMBANGUN AHS (*ACADEMIC HEALTH SYSTEM*) JAWA BARAT

## 3.1 Integrasi Pelayanan-Pendidikan-Penelitian

Dinamika tuntutan para *stakeholders* kunci sistem kesehatan saat ini dan masa mendatang menuntut adanya perubahan dalam paradigma pengelolaan Sistem Kesehatan Nasional. Dinamika tuntutan para *stakeholders* kunci tersebut melingkupi kebutuhan akan konsolidasi dan harmonisasi layanan kesehatan, peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan nasional, dan kebutuhan akan efisiensi layanan kesehatan (*A report from the AAMC Advisory Panel on Health Care,* 2014). Bagian signifikan atas tuntutan perubahan paradigma pengelolaan sistem layanan kesehatan nasional tersebut terletak pada semakin terintegrasinya pengelolaan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di bidang ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat. Perubahan paradigma tersebut mencakup bagaimana sistem layanan kesehatan diberikan; bagaimana para peserta didik kedokteran diedukasi dan diintegrasikan ke dalam sistem layanan kesehatan; bagaimana lembaga riset diorganisir dan didanai menunjang pelayanan dan penddikan; dan bagaimana misi organisasi dari berbagai pihak yang terlibat dalam sistem layanan kesehatan disatukan bersama-sama dengan sebuah cara baru yang sinergis dan bermakna. Mengacu kepada *best practice* di dunia dalam pengelolaan kesehatan, integrasi tersebut sudah berkembang mulai dari bentuk AHC (*academic health center*, yang merupakan integrasi menyeluruh institusi pendidikan dan institusi layanan kesehatan) menjadi AHS (*Academic Health System*, yang merupakan kesatuan AHC dengan jejaring pelayanan dan pendidikannya). Konsep dasar AHC dapat dimaknai dari ungkapan berikut.

*AHC is not a single institution but a constellation of functions and organizations committed to improving the health of patients and population through the Integration of the irrolesin research, education and patient care to produce knowledge and evidence base that becomes the foundation for both treating illness and improving health. The integration involves more than the simultaneous provision of education, research and patient care. It requires the purpose link age of the roles so that research develops the evidence base, patient care applies and refines the evidence base and education teaches evidence based and team-based approaches to care and prevention (United States Academy of Science 2004)*

Dalam konteks RSB ini, terbentuknya integrasi AHC RSHS-PMN RSMC-FKUP yang dituangkan dalam bentuk PKS merupakan langkah awal yang sangat strategis dengan beberapa alasan dan tujuan berikut:

* + *Best practice* di dunia menunjukkan bahwa 70% dari institusi kesehatan terbaik 20 dunia berbentuk integrasi AHC
  + Untuk mewujudkan sinergi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian. Sinergi ini akan meningkatkan kapasitas dan kompetensi institusi dalam penanganan kasus tersier dan akhirnya meningkatkan kepuasan *stakeholders* mulai dari staf, pasien, peserta didik dan pemerintah
  + Untuk mewujudkan sinergi dalam penggunaan dan pengelolaan sumber daya secara bersama
  + Untuk mewujudkan sinergi dalam pengembangan teknologi kesehatan yang semakin pesat perkembangannya
  + Untuk mewujudkan sistem organisasi RSHS yang lebih efektif dalam menjalankan fungsi *parenting* bagi SMF/Departemen sehingga tidak terjadi birokrasi yang ganda dan tumpang tindih

## 3.2 Rancangan AHS Jawa Barat

Jawa Barat merupakan provinsi dengan pendudukan terbesar di Indonesia. Terwujudnya AHS di Jawa Barat akan memiliki dampak yang sangat signifikan bagi terwujudnya visi kesehatan nasional. AHS Jawa Barat yang dimaksud merupakan integrasi antara RSHS dengan RS Regional Jawa Barat (yang dikelola oleh Provinsi Jawa Barat), dan RSUD Kota/Kab.

Dengan adanya AHS Jawa Barat ini diharapkan dapat diwujudkan:

* Peningkatan kapasitas AHC RSHS dalam penanganan kasus-kasus tersier dan dalam mewujudkan layanan unggulan sebagai *center of excellent*
* Percepatan pembinaan RS Jejaring, terutama RS Regional Jawa Barat
* Penguatan sistem rujukan mulai dari RSUD Kota/Kab ke RS Regional dan akhirnya ke RSHS
* Memperluas jangkauan sistem layanan kesehatan dengan lingkup kewilayahan yang lebih luas dan jasa kesehatan yang mencakup semua area kontinum layanan kesehatan (promotif, preventif, dan kuratif)
* Capaian indikator kinerja kesehatan Jawa Barat dan Nasional yang lebih baik

## 3.3 Tantangan Mewujudkan AHS Jawa Barat

Mengacu kepada *Advancing the Academic Health System for the Future* (2014), terdapat beberapa tantangan dalam mewujudkan AHS:

1. Mewujudkan tingkat integrasi yang paling optimal sehingga mampu mendorong pengembangan sistem informasi layanan kesehatan, pertukaran informasi kesehatan, layanan interdisiplin berbasis komunitas yang diperluas, manajemen penyakit kronis, program transisi dari rumah sakit ke *homecare*, teknologi monitoring *remote* dan informasi terkini lainnya, dan banyak lagi dalam rangka memperbaiki mutu kesehatan masyarakat. Penyatuan ini juga akan mendorong pelibatan jaringan terpadu berbagai keahlian dokter, termasuk penggunaan protokol berbasis bukti (*evidence based*). Ada beberapa aspek integrasi AHS yang dibutuhkan, yakni :

* Integrasi organisasi : yang meliputi tata kelola, penyelarasan organisasi, pembangunan citra (*branding*), penyelarasan peran dokter, dll.
* Integrasi finansial : yang meliputi insentif finansial yang terselaraskan, manajemen biaya, dll.
* Integrasi layanan kesehatan : yang meliputi kontinum layanan, akses pada layanan kesehatan, koordinasi layanan kesehatan, model inovatif layanan kesehatan, dan integrasi layanan kesehatan.
* Integrasi informasi : yang meliputi infrastruktur pelaporan layanan kesehatan berbasis indikator keberhasilan, portal pasien, pertukaran informasi kesehatan, *data warehousing/business inteligence.*

1. AHS membutuhkan tata kelola, organisasi dan sistem manajemen yang kuat dan terselaraskan dalam rangka mewujudkan tujuan organisasinya. Pekerjaan untuk membangun sistem layanan kesehatan berbasis AHS adalah proses yang tidak mudah. Dalam banyak kasus, eksekusi dari strategi sistem layanan kesehatan berbasis AHS membutuhkan disiplin tinggi dalam menurunkan biaya operasional dan meningkatkan penggunaan berbagai aset secara efisien, sambil secara serempak membangun pola kemitraan baru. Proses pengambilan keputusan berbasis konsensus tradisional dan fungsi-fungsi operasional organisasi yang berjalan sendiri-sendiri akan menghambat dan dinilai kontra-produktif.

Kemampuan organisasi yang baru juga perlu dibangun untuk menunjang keputusan dan rangkaian tindakan yang terintegrasi dan cepat dalam menjawab berbagai kebutuhan sistem layanan kesehatan. Sistem manajemen yang baru yang patut untuk dikembangkan di dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS antara lain adalah :

1. Sistem informasi : Kemampuan organisasi untuk bergerak dalam sistem layanan kesehatan dalam rangka mewujudkan kinerja operasional, kinerja medik, pengendalian aneka risiko organisasi, maupun kinerja finansial, sangat bergantung pada kualitas informasi yang mengalir dalam menunjang keputusan dan tindakan pada berbagai tingkatan dan fungsi operasional organisasi. Oleh karena itu, sebuah kebutuhan mendesak untuk menempatkan penataan sistem informasi sebagai salah satu agenda strategis yang disasar demi mewujudkan sistem layanan kesehatan berbasis AHS yang diidamkan.
2. Sistem keuangan : kemampuan menggerakkan berbagai misi layanan kesehatan, pendidikan, dan riset kesehatan perlu ditunjang oleh dukungan finansial yang solid dan berkesinambungan. Untuk kepentingan tersebut, sistem layanan kesehatan berbasis AHS perlu menata kemampuannya dalam mengelola keuangan, yang bukan hanya mampu untuk memproyeksikan kebutuhan finansial di masa depan, namun juga mampu menyeimbangkan secara efektif dan efisien berbagai sumber daya finansial.
3. Pembangunan kemampuan kepemimpinan : AHS yang diperkirakan sukses di masa depan akan berbasis pada struktur berbasis tim yang terdiri dari para eksekutif yang mumpuni dan ditunjang oleh sistem manajemen yang ekselen. Untuk mampu mengelola sistem layanan kesehatan berbasis AHS tersebut, kemampuan kepemimpinan merupakan sebuah kebutuhan utama yang demikian strategis. Kemampuan kepemimpinan ini merupakan modal dasar agar mampu menggerakkan segenap sumber daya dari sistem layanan kesehatan berbasis AHS untuk mencapai tujuan bersama agar sesuai dengan tuntutan para pemangku kepentingan utamanya. Oleh karena itu, prinsip kepemimpinan yang diperkirakan diperlukan untuk dibangun dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS antara lain adalah:
4. *Trust* (saling percaya) : basis kesuksesan AHS membutuhkan keyakinan bahwa para pemimpin dan tim percaya bekerja dengan mitra yang tepat
5. Tujuan bersama (*united direction*): Para pemimpin yang berhasil dalam AHS mengutamakan pencapaian tujuan bersama sebagai prioritas utama ketimbang manfaat-manfaat yang bisa digapai oleh masing-masing organisasi yang tergabung dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS.
6. Transparansi : Kejelasan bersama dalam mencapai tujuan dan strategi bersama dan pemahaman bersama tentang capaian kinerja operasional, medik, dan finansial dalam AHS merupakan sebuah keharusan bagi berbagai tim agar berfungsi sebagaimana yang ditargetkan.
7. Akuntabilitas : Tiap pemimpin harus akuntabel dalam mewujudkan tujuan dan strategi bersama dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS.
8. Komunikasi : Para pemimpin dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS perlu memastikan bahwa informasi mengalir ke seluruh bagian organisasi. Para pemimpin tersebut hanya bisa mencapai tujuan bersamanya jika ada sistem komunikasi dan informasi yang membuat arahan pemimpin dari berbagai lapisan organisasi dapat dipahami oleh segenap personil dan unit organisasi yang bekerja dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS.
9. AHS membutuhkan transparansi dalam pengelolaannya. Fondasi atas rantai nilai pengelolaan sistem layanan kesehatan adalah transparansi atas biaya, kualitas, keamanan, efektivitas, pengalaman pasien, dan harga jasa kesehatan. Transparansi dalam segala aspek dari sistem layanan kesehatan merupakan kebutuhan bagi para pengguna jasa untuk dasar membandingkan berbagai biaya-biaya terkait, seperti obat, peralatan, perlakuan layanan, dan pemberi jasa layanan. Terlebih lagi, di era digital sekarang, tidak bisa dihindari bahwa informasi yang menjelaskan antara hasil dan biaya layanan kesehatan akan menjadi mudah tersedia secara luas di masyarakat. Ketersediaan informasi ini telah membawa pengaruh bagi para pengguna jasa dalam memutuskan opsi jenis layanan kesehatan yang dikehendakinya. Komitmen transparansi pada berbagai tingkatan sistem layanan kesehatan akan menyediakan dasar perbaikan berkelanjutan dan akuntabilitas. Implikasi bagi para pemimpin atas tuntutan transparansi pada berbagai tingkatan sistem layanan kesehatan membutuhkan ketrampilan sebagai berikut :
10. Perencanaan mutu, operasi, finansial strategis yang terpadu.
11. Berbagi informasi finansial, operasi, dan mutu yang melintasi semua silo organisasi dan satuan kerja operasi.
12. Sistem pelaporan kinerja yang terbuka bagi masyarakat luas yang menginformasikan capaian-capaian aktual kinerja dibanding targetnya baik dari sisi mutu, harga, maupun kepuasan pasien.
13. Budaya berbagi informasi, akuntabilitas bersama, dan orientasi hasil.
14. Struktur akuntabilitas dalam sistem layanan kesehatan yang memampukan terlaksananya upaya-upaya perbaikan kinerja.
15. Upaya-upaya advokasi nasional yang berkelanjutan yang menjelaskan kepada pengambil kebijakan, pengguna jasa, pembayar jasa, masyarakat luas tentang peran unik sistem layanan kesehatan dalam memberikan pendidikan dan riset kedokteran serta menyediakan jasa layanan kesehatan.
16. Dalam menghadapi persaingan dan demi kelangsungan misi jangka panjang, AHS membutuhkan restrukturisasi dalam model biaya operasi dan kinerja kualitas. Menyeimbangkan dan menyelaraskan tujuan-tujuan di atas dapat dicapai melalui sebuah model operasi sistem layanan kesehatan yang memadukan antara pola layanan kesehatan *low cost* dan hasil-hasil yang disasar, mengoptimalkan kombinasi layanan untuk memperoleh pola layanan yang paling sesuai, dan memadukan proses manajemen dan disiplin operasi untuk mengevaluasi dan mendorong secara kontinu penurunan biaya layanan kesehatan.
17. Pemilihan strategi penumbuhan dan pengembangan AHS haruslah didasarkan atas asesmen jujur atas kekuatan dan kekurangan sistem yang ada saat ini demi perbaikan kontinu kinerja dan revitalisasi budaya organisasi. Berdasarkan hasil asesmen kekuatan dan kekurangan AHC tersebut dapat dikembangkan sebuah peta jalan (*road map*) perbaikan kontinu atas kinerja dan proses AHC agar tercapai tujuan sistem layanan kesehatan berbasis AHS.

Lima tantangan di atas merupakan tantangan yang sama yang akan dihadapi oleh RSHS dalam mewujudkan AHS Jawa Barat.

# IV. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

Arah ke mana sebuah institusi publik hendak diwujudkan di masa depan akan sangat tergantung pada dinamika tuntutan *stakeholders* utama terhadap keberadaan institusi publik tersebut. Kondisi ini juga berlaku bagi RSHS, dalam mewujudkan visi dan misi. Kemampuan mengidentifikasi harapan dan kekhawatiran *stakekolders* utama sebagai prioritas dari tuntutan *stakeholders* utama merupakan salah satu tahap kritis di awal dalam menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSHS di tahun-tahun mendatang. Selain itu, informasi tentang patok duga (*benchmark*) juga ikut menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSHS dalam menjalankan misi layanan, pendidikan, dan penelitiannya di masa mendatang. Untuk kepentingan ini, bagian ini akan menyajikan informasi tentang proyeksi tuntutan *stakeholders* utama dan *benchmark* yang kelak menentukan arah dan prioritas strategis renstra RSHS pada kurun waktu tahun 2015-2019.

## 4.1 Tuntutan *Stakeholders* utama

Bagian ini menyajikan informasi tentang harapan dan kekhawatiran yang menjadi prioritas para *stakeholders* utama RSHS pada kurun waktu tahun 2015-2019. Tabel 3.1 menyajikan informasi harapan dan kekhawatiran yang menjadi prioritas para *stakeholders* utama terhadap RSHS.

Tabel 4. 1 Harapan dan Kekhawatiran Utama *Stakeholder* Utama

| **No** | ***Stakeholder*** | **Harapan** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Kementerian Kesehatan | RSHS menjadi AHS   * Peningkatan kemampuan pada penanganan kasus tersier * Minimal 2 layanan unggulan dan mengampu RS Regional * Integrasi pelayanan, pendidikan, dan penelitian serta fungsi penapisan teknologi (HTA) * Akreditasi internasional, dan rekomendasi kebijakan kepada pemerintah |
| 2 | Kementerian Riset &Pendidikan Tinggi | Kontribusi pada pembangunan nasional (transformatif) dan meningkatkan daya saing bangsa   * Tanggung jawab kewilayahan * Fungsi pengembangan ilmu (sub-spesialis) dengan lulusan yang berdaya saing global * Akreditasi internasional * Dokter layanan primer |
| 3 | Pemprov Jawa Barat | Meningkatkan akses dan cakupan layanan yang merata   * Lulusan untuk memenuhi kebutuhan Jawa Barat * Membina RS Regional * Kontribusi untuk pencapaian target indikator kesehatan Jawa Barat |
| 4 | Kementerian Keuangan | Transprasansi, akuntabilitas, WTP, kemandirian dalam anggaran, pencapaian target-target kinerja finansial, *cost-effectiveness* |
| 5 | Universitas Padjajaran | Mendapatkan privilege dalam pelayanan, menjadi model sinergi, bidang kesehatan menjadi lokomotif untuk merangkul rumpun ilmu kesehatan |
| 6 | Pasien | Layanan terbaik (responsif, aman, ramah) |
| 7 | Peserta Didik | Tempat belajar terbaik (fasilitas, pengajar, kemudahan akses, beasiswa, atmosfir yang kondusif)  Menghasilkan nakes yang unggul, berdaya saing, dan mampu berkontribusi untuk Jawa Barat |
| 8 | RS Regional | Mengampu dalam pembinaan SDM, teknis dan manajemen RS. Koordinasi antara RS Regional dan RSHS-FK Unpad.Rujukan dapat diterima |

Tabel 4. 1. Harapan dan Kekhawatiran Utama *Stakeholder* utama (Lanjutan)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | ***Stakeholder*** | **Harapan** |
| 9 | Masyarakat Jawa Barat | Kemudahan akses dan layanan  menjadi andalan dan pilihan utama |
| 10 | Asuransi & BPJS | Layanan yang efisien dan tidak ada fraud  Administrasi yang lengkap |
| 11 | Unit kerja/SMF | Standard minimum fasilitas terpenuhi (termasuk IT, pengadaan, dll) |
| 12 | Staf Klinik | Kesejahteraan, kejelasan karir, keselamatan kerja |
| 13 | Staf Non-Klinik | Kesejahteraan, kejelasan karir |

## 4.2 Tantangan Strategis

Memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* utama dan informasi dari *benchmark*, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSHS untuk periode tahun 2015-2019 sebagai berikut:

1. Berkontribusi untuk pencapaian target indikator kesehatan Jabar melalui indikator kesehatan RSHS.
2. Mewujudkan akreditasi internasional JCI.
3. Menjadi model sinergi kemitraan dalam merangkul rumpun ilmu yang lain.
4. Mewujudkan kesejahteraan, kejelasan karir dan mono-loyalitas.
5. Mewujudkan layanan unggulan.
6. Melaksanakan pengampuan pada RS Jejaring.
7. Meningkatkan integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian.
8. Melakukan penguatan produk penelitian (publikasi, Haki, rekomendasi kebijakan).
9. Memperkuat kemampuan pada penanganan kasus tersier.
10. Mewujudkan keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost effective.*
11. Mewujudkan kemitraan strategis *Academic* (A), *Business* (B), *Government* (G), *Community* (C), *Media* (M).
12. tempat belajar terbaik (fasilitas, pengajar, kemudahan akses, beasiswa, atmosfir yang kondusif).
13. Meningkatkan level integrasi IT RSHS.

## 4.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai

Rumusan **Visi** RSHS adalah:

*Menjadi Institusi Kesehatan yang unggul dan transformatif dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat*

*“Transformative leader in health care”*

* Yang dimaksud institusi kesehatan adalah RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung.
* Yang dimaksud unggul adalah terbaik dan melebihi standard dalam kualitas layanan, kualitas pendidikan dan kualitas penelitian. Khususnya dalam pelayanan, diakui menjadi rujukan nasional (rujukan lintas provinsi dalam penanganan kasus-kasus tersier, yang statusnya ditetapkan oleh pemerintah karena telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan: memiliki minimal 2 layanan unggulan subspesialistik, melaksanakan secara aktif penapisan teknologi kesehatan, dan terakreditasi internasional).
* Yang dimaksud transformatif adalah menjadi pelopor dan berkontribusi nyata dalam peningkatan status kesehatan masyarakat Indonesia.

Rumusan **Misi** 2015-2019 RSHS adalah:

* Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan prima, yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian.
* Menyelenggarakan sistem rujukan pelayanan kesehatan berjenjang yang bermutu.
* Melakukan transformasi dalam mewujudkan status kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Rumusan **Tata Nilai RSHS** adalah:

PAMINGPIN PITUIN

(Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas)

Tabel 4. 2 Tata Nilai RSHS 2015-2019

|  |  |
| --- | --- |
| **Tata Nilai** | **Definisi** |
| Kepemimpinan | nilai yang menggambarkan kepeloporan dan menyiapkan talenta-talenta terbaik di bidangnya |
| Profesional | nilai yang berorientasi pada pencapaian kinerja melalui penjalinan kemitraan |
| Inovatif | nilai yang menggambarkan keinginan untuk menghasilkan suatu yang baru dan senantiasa melakukan perbaikan secara berkesinambungan |
| Tulus | keinginan untuk memberi tanpa pamrih, proaktif dan responsif |
| Unggul | keinginan untuk menjadi yang terbaik dan menghasilkan kualitas prima |
| Integritas | nilai yang menggambarkan kejujuran, amanah dan menjunjung etika yang tinggi dalam menjalankan tugas |

4.4 Patok Duga (*Benchmark*)

RSHS telah menetapkan institusi di bawah ini sebagai acuan patok duga kinerjanya.

1. Radboud University Medical Center, Nijmegen-Belanda.
2. University of Colorado Health Sciences Center, Denver-USA.

Alasannya adalah ketiga rumah sakit *benchmark* ini memiliki karakteristik yang sama dengan RSHS sebagai rumah sakit Pendidikan, dan telah terjalin kerjasama selama ini.

## 4.5 Analisis SWOT

Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya merepresentasikan berbagai faktor eksternal yang dinilai sebagian tidak sepenuhnya bisa dikendalikan dan bahkan sebagian sisa lainnya di luar kendali RSHS dan berbagai faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh RSHS dalam rangka mewujudkan visi organisasinya. Faktor eksternal direpresentasikan dalam analisis SWOT melalui *OPPORTUNITIES* (Peluang) dan *THREATS* (Ancaman)*,* sedangkan *STRENGTHS* (Kekuatan) dan *WEAKNESSES* (Kelemahan) merepresentasikan faktor internal.

Analisis dilakukan dengan menganalisa faktor-faktor eksternal organisasi yang akan memengaruhi jalannya roda organisasi RSHS dan kemudian berdasarkan pemahaman atas faktor eksternal tersebut dilanjutkan dengan menganalisa faktor internal organisasi dalam mewujudkan visi RSHS untuk periode tahun 2015-2019.

***4.5.1.RSHS***

***a. Analisis SWOT RSHS***

Berikut ini disajikan analisis faktor eksternal dan internal yang dinilai faktor-faktor *OPPORTUNITIES* dan *THREATS* serta *STRENGTHS* dan *WEAKNESSES* dalam mewujudkan visi periode 2015-2019.

**Peluang (*Opportunities*)**

* + JKN
  + Kerjasama intenasional (termasuk *supplier hospital)*
  + Kondisi demografis Jawa Barat ( penduduk yang banyak)
  + Dukungan Regulasi: UU Dikdok, kewajiban publikasi, sistem remunerasi, sistem kontrak kinerja SKP
  + Dukungan pemda Kab/Kota dan Pemprov Jawa Barat
  + Dukungan sebagai RS rujukan Nasional
  + Perkembangan teknologi kesehatan
  + Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan

**Ancaman (*Threats*)**

* Diberlakukannya MEA (Masyarakat Ekonomi Asean)
* Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya tarik yang lebih bagi pasien dan calon staf
* Ketidakpastian dukungan dana pemerintah
* Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien (potensi tuntutan hukum dari pasien)
* Ketergantungan kepada suplier (obat dan alat kesehatan)
* Perubahan regulasi dan kompleksitas regulator
* Ketidakstabilan nilai tukar rupiah

**Kekuatan (*Strengths*)**

* Sudah memiliki 133 layanan sub-spesialistik
* Ragam kasus yang tinggi (untuk pendidikan dan penelitian)
* Jumlah dokter SDM subspesialistik sebanyak 325 orang
* Jumlah PPDS 1300 orang
* Sudah memiliki layanan unggulan dalam kedokteran nuklir
* Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital, dll)

**Kelemahan (Weakness)**

* Masih rendahnya keandalan sarana dan prasarana
* IT belum terintegrasi
* Belum optimalnya sistem *reward & consequence*
* Belum optimalnya sistem jejaring pelayanan
* Rasio perawat belum ideal
* Belum optimalnya integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian (proses bisnis tersegmentasi)
* Belum terbangunnya budaya kinerja, budaya kolaboratif dan budaya transformatif

1. ***Diagram Kartesian Pilihan Prioritas Strategis***

Tujuan bagian ini adalah untuk menentukan posisi bersaing RSHS untuk mewujudkan visi periode tahun 2015-2019. Penilaian posisi bersaing ini dilakukan dengan memperhatikan *benchmark* (patok duga). Posisi bersaing RSHS dilakukan dengan memperhatikan hasil analisa SWOT dan *benchmark*.

Berikut ini disajikan analisa posisi bersaing RSHS untuk periode tahun 2015-2019.

Tabel 4. 3 Peluang (*Opportunity*) RSHS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peluang(*Opportunity*) | Bobot | Rating (1-100) | Nilai |
| 1.    JKN | 20 | 90 | 18 |
| 2.    Kerjasama internasional (termasuk *sister hospital*) | 15 | 80 | 12 |
| 3.    Kondisi demografis Jawa Barat (penduduk yang banyak) | 5 | 80 | 4 |
| 4.    Dukungan regulasi: UU Dikdok, kewajiban publikasi, sistem remunerasi, sistem kontrak kinerja SKP | 5 | 60 | 3 |
| 5.    Dukungan Pemda Kab/Kota dan Pemprov Jawa Barat | 5 | 75 | 3.75 |
| 6.    Dukungan sebagai RS Rujukan Nasional | 20 | 80 | 16 |
| 7.    Perkembangan teknologi kesehatan | 10 | 60 | 6 |
| 8.    Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan | 5 | 50 | 2.5 |
| **Total** | **100** |  | **66.25** |

Tabel 4. 4 Ancaman (*Threat*) RSHS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ancaman(*Threat*) | Bobot | Rating (1-100) | Nilai |
| 1.   Diberlakukannya MEA (Masyarakat Ekonomi Asean) | 5 | -50 | -2.5 |
| 2.   Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien dan calon staf | 15 | -50 | -7.5 |
| 3.   Ketidakpastian dukungan dana pemerintah | 20 | -80 | -16 |
| 4. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien | 15 | -50 | -7.5 |
| 5. Ketergantungan kepada suplier (obat dan alat kesehatan) | 20 | -70 | -14 |
| 6. Perubahan regulasi dan kompleksitas regulator | 20 | -70 | -14 |
| 7. Ketidakstabilan nilai tukar rupiah | 5 | -40 | -2 |
| **Total** | **100** |  | **-63.5** |

Tabel 4. 5 Kekuatan (*Strength*) RSHS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kekuatan(*Strength*) | Bobot | Rating (1-100) | Nilai |
| 1.    Sudah memiliki 133 layanan sub-spesialistik | 15 | 60 | 9 |
| 2.    Ragam kasus yang tinggi (untuk pendidikan dan penelitian) | 15 | 80 | 12 |
| 3.    SDM dokter 325 tenaga subspesialistik | 20 | 60 | 12 |
| 4.    Jumlah PPDS 1300 orang | 5 | 70 | 3.5 |
| 5.    Sudah memiliki layanan unggulan dalam kedokteran nuklir | 20 | 30 | 6 |
| 6.    Sudah memiliki jaringan kemitraan (*network hospital*, dll) | 20 | 70 | 14 |
| **Total** | **100** |  | **56.5** |

Tabel 4. 6 Kelemahan (*Weakness*) RSHS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelemahan(*Weakness*) | Bobot | Rating (1-100) | Nilai |
| 1.   Masih rendahnya keandalan sarana dan prasarana | 15 | -75 | -11.25 |
| 2.   IT belum terintegrasi | 10 | -80 | -8 |
| 3.   Belum optimalnya sistem *reward & consequence* | 5 | -50 | -2.5 |
| 4.   Belum optimalnya sistem jejaring pelayanan | 15 | -25 | -3.75 |
| 5.   Rasio perawat belum ideal | 10 | -50 | -5 |
| 6.   Belum optimalnya integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian (proses bisnis tersegmentasi) | 15 | -75 | -11.25 |
| 7.   Belum terbangunnya budaya kinerja, budaya kolaboratif dan budaya transformatif | 15 | -75 | -11.25 |
| **Total** | **100** |  | **-53** |

Berdasarkan hasil perhitungan pada tabel 4.3 hingga 4.6, posisi bersaing RSHS untuk periode tahun 2015-2019 berada di kuadran II pada diagram kartesius (lihat gambar 4.1). Posisi yang ada memperlihatkan bahwa dari internal, RSHS memiliki kelemahan yang lebih besar dibandingkan kekuatannya. Meskipun demikian, terdapat peluang yang lebih besar dibandingkan ancaman dari eksternal. Untuk itu, stratergi yang sebaiknya dipilih adalah memanfaatkan peluang untuk memperbaiki mutu kelembagaan institusi.

Gambar 4. 1 Diagram Kartesian Pilihan Prioritas RSHS 2015-2019

**20**

**40**

**60**

**80**

**100**

**-**

**20**

**-**

**40**

**-**

**60**

**-**

**80**

**-**

**100**

**20**

**40**

**60**

**80**

**100**

**-**

**20**

**-**

**40**

**-**

**60**

**-**

**80**

**-**

**100**

**Strength**

**Weakness**

**Opportunity**

**Threat**

(

-

1,25; 3,5)

1. ***Analisa TOWS RSHS***

Berdasarkan posisi bersaing RSHS untuk periode tahun 2015-2019, maka analisa TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaannya. Berikut disajikan hasil analisa TOWS (Tabel 4.7 dan Tabel 4.8). Setiap sel matriks TOWS diisi oleh sasaran strategi yang menunjukkan prioritas strategis yang dipilih oleh RSHS pada kurun waktu tahun 2015-2019 dalam menghadapi salah satu dari 4 (empat) keadaan berikut:

1. memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*
2. memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*
3. meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu
4. meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu

Tabel 4. 7 Hasil Analisis TOWS (Strategi SO) RSHS

|  |  |
| --- | --- |
| Analisis TOWS untuk mendapatka pilihan strategi | Peluang (*Opportunities*) |
| 1.   JKN |
| 2.   Kerjasama internasional (termasuk *sister hospital*) |
| 3.   Kondisi demografis Jawa Barat (penduduk yang banyak) |
| 4.   Dukungan regulasi: UU Dikdok, kewajiban publikasi, sistem remunerasi, sistem kontrak kinerja SKP |
| 5.   Dukungan Pemda Kab/Kota dan Pemprov Jawa Barat |
| 6.   Dukungan sebagai RS Rujukan Nasional |
| 7.   Perkembangan teknologi kesehatan |
| 8.   Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan |
| Kekuatan(*Strength*) | **Strategi SO** |
| 1.    Sudah memiliki 133 layanan sub-spesialistik | S1, S3, S5, O1: Pengembangan layanan unggulan (kedokteran nuklir, & pencitraan molekuler, jantung terpadu, onkologi, infeksi, bedah minimal *invasive*, transplantasi ginjal) |
| 2.    Ragam kasus yang tinggi (untuk pendidikan dan penelitian) | S1, S3, O1, O6: pengembangan sistem jejaring kesehatan berjenjang bermodel *franchise* |
| 3.    SDM dokter 325 tenaga subspesialistik |  |
| 4.    Jumlah PPDS 1300 orang |  |
| 5.    Sudah memiliki layanan unggulan dalam kedokteran nuklir |  |
| 6.    Sudah memiliki jaringan kemitraan (*network hospital*, dll) |  |

Tabel 4. 8 Hasil Analisis TOWS (Strategi ST) RSHS

|  |  |
| --- | --- |
| Analisis TOWS untuk mendapatka pilihan strategi | Ancaman (*Threat*) |
| 1. Diberlakukannya MEA (Masyarakat Ekonomi Asean) |
| 2. Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien dan calon staf |
| 3. Ketidakpastian dukungan dana pemerintah |
| 4. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien |
| 5. Ketergantungan kepada suplier (obat dan alat kesehatan) |
| 6. Perubahan regulasi dan kompleksitas regulator |
| 7. Ketidakstabilan nilai tukar rupiah |
| Kekuatan (*Strength*) | **Strategi ST** |
| 1.    Sudah memiliki 133 layanan sub-spesialistik | S1, S2, T1, T2: Menjadi *venue* untuk *event* kesehatan nasional dan internasional |
| 2.    Ragam kasus yang tinggi (untuk pendidikan dan penelitian) | S2, S5, S6, T3: Membangun kemandirian finansial dengan bekerjasama bermodel korporasi |
| 3.    SDM dokter 325 tenaga subspesialistik | S1, S3, T4: Layanan *community health awareness*/*literacy* |
| 4.    Jumlah PPDS 1300 orang | S3, S6, T5: Kerja sama strategis dengan *supplier*, jejaring RS dalam peralatan |
| 5.    Sudah memiliki layanan unggulan dalam kedokteran nuklir |  |
| 6.    Sudah memiliki jaringan kemitraan (*network hospital*, dll) |  |

Tabel 4. 9 Hasil Analisis TOWS (Strategi WO) RSHS

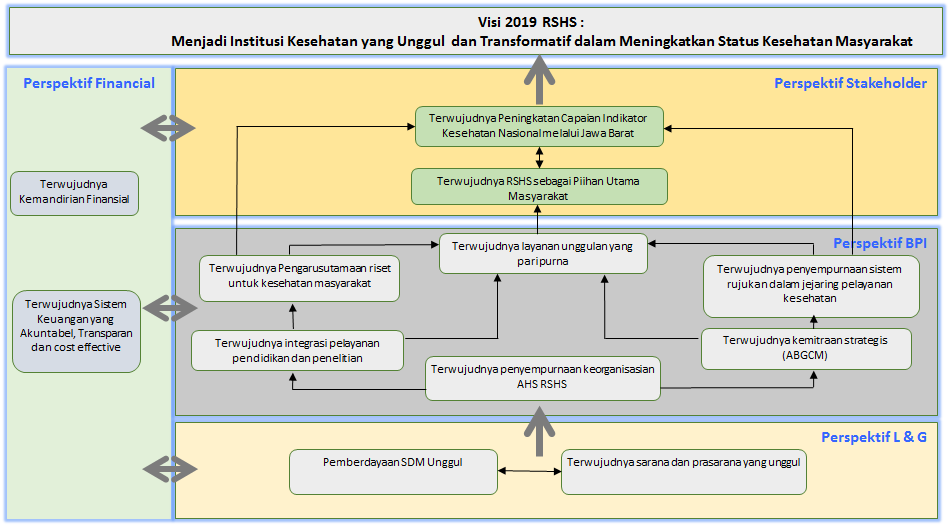
|  |  |
| --- | --- |
| Analisis TOWS untuk mendapatkan pilihan strategi | Peluang (*Opportunities*) |
| 1.   JKN |
| 2.   Kerjasama internasional (termasuk *sister hospital*) |
| 3.   Kondisi demografis Jawa Barat (penduduk yang banyak) |
| 4.   Dukungan regulasi: UU Dikdok, kewajiban publikasi, sistem remunerasi, sistem kontrak kinerja SKP |
| 5.   Dukungan Pemda Kab/Kota dan Pemprov Jawa Barat |
| 6.   Dukungan sebagai RS Rujukan Nasional |
| 7.   Perkembangan teknologi kesehatan |
| 8.   Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan |
| Kelemahan (*Weakness*) | **Strategi WO** |
| 1.   Masih rendahnya keandalan sarana dan prasarana | W1, O1, O2, O6, O7: Melakukan advokasi berbasis data, program dan kinerja untuk meningkatkan keandalan sarana dan prasarana, KSO melalui kemitraan RSHS-FKUP |
| 2.   IT belum terintegrasi | W2, O2, O7, O8: Pembenahan integrasi proses bisnis mengacu *best practices* |
| 3.   Belum optimalnya sistem *reward & consequence* | W3, O5: Implementasi reegulasi terkait sistem manajemen kinerja |
| 4.   Belum optimalnya sistem jejaring pelayanan | W4, O1, O2, O6, O7: *sister hospital*, perbaikan sistem rujukan (penguatan PPK1 dan PPK 2 dengan kerja sama pemda) |
| 5.   Rasio perawat belum ideal | W5, O2, O3, O6: Pendidikan perawat spesialistik (prodi) |
| 6.   Belum optimalnya integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian (proses bisnis tersegmentasi) | W6, O1: Portofolio kinerja pelayanan, penyempurnaan organisasi (AHC RSHS) |
| 7.   Belum terbangunnya budaya kinerja, budaya kolaboratif dan budaya transformative | W7, O2, O3, O5, O6: Transformasi budaya melalui kemitraan |

## 4.6. Peta Strategi

Berdasarkan hasil analisa posisi bersaing dan analisa TOWS, maka dapat disusun peta strategi. Dalam buku ini, peta strategi menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial. Peta strategi yang disusun diadaptasi dari pendekatan *Balanced Scorecard*. Gambar 4.2 menyajikan peta strategi RSHS untuk kurun waktu tahun 2015-2019. Peta strategi RSHS periode tahun 2015-2019 disusun atas 15 (lima belas) jenis sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan pada analisa TOWS sebagai berikut:

1. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan Jawa Barat
2. Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat
3. Terwujudnya lulusan yang berdaya saing global dan berkarakter leadership
4. Terwujudnya layanan unggulan
5. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan
6. Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)
7. Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian
8. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat
9. Terwujudnya penyempurnaan keorganisasian AHC RSHS
10. Terwujudnya kemandirian finansial
11. Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective
12. Terwujudnya integrasi IT RSHS
13. Terwujudnya transformasi budaya
14. Terwujudnya sarana prasarana yang andal
15. Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul

Berikut ini disajikan peta strategi RSHSPMN-RSMC, dan FKUP untuk periode tahun 2015-2019 (Gambar 4.3).



**Gambar 4. 2****. Peta Strategi RSHS, PMN-RSMC, dan FKUP 2015-2019**

Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi RSHS 2019, yakni “**Menjadi Institusi Kesehatan yang unggul dan transformatif dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat**”. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, sasaran strategis yang diperlukan pada perspektif *stakeholder* adalah terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional melalui Jawa Barat, yang hanya bisa dicapai jika RSHS dan FKUP mampu menghasilkan lulusan yang berdaya saing global dan berkarakter leadership dan RSHS- menjadi pilihan utama masyarakat.

Untuk mewujudkan kedua sasaran strategis tersebut, perlu terlebih dahulu diwujudkan layahan unggulan yang paripurna yang terdapat pada perspektif bisnis dan proses internal. Layanan unggulan yang paripurna dapat diwujudkan dengan a) mewujudkan pengarus-utamaan riset untuk kesehatan masyarakat yang ditopang oleh terwujudnya integrase pelayanan, pendidikan dan penelitian, b) mewujudkan penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring pelayanan kesehatan yang ditopang oleh terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM). Semua sasaran strategis proses bisnis ini hanya akan terwujud kalau terjadi penyempurnaan keorganisasian AHC di RSHS.

Dari perspektif *learning and growth* atau bisa disebut juga pengembangan personil dan organisasi, hal tersebut dicapai melalui pencapaian mewujudkan pemberdayaan SDM yang unggul dan sarana, prasarana, fasilitas kesehatan yang handal.

Perspektif finansial pada peta strategi berfungsi sebagai *enabler* yang memampukan percepatan perwujudan ketiga jenis perspektif lainnya (perspektif *stakeholder*, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif *learning* & *growth*). Ada dua jenis sasaran strategis yang perlu direalisasikan oleh RSHS yaitu tercapainya kemandirian finansial dan sistem keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effectiveness*.

# V. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

## 5.1 Matriks KPI

Berdasarkan peta strategi yang telah ditetapkan sebagai bingkai arah dan prioritas strategis RSHS demi mewujudkan visi di penghujung tahun 2019, maka dapat disusun Indikator Kinerja Utama atau KPI (*Key Performance Indicator*) dan target KPI serta bobot KPI dan *Person in Charge* (PIC) atas suatu KPI. Berbagai jenis KPI telah dirumuskan untuk renstra RSHS periode tahun 2015-2019. Sebagian jenis KPI adalah bertipe *outcome*, dan lainnya bertipe *output*, proses, dan *input*. KPI berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. KPI berjenis *outcome* merupakan indikator kinerja utama yang mengukur keberhasilan RSHS untuk menghasilkan sasaran strategis tertentu. Jenis KPI *outcome* hanya bisa diwujudkan bila ditunjang oleh berbagai KPI berjenis *output*, yang berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan keluaran suatu sasaran strategis pada peta strategis. Berbagai KPI bertipe proses merupakan kumpulan indikator keberhasilan sasaran strategis yang dibutuhkan untuk mewujudkan KPI bertipe *output*. Dalam buku ini, KPI bertipe proses hanya bisa diwujudkan bila RSHS mewujudkan KPI bertipe *input*, yang mengukur pencapaian keberhasilan RSHS dalam menyediakan sumber daya organisasi tertentu sebagai masukan untuk melakukan berbagai sasaran strategis pada proses bisnis internal.

Tabel 5.1 menggambarkan berbagai KPI untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi RSHS periode tahun 2015-2019.

Tabel 5. 1 Indikator Kinerja Utama (KPI)

| Perspektif | Sasaran Strategis | No | KPI |
| --- | --- | --- | --- |
| *Stakeholder* | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | 1 | AKI – Maternal Mortality Ratio (MMR) |
| 2 | AKB |
| 3 | Insidensi kanker serviks |
| Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | 4 | Preferensi masyarakat |
| 5 | Akreditasi RS |
| 6 | Tingkat kepuasan pelanggan |
| 7 | Tingkat kepuasan peserta didik |
| Proses Bisnis Internal | Terwujudnya layanan unggulan | 8 | % keberhasilan penangan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan |
| 9 | NDR rumah sakit |
| Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan | 10 | % kasus rujukan yang tepat |
| Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM) | 11 | Jumlah KSO alat medik>Rp.3M |
|  | 12 | Jumlah PPK (panduan praktek klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring |
| Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian | 13 | %Kepatuhan CP yang sejalan dengan kurikulum pendidikan |
| Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat | 14 | Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan |
| Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat | 15 | Jumlah publikasi riset |
| *Learning & Growth* | Terwujudnya sarana prasarana yang andal | 16 | Tingkat keandalan sarpras (*Overall Equipment Effectiveness*/ OEE) |
| Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul | 17 | % kasus ditangani DPJP |
| Finansial | Terwujudnya kemandirian finansial | 18 | POBO |
| Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective* | 19 | Hasil audit keuangan |

Target matriks KPI berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan secara kuantitatif di tiap tahun atas kemajuan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. Target KPI yang ditetapkan tiap tahun diupayakan ada peningkatan secara kuantitatif hingga terwujudnya visi RSHS di tahun 2019.

Bobot KPI ditentukan untuk menunjukkan tingkat kepentingan relatif suatu jenis KPI dibandingkan dengan jenis KPI lainnya. Total bobot semua jenis KPI adalah 100 (seratus) persen. Dengan demikian, bila ada suatu jenis KPI mempunyai nilai bobot lebih tinggi daripada jenis KPI lainnya, jenis KPI tersebut dinilai lebih menentukan dalam mewujudkan visi RSHS di akhir tahun 2019. Kondisi ini juga mengindikasikan bahwa bobot KPI yang lebih tinggi merepresentasikan keinginan kuat jajaran manajemen RSHS untuk merealisasikan suatu sasaran strategis yang dinilai lebih penting dan mendesak untuk mewujudkan visi 2019.

*Person in Charge* (PIC) menggambarkan penanggung jawab utama terhadap pencapaian suatu jenis KPI dalam menilai tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi RSHS-PMN RSMC-FKUP periode tahun 2015-2019. PIC mengondisikan bahwa penanggung jawab tersebut akan memantau, mengukur, dan mengevaluasi secara berkala status pencapaian kemajuan atau keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi dan pada waktu tertentu bersama-sama dengan PIC lainnya, PIC terkait melakukan secara berkala koordinasi untuk mengendalikan status pencapaian visi RSHS.

Tabel 5.2 menggambarkan informasi bobot KPI, target KPI tiap tahun dan PIC terkait.

Tabel 5. 2 Matriks KPI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **KPI** | **PIC** | **Baseline (2014)** | **TARGET** | | | | |
| **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** |
| 1 | AKI – Maternal Mortality Ratio (MMR) | Direktur Medik & Keperawatan | - | 904/  100.000 | 789/  100.000 | 670/  100.000 | 887/  100.000 | 473/  100.000 |
| 2 | AKND - Angka Kematian Neonatal Dini | Direktur Medik & Keperawatan | - |  | 81,4‰ | 73‰ | 60‰ | 60‰ |
| 3 | Insidensi kanker serviks | Direktur Medik & Keperawatan | - | 0.0056 | 0,0053 | 0,0030 | 0,0062 | 0,0066 |
| 4 | Preferensi masyarakat | Direktur Umum & Operasional | - | 3 | 2,5 | 70% | 95% | 97% |
| 5 | Akreditasi RSHS | Direktur SDM dan Pendidikan (Direktur Utama ) | Terakreditasi KARS | Mock Survey JCI | Akreditasi  JCI | Terakreditasi 100% KARS | Terakreditasi 100% KARS | JCI |
| 6 | Tingkat kepuasan pasien | Direktur Umum & Operasional | 73 | 75% | 78% | 75% | 80% | 82% |
| 7 | Tingkat kepuasan peserta didik | Direktur SDM dan Pendidikan |  | 70% | 74% | 78% | 78% | 86% |
| 8 | % keberhasilan penangan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan | Direktur Medik & Keperawatan | 80.76 | 83% | 90% | 90% | 90% | 94% |
| 9 | NDR rumah sakit | Direktur Medik & Keperawatan | 42,8 | 47,9‰ | 47,4‰ | 45‰ | 43‰ | 41‰ |
| 10 | % kasus rujukan yang tepat | Direktur Medik & Keperawatan | 20-25% | 48% | 50% | 55% | 60% | 66% |
| 11 | Jumlah KSO alat medik>Rp.3 M | Direktur Umum & Operasional | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 7 |
| 12 | Jumlah PPK (panduan praktek klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring | Direktur Medik & Keperawatan |  | 5 | 5 | 5 | 10 | 10 |
| 13 | % kepatuhan clinical pathway | Direktur Medik & Keperawatan | 26.3 | 40 | 50 | 70 | 90 | 90 |
| 14 | Jumlah publikasi riset | Direktur SDM dan Pendidikan |  | 100 | 150 | 165 | 182 | 200 |
| 15 | Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan | Direktur Umum & Operasional |  | 5 | 5 | 5 | 7 | 7 |
| 16 | Tingkat keandalan sarpras (*Overall Equipment Effectiveness*/ OEE) | Direktur Umum & Operasional |  |  | 75 | 78 | 85 | 100 |
| 17 | % kasus ditangani DPJP | Direktur Medik & Keperwatan | 30 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 18 | POBO | Direktur Keuangan RSHS |  | 81 | 82 | 75 | 75 | 77 |
| 19 | Hasil audit keuangan | Direktur Keuangan RSHS |  | WTP | WTP | WTP | WTP | WTP |

## 5.2 Program Kerja Strategis

Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh RSHS pada periode tahun 2015-2019. Penentuan program kerja strategis RSHS untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

1. **Program kerja strategis yang bersifat pemantapan** :

Tujuan dari diusulkannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa-masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSHS pada periode tahun 2015-2019.

1. **Program kerja strategis yang bersifat perbaikan** :

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSHS.

1. **Program kerja strategis yang bersifat pengembangan** :

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSHS.

Berikut ini pada tabel 5.3 disajikan berbagai program kerja strategis untuk masing-masing perspektif peta strategi yang perlu RSHS untuk periode tahun 2015-2019.

Tabel 5. 3. Program Kerja Strategis

| **No** | **KPI** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | AKI | Pemetaan upaya preventif maternal golongan risiko tinggi dengan optimalisasi PKBRS | Audit Maternal Perinatal terpadu di 7 RS Jejaring  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Pembuatan RCA dan FMEA bersama DinKes JaBar untuk menurunkan AKI  In-house training PONEK  Pertemuan Ilmiah peningkatan pengetahuan bidan dan dokter umum terkait penanganan pertama kasus obstetri risiko tinggi  Penelitian baru terkait patologi kehamilan dan persalinan di masyarakat | Audit Maternal Perinatal terpadu di 7 RS Jejaring  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Monev penggunaan MPRI pada RS Jejaring  Sertifikasi PONEK untuk RSHS  Pertemuan Ilmiah peningkatan pengetahuan bidan dan dokter umum terkait penanganan pertama kasus obstetri risiko tinggi  Penelitian baru terkait patologi kehamilan dan persalinan di masyarakat | Audit Maternal Perinatal terpadu di 7 RS Jejaring  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Sertifikasi PONEK untuk RSHS  Pertemuan Ilmiah peningkatan pengetahuan bidan dan dokter umum terkait penanganan pertama kasus obstetri risiko tinggi  Penelitian baru terkait patologi kehamilan dan persalinan di masyarakat | Audit Maternal Perinatal terpadu di 7 RS Jejaring  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan (per triwulan)  Pengembangan 7 RS Regional JABAR sebagai pusat penelitian Kesehatan Ibu dan anak di Jawa Barat  Pertemuan Ilmiah peningkatan pengetahuan bidan dan dokter umum terkait penanganan pertama kasus obstetri risiko tinggi  Penelitian baru terkait patologi kehamilan dan persalinan di masyarakat |
| 2 | AKB | Pemetaan PONEK RSHS sebagai role model | Peningkatan kompetensi dan kemampuan staf/ konsulen neonatologi  Penambahan staf baru divisi Neonatologi  Pelatihan inhouse training ppds-1  Pelatihan inhouse training pspd  Pelatihan perawat NICU / Level 2-3  Pelatihan Perawat ruang bayi - inhouse training  Pelatihan PONEK - inhouse training  Penambahan staf elektromedik neonatolog | Peningkatan kompetensi dan kemampuan staf/ konsulen neonatologi  Penambahan jumlah ruang rawat NICU yang lengkap 🡪 saat ini 5, menjadi 14  terdiri dari:  a. Ruang rawat NICU non infeksi : 10 bed, lengkap dengan ventilator, monitor, dan fasilitas lain.  b. Ruang rawat NICU infeksius 🡪 kubikal : 4 buah dengan fasilitas lengkap  2. Terpenuhinya kelengkapan fasilitas dan alat-alat neonatologi  Penambahan staf khusus IT divisi Neonatologi  Peningkatan kompetensi dan kemampuan IT neonatologi  Memperbaiki sistem rujukan jejaring RSHS | Peningkatan kompetensi dan kemampuan staf/ konsulen neonatologi  Pemenuhan kelengkapan fasilitas & alat-alat neonatologi  Pemeliharaan fasilitas dan alat-alat yang sudah ada  Pelatihan inhouse training PPDS-1  Pelatihan inhouse training PSPD  Pelatihan perawat NICU / Level 2-3  Pelatihan Perawat ruang bayi - inhouse training  Pelatihan PONEK - inhouse training  Memperbaiki sistem rujukan jejaring RSHS | Peningkatan kompetensi dan kemampuan staf/ konsulen neonatologi  Pemenuhan kelengkapan fasilitas & alat-alat neonatologi  Pemeliharaan fasilitas dan alat-alat yang sudah ada  Pelatihan inhouse training PPDS-1  Pelatihan inhouse training PSPD  Pelatihan perawat NICU / Level 2-3  Pelatihan Perawat ruang bayi - inhouse training  Pelatihan PONEK - inhouse training  Memperbaiki sistem rujukan jejaring RSHS |
| 3 | Insidensi kanker servics |  | Sosialisasi program penapisan dan deteksi dini di masyarakat Jawa Barat  Kerjasama program nasional Gerakan Deteksi Dini kanker pada perempuan Indonesia  Pelatihan SpOG RS Regional sebagai terkait program deteksi dini kanker serviks  Advokasi pada penentu kebijakan dalam dukungan biaya untuk program penanganan deteksi dini kanker serviks  Pembuatan jaringan IT on line untuk deteksi dini kanker serviks di tujuh kota kabupaten RS jejaring RSHS  Penambahan kamar dan alat operasi khusus ginekoonkologi menjadi 2 kamar  Kerjasama dengan rumah sakit jejaring untuk melakukan pelayanan tindakan operasi kanker serviks di 1 RS Regional  Penambahan alat endoskopi (Laparoskopi office, histeroskopi office,kolposkopi dan sistoskopi),Krioterapi ,Kauter dan USG 4 dimensi multislice  Jumlah Puskesmas mampu laksana tes IVA mandiri 200 | Sosialisasi program penapisan dan deteksi dini di masyarakat Jawa Barat  Kerjasama program nasional Gerakan Deteksi Dini kanker pada perempuan Indonesia  Pelatihan SpOG RS Regional terkait program deteksi dini kanker serviks  Advokasi pada penentu kebijakan dalam dukungan biaya untuk program penanganan deteksi dini kanker serviks  Pembuatan jaringan IT on line untuk deteksi dini kanker serviks di tujuh kota kabupaten RS jejaring RSHS  Penambahan kamar dan alat operasi khusus ginekoonkologi menjadi 2 kamar  Kerjasama dengan rumah sakit jejaring untuk melakukan pelayanan tindakan operasi kanker serviks di 2 RS regional  Penambahan alat endoskopi (Laparoskopi office, histeroskopi office,kolposkopi dan sistoskopi),Krioterapi ,Kauter dan USG 4 dimensi multislice  Jumlah Puskesmas mampu laksana tes IVA mandiri 210 | Sosialisasi program penapisan dan deteksi dini di masyarakat Jawa Barat  Sosialisasi dan pelaksanaan program Vaksinasi HPV pada wanita usia sekolah di kota Bandung  Pelatihan SpOG RS Regional terkait program deteksi dini kanker serviks  Advokasi pada penentu kebijakan dalam dukungan biaya untuk program penanganan deteksi dini kanker serviks  Pembuatan jaringan IT on line untuk deteksi dini kanker serviks di tujuh kota kabupaten RS jejaring RSHS  Penambahan kamar dan alat operasi khusus ginekoonkologi menjadi 2 kamar  Kerjasama dengan rumah sakit jejaring untuk melakukan pelayanan tindakan operasi kanker serviks di 3 RS Regional  Penambahan alat endoskopi (Laparoskopi office, histeroskopi office,kolposkopi dan sistoskopi),Krioterapi ,Kauter dan USG 4 dimensi multislice  Jumlah Puskesmas mampu laksana tes IVA mandiri 220 | Sosialisasi program penapisan dan deteksi dini di masyarakat Jawa Barat  Sosialisasi dan pelaksanaan program Vaksinasi HPV pada wanita usia sekolah di tujuh kota kabupaten RS jejaring RSHS  Pelatihan SpOG RS Regional terkait program deteksi dini kanker serviks  Advokasi pada penentu kebijakan dalam dukungan biaya untuk program penanganan deteksi dini kanker serviks  Penggunaan jaringan IT on line untuk deteksi dini kanker serviks yang mencakup seluruh Jawa Barat  Penambahan kamar dan alat operasi khusus ginekoonkologi menjadi 2 kamar  Kerjasama dengan rumah sakit jejaring untuk melakukan pelayanan tindakan operasi kanker serviks di 4 RS Regional  Penambahan alat endoskopi (Laparoskopi office, histeroskopi office,kolposkopi dan sistoskopi),Krioterapi ,Kauter dan USG 4 dimensi multislice  Jumlah Puskesmas mampu laksana tes IVA mandiri 230 |
| 4 | Hasil survei preferensi masyarakat | Peningkatan optimalisasi pemasaran   1. Mengetahui preferensi masyarakat melalui surveior independen 2. Evaluasi dan tindak lanjut dari hasil survei 3. Menyusun strategi pemasaran rs 4. Pelaksanaan strategi pemasaran rs | Peningkatan optimalisasi pemasaran   1. Kunjungan ke customer (Instansi/Perusahaan) 2. Alokasi anggaran untuk meningkatkan pemasaran RS | Peningkatan optimalisasi pemasaran   1. Peningkatan SDM Pemasaran 2. Meningkatkan promosi RS 3. Peningkatan kerja sama pelayanan kesehatan | Peningkatan optimalisasi pemasaran   1. Peningkatan kerja sama pelayanan kesehatan, pengelolaan, dan pendidikan 2. Peningkatan Promosi RS | Peningkatan optimalisasi pemasaran   1. Evaluasi kerjasama pelayanan kesehatan 2. Evaluasi Kegiatan Pemasaran RS 3. Kegiatan Pemasaran RS |
| 5 | Akredikasi RS | Mempersiapkan Akreditasi JCI  Mewujudkan Penjagaan Mutu ISO pada Pelayanan terkait *patient safety* | Mewujudkan Akreditasi JCI  Melaksanakan ISO untuk Manajemen | Mewujudkan pemenuhan Akreditasi KARS | Pemeliharaan Standar Mutu Akreditasi JCI dan KARS | Mempertahankan pemenuhan Akreditasi JCI |
| 6 | Tingkat kepuasan pasien | Penyediaan fasilitas informasi terintegrasi   1. *Contact center* 2. Training SDM *contact center* 3. Penyempurnaan *website* RSHS 4. Survei kepuasan pelanggan | Penyempurnaan fasilitas informasi terintegrasi   1. Pemeliharaan *contact center* 2. Penyempurnaan *contact center* 3. Survei kepuasan pelanggan 4. Pelatihan komunikasi efektif | Pemeliharaan fasilitas informasi terintegrasi:   1. Pemeliharaan *contact center* 2. Evaluasi *contact center* 3. Survei kepuasan pelanggan 4. Pelatihan komunikasi efektif | *Service excellent*   1. Pemeliharaan *contact center* 2. Sosialisasi komunikasi efektif 3. Pengembangan pos informasi RS | Mempertahankan *service excellent*   1. Pemeliharaan *contact center* 2. Sosialisasi komunikasi efektif 3. Memaksimalkan fungsi pos informasi RS |
| 7 | Tingkat kepuasan peserta didik | - | - | Pelaksanaan Survei Peserta Didik Keperawatan, Kebidanan, Non Keperawatan, Tenaga Kesehatan Lainnya, Program Studi Profesi Dokter, Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis, Program Pendidikan Sub Spesialis | Pelaksanaan Survei Peserta Didik Keperawatan, Kebidanan, Non Keperawatan, Tenaga Kesehatan Lainnya, Program Studi Profesi Dokter, Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis, Program Pendidikan Sub Spesialis. | Pelaksanaan Survei Peserta Didik Keperawatan, Kebidanan, Non Keperawatan, Tenaga Kesehatan Lainnya, Program Studi Profesi Dokter, Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis, Program Pendidikan Sub Spesialis |
| 8 | % keberhasilan penangan kasus severity level 2 dan 3 | Program peningkatan keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 mencapai 82%  Meningkatkan dukungan program kerja Tim Kanker Restrukturisasi Tim KankeR   * Pertemuan Koordinasi Tim Kanker   (48 pertemuan)  Meningkatkan dukungan program kerja Instalasi Penunjang  Penataan dan penguatan organisasi Instalasi Penunjang  Pertemuan Koordinasi | Meningkatkan dukungan program kerja Tim Kanker serta sarana prasarana pelayanan kasus onkologi.  Meningkatkan sarana prasarana pelayanan bedah sentral.  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Nuklir  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Jantung.  Meningkatkan sarana, prasarana pelayanan kasus infeksi.  Pengembangan pelayanan Transplantasi Ginjal | Meningkatkan dukungan program kerja Tim Kanker serta sarana prasarana pelayanan kasus onkologi.  Meningkatkan sarana prasarana pelayanan bedah sentral.  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Nuklir  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Jantung  Meningkatkan sarana, prasarana pelayanan kasus infeksi.  Pengembangan pelayanan Transplantasi Ginjal | Meningkatkan dukungan program kerja Tim Kanker serta sarana prasarana pelayanan kasus onkologi.  Meningkatkan sarana prasarana pelayanan bedah sentral.  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Nuklir  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Jantung  Meningkatkan sarana, prasarana pelayanan kasus infeksi.  Pengembangan pelayanan Transplantasi Ginjal | Meningkatkan dukungan program kerja Tim Kanker serta srana prasarana pelayanan kasus onkologi.  Meningkatkan sarana prasarana pelayanan bedah sentral.  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Nuklir  Meningkatkan Kinerja Pelayanan Jantung  Meningkatkan sarana, prasarana pelayanan kasus infeksi.  Pengembangan pelayanan Transplantasi Ginjal |
| 9 | NDR rumah sakit | Program penurunan NDR layanan unggulan menjadi 46‰  Peningkatan program layanan multidisiplin  Audit medik kasus kematian layanan unggulan  Penyusunan panduan dan SPO  Program pencegahan infeksi RS | Peningkatan program layanan multidisiplin  Audit medik kasus kematian layanan unggulan  Penyusunan panduan dan SPO  Program pencegahan infeksi RS  Peningkatan sarana prasarana perawatan intensif | Pertemuan koordinasi dengan rumah sakit daerah  Peningkatan program layanan multidisiplin  Audit medik kasus kematian layanan unggulan  Program pencegahan infeksi RS  Peningkatan sarana prasarana perawatan intensif | Pertemuan koordinasi dengan rumah sakit daerah  Peningkatan program layanan multidisiplin  Audit medik kasus kematian layanan unggulan  Program pencegahan infeksi RS  Peningkatan sarana prasarana perawatan intensif | Pertemuan koordinasi dengan rumah sakit daerah  Peningkatan program layanan multidisiplin  Audit medik kasus kematian layanan unggulan  Program pencegahan infeksi RS  Peningkatan sarana prasarana perawatan intensif |
| 10 | % kasus rujukan yang tepat | Program peningkatan persentase kasus rujukan yang tepat mencapai 53%  Penguatan organisasi dan pengelolaan pelaksanaan sistem rujukan  Perbaikan dan peningkatan kualitas teknis sistem rujukan  Koordinasi rumah sakit regional, organisasi profesi dan Dinas Kesehatan  Pembinaan dan supervisi ke RS Jejaring RSHS  Peningkatan kualitas dan kelengkapan pengisian rekam medik | Penguatan organisasi dan pengelolaan pelaksanaan sistem rujukan  Perbaikan dan peningkatan kualitas teknis sistem rujukan  Koordinasi rumah sakit regional, organisasi profesi dan Dinas Kesehatan  Pembinaan dan supervisi ke RS Jejaring RSHS  Peningkatan kualitas dan kelengkapan pengisian rekam medik | Penguatan organisasi dan pengelolaan pelaksanaan sistem rujukan  Perbaikan dan peningkatan kualitas teknis sistem rujukan  Koordinasi rumah sakit regional, organisasi profesi dan Dinas Kesehatan  Pembinaan dan supervisi ke RS Jejaring RSHS  Peningkatan kualitas dan kelengkapan pengisian rekam medik | Penguatan organisasi dan pengelolaan pelaksanaan sistem rujukan  Perbaikan dan peningkatan kualitas teknis sistem rujukan  Koordinasi rumah sakit regional, organisasi profesi dan Dinas Kesehatan  Pembinaan dan supervisi ke RS Jejaring RSHS  Peningkatan kualitas dan kelengkapan pengisian rekam medik | Penguatan organisasi dan pengelolaan pelaksanaan sistem rujukan  Perbaikan dan peningkatan kualitas teknis sistem rujukan  Koordinasi rumah sakit regional, organisasi profesi dan Dinas Kesehatan  Pembinaan dan supervisi ke RS Jejaring RSHS  Peningkatan kualitas dan kelengkapan pengisian rekam medik |
| 11 | Jumlah KSO alat medik > Rp.3M | Pemetaan alat kesehatan yang dibutuhkan (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Workshop ( Laboratorium Patologi Klinik, Hemodialisa, Radiologi, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir) * Penentuan skala prioritas (layanan unggulan)   Memfasilitasi Legal Aspek KSO   * Koordinasi pihak terkait * Penyusunan draft Perjanjian * Kajian draft Perjanjian * Finalisasi Naskah Perjanjian | Monitoring dan Evaluasi alat kesehatan yang sudah ada (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Rapat Tim Evaluasi PKS dan pihak/unit terkait   Memfasilitasi Legal Aspek KSO Baru dan perpanjangan   * Koordinasi pihak terkait * Penyusunan draft Perjanjian * Kajian draft Perjanjian * Finalisasi Naskah Perjanjian | Pemetaan alat kesehatan yang dibutuhkan (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Workshop (Laboratorium Patologi Klinik, Hemodialisa, Radiologi, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir) * Penentuan skala prioritas (layanan unggulan)   Evaluasi alat kesehatan yang sudah ada (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Rapat Tim Evaluasi PKS   Memfasilitasi Legal Aspek KSO Baru dan perpanjangan   * Koordinasi pihak terkait * Penyusunan draft Perjanjian * Kajian draft Perjanjian * Finalisasi Naskah Perjanjian | Evaluasi alat kesehatan yang sudah ada (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Rapat Tim Evaluasi PKS dan pihak/unit terkait   Memfasilitasi Legal Aspek KSO Baru dan perpanjangan   * Koordinasi pihak terkait * Penyusunan draft Perjanjian * Kajian draft Perjanjian * Finalisasi Naskah Perjanjian | Pemetaan alat kesehatan yang dibutuhkan (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Workshop (Laboratorium Patologi Klinik, Hemodialisa, Radiologi, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir) * Penentuan skala prioritas (layanan unggulan)   Evaluasi alat kesehatan yang sudah ada (koordinasi dengan Direktorat Medik dan Keperawatan)   * Rapat Tim Evaluasi PKS   Memfasilitasi Legal Aspek KSO Baru dan perpanjangan   * Koordinasi pihak terkait * Penyusunan draft Perjanjian * Kajian draft Perjanjian * Finalisasi Naskah Perjanjian |
| 12 | Jumlah PPK (panduan praktek klinik) yang baru yang diimplementasikan di faskes jejaring | Program Intensifikasi Penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK):   1. Workshop pemetaan kebutuhan 5 PPKRSHS @ Rp 15 juta 2. Workshop penyusunan PPK RSHS (5 PPK/tahun; @ Rp 15 juta) 3. Monev implementasi 5 PPK RSHS 4. Penyusunan rencana kerja & anggaran | Program Intensifikasi Penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK):   * Workshop pemetaan kebutuhan PPK RSHS &7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Workshop penyusunan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Monev implementasi PPK RSHS & 7 RS Jejaring | Program Intensifikasi Penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK):   * Workshop pemetaan kebutuhan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Workshop penyusunan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Monev implementasi PPK RSHS & 7 RS Jejaring | Program Intensifikasi Penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK):   * Workshop pemetaan kebutuhan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Workshop penyusunan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Monev implementasi PPK RSHS & 7 RS Jejaring | Program Intensifikasi Penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK):   * Workshop pemetaan kebutuhan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Workshop penyusunan PPK RSHS & 7 RS Jejaring (5 PPK/tahun @ Rp 15 juta) * Monev implementasi PPK RSHS & 7 RS Jejaring * Workshop evaluasi implementasi PPK (2 kegiatan @ Rp 15 juta) |
| 13 | %Kepatuhan CP yang sejalan dengan kurikulum pendidikan | Program peningkatan persentase Kepatuhan  Clinical Pathway yang sejalan kurikulum pendidikan mencapai 40%  Penyusunan Clinical Pathway  Pertemuan rutin penyusunan clinical pathway setiap minggu  Penyediaan Format Clinical Pathway  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Road show Clinical Pathway  Implementasi CP  Sosialisasi  Monitoring evaluasi implementasi Clinical Pathway | Program peningkatan persentase Kepatuhan Clinical Pathway yang sejalan kurikulum pendidikan mencapai 50%  Penyusunan Clinical Pathway  Pertemuan rutin penyusunan clinical pathway setiap minggu  Penyediaan Format Clinical Pathway  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Road show Clinical Pathway  Implementasi CP  Sosialisasi  Monitoring evaluasi implementasi Clinical Pathway | Program peningkatan persentase Kepatuhan Clinical Pathway yang sejalan kurikulum pendidikan mencapai 60%  Penyusunan Clinical Pathway  Pertemuan rutin penyusunan clinical pathway setiap minggu  Penyediaan Format Clinical Pathway  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Road show Clinical Pathway  Implementasi CP  Sosialisasi  Monitoring evaluasi implementasi Clinical Pathway | Program peningkatan persentase Kepatuhan Clinical Pathway yang sejalan kurikulum pendidikan mencapai 75%  Penyusunan Clinical Pathway  Pertemuan rutin penyusunan clinical pathway setiap minggu  Penyediaan Format Clinical Pathway  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Road show Clinical Pathway  Implementasi CP  Sosialisasi  Monitoring evaluasi implementasi Clinical Pathway | Program peningkatan persentase Kepatuhan Clinical Pathway yang sejalan kurikulum pendidikan mencapai 90%  Penyusunan Clinical Pathway  Pertemuan rutin penyusunan clinical pathway setiap minggu  Penyediaan Format Clinical Pathway  Pertemuan koordinasi dengan RS-RS dan Dinas Kesehatan ( per triwulan)  Road show Clinical Pathway  Implementasi CP  Sosialisasi  Monitoring evaluasi implementasi Clinical Pathway |
| 14 | Jumlah publikasi riset translational (nasional dan internasional) | Program Pencapaian 100 Publikasi Riset Translational  Penyempurnaan Database (pemilahan jenis riset)  Workshop/Seminar | Program Pencapaian 150 Publikasi Riset Translasional   * Workshop/Seminar * Insentif * Peningkatan frekuensi terbit Jurnal MKB * Kerjasama riset * Akreditasi jurnal IJHS | * Program Pencapaian 150 Publikasi Riset Translasional * Workshop/Seminar * Insentif * Kerjasama riset | Program Pencapaian 150 Publikasi Riset Translasional   * Workshop/Seminar * Insentif * Kerjasama riset | Program Pencapaian 150 Publikasi Riset Translasional   * Workshop/Seminar * Insentif * Kerjasama riset |
| 15 | Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan | Pemetaan SPO Bersama   * Workshop/Seminar   Penyusunan SPO Bersama   * Workshop   Sosialisasi  Implementasi SPO  Evaluasi SPO dan tindak lanjut | Pemetaan SPO Bersama   * Workshop/Seminar   Penyusunan SPO Bersama   * Workshop   Sosialisasi  Implementasi SPO  Evaluasi SPO dan tindak lanjut | Pemetaan SPO Bersama   * Workshop/Seminar   Penyusunan SPO Bersama   * Workshop   Sosialisasi  Implementasi SPO  Evaluasi SPO dan tindak lanjut | Pemetaan SPO Bersama   * Workshop/Seminar   Penyusunan SPO Bersama   * Workshop   Sosialisasi  Implementasi SPO  Evaluasi SPO dan tindak lanjut | Pemetaan SPO Bersama   * Workshop/Seminar   Penyusunan SPO Bersama   * Workshop   Sosialisasi  Implementasi SPO  Evaluasi SPO dan tindak lanjut |
| 16 | Tingkat keandalan sarpras (OEE) | Identifikasi asset RSHS dan FKUP   * Labelisasi * Monev   Pemeliharaan Sarpras   * Kalibrasi * Perbaikan Alat * Stock persediaan * Renovasi   Pengembangan   * Peremajaan * Penambahan * Penghapusan | Penyediaan SIM asset RSHS dan FK Unpad yang terintegrasi   * Pembangunan SIM Asset RS * Pelatihan * Monev   Pemeliharaan Sarpras   * Kalibrasi * Pemutakhiran Alat * Stock persediaan * Renovasi   Pengembangan   * Peremajaan * Penambahan * Penghapusan | Pemeliharaan SIM asset RSHS dan FK Unpad yang terintegrasi   * Implementasi SIM Asset RS * Pemeliharaan dan pengembangan * Monev   Pemeliharaan Sarpras   * Kalibrasi * Pemutakhiran Alat * Stock persediaan * Renovasi   Pengembangan   * Peremajaan * Penambahan * Penghapusan | Penyempurnaan Penyediaan SIM asset RSHS dan FK Unpad yang terintegrasi sesuai hasil monev.  Pemeliharaan Sarpras   * Kalibrasi * Pemutakhiran Alat * Stock persediaan * Renovasi   Pengembangan   * Peremajaan * Penambahan * Penghapusan | Pemeliharaan SIM asset RSHS dan FK Unpad yang terintegrasi   * Pemeliharaan dan pengembangan * Monev   Pemeliharaan Sarpras   * Kalibrasi * Pemutakhiran Alat * Stock persediaan * Renovasi   Pengembangan   * Peremajaan * Penambahan * Penghapusan |
| 17 | % kasus ditangani DPJP | Program DPJP 100 %  Pemetaan program base line/RJA  Penyempurnaan kebijakan, regulasi dan SPO tentang hak dan kewajiban DPJP oleh Team ad-hoc | Keberlangsungan DPJP 100% serta evaluasi dan monitoring  Sarana dan prasarana   * Maintenance Absens ibiometrik * Pengadaan Sistem kupon pelayanan | Keberlangsungan DPJP 100% serta evaluasi dan monitoring  Sarana dan prasarana   * Maintenance Absens ibiometrik * Pengadaan Sistem kupon pelayanan | Keberlangsungan DPJP 100% serta evaluasi dan monitoring  Sarana dan prasarana   * Maintenance Absens ibiometrik * Pengadaan Sistem kupon pelayanan | Keberlangsungan DPJP 100% serta evaluasi dan monitoring  Sarana dan prasarana   * Maintenance Absens ibiometrik * Pengadaan Sistem kupon pelayanan |
|  | % kasus ditangani DPJP | Workshop implementasi DPJP RS-FK  Penyempurnaan sistem remunerasi dan penilaian kerja terkait DPJP  Workshop implementasi DPJP dengan SMF  Pengadaan sarana untuk evaluasi   * Absens ibiometrik * Sistem kupon pelayanan/tahun * Reengineering sistem informasi kepegawaian: * Pengembangan sistem informasi kepegawaian webbased * Sistem remunerasi terintegrasi dengan absensi biometric   Reward | * Maintenance IT software system & monev & reward | Maintenance IT software system & monev & reward | Maintenance IT software system & monev & reward | Maintenance IT software system & monev & reward |
| 18 | POBO | Program Peningkatan Pencapaian POBO 81%   * Penyempurnaan SPO Penagihan piutang * Peremajaan computer * Penyempurnaan aplikasi keuangan * Penyusunan unit cost pelayanan & pendidikan * Penyempurnaan sistem perencanaan anggaran (*e-planning*) * Program efisiensi dalam hal biaya operasional (Kesesuaian standar) | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%   * Peremajaan computer * Penyempurnaan aplikasi keuangan * Penyusunan unit cost pelayanan & pendidikan * Penyempurnaan sistem perencanaan anggaran (*e-planning*) * Program efisiensi dalam hal biaya operasional (Kesesuaian standar) | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%   * Peremajaan computer * Penyempurnaan aplikasi keuangan * Penyusunan unit cost pelayanan & pendidikan * Penyempurnaan sistem perencanaan anggaran (*e-planning*) * Program efisiensi dalam hal biaya operasional (Kesesuaian standar) * Pelaksanaan ISO Keuangan | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%   * Revisi SPO Penagihan piutang * Peremajaan computer * Penyempurnaan aplikasi keuangan * Penyusunan unit cost pelayanan & pendidikan * Penyempurnaan sistem perencanaan anggaran (*e-planning*) * Program efisiensi dalam hal biaya operasional (Kesesuaian standar) | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%   * Peremajaan computer * Penyempurnaan aplikasi keuangan * Penyusunan unit cost pelayanan & pendidikan * Penyempurnaan sistem perencanaan anggaran (*e-planning*) * Program efisiensi dalam hal biaya operasional (Kesesuaian standar) * Pelaksanaan ISO Keuangan |
| 19 | Hasil audit keuangan | Program mempertahankan Pencapaian Opini WTP  - Peningkatan kompetensi SDM Keuangan  - Penyempurnaan SPO pengadaan Barang dan Jasa  - Penyempurnaan SPO pengelolaan keuangan  - Implementasi anti fraud dan gratifikasi | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%  - Peningkatan kompetensi SDM Keuangan  - Implementasi anti fraud dan gratifikasi | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%  - Peningkatan kompetensi SDM Keuangan  - Implementasi anti fraud dan gratifikasi | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%  - Peningkatan kompetensi SDM Keuangan  - Penyempurnaan SPO pengadaan Barang dan Jasa  - Penyempurnaan SPO pengelolaan keuangan  - Implementasi anti fraud dan gratifikasi | Program Peningkatan Pencapaian POBO 82%  - Peningkatan kompetensi SDM Keuangan  - Implementasi anti fraud dan gratifikasi |

# VI. ANALISA DAN MITIGASI RISIKO

## 

## 6.1 Analisis Risiko

Setiap sasaran strategis RSHS sebagaimana dijelaskan pada bagian terdahulu diperkirakan akan mengalami kemungkinan dapat tidak terwujud atau sebagian saja yang bisa diwujudkan karena potensi risiko yang dapat dialami organisasi, baik risiko finansial maupun non finansial. Untuk mengantisipasi potensi risiko yang akan dan tengah dihadapi oleh RSHS dalam mewujudkan visi 2019, maka diperlukan sebuah pemetaan risiko. Dalam buku ini, tujuan dari pemetaan risiko adalah untuk menentukan jenis risiko yang dinilai akan muncul dan diperkirakan kelak mempunyai dampak yang cukup signifikan dalam menggagalkan perwujudan visi 2019.

Adanya risiko yang diidentifikasi dan dipetakan ini akan menjadi dasar bagi RSHS dan pihak-pihak lain yang terkait untuk:

1. menyusun sebuah rencana mitigasi risiko sebagai rangkaian upaya untuk menghindari atau meniadakan atau mengurangi kemunculan suatu jenis risiko dan potensi tingkat dampak negatif yang dapat terjadi atas kemunculan suatu risiko dan
2. merekomendasikan suatu kebijakan agar pola penanganan suatu jenis risiko dinilai efektif apabila ada dukungan kepastian suatu payung hukum, yang berisi suatu kewenangan untuk diterapkan pada pengendalian risiko terkait.

Tanpa antisipasi berbagai risiko tersebut diperkirakan akan sulit di masa mendatang bagi jajaran manajemen RSHS untuk dapat mewujudkan berbagai sasaran strategisnya pada periode tahun 2015-2019. Dampak lanjutannya dapat diduga bahwa target KPI RSHS pada suatu tahun dapat tidak dicapai.

Dalam pemetaan risiko, sangatlah mungkin bahwa sebuah sasaran strategis RSHS dapat mengandung lebih dari satu jenis risiko. Jenis risiko yang dipetakan yang dinilai penting bersumber baik dari lingkungan eksternal maupun internal RSHS, yang diperkirakan akan mengancam perwujudan suatu sasaran strategis.

Setelah pemetaan risiko dilakukan, tahap selanjutnya adalah menganalisis atau menentukan tingkat risiko yang diidentifikasi. Upaya yang dilakukan untuk mendefinisikan tingkat (*level*) risiko adalah sebagai berikut:

* + - 1. Menentukan kemungkinan risiko terjadi dengan patokan sebagai berikut:
* kemungkinan **sangat besar** : dipastikan akan sangat mungkin terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar di atas 0,8 sampai 1,0
* kemungkinan **besar** : kemungkinan besar terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,6 sampai dengan 0,8
* kemungkinan **sedang** : kemungkinan sedang terjadinya risiko untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,4 sampai dengan 0,6
* kemungkinan **kecil** : kemungkinan kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,2 sampai dengan 0,4
* kemungkinan **sangat kecil** : kemungkinan sangat kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0 sampai dengan 0,2
  + - 1. Menentukan dampak risiko dengan patokan sebagai berikut:
* Dampak tidak signifikan : risiko mempunyai pengaruh sangat kecil pada suatu sasaran strategis, namun sasaran strategis masih bisa dicapai
* Dampak minor : risiko mempunyai pengaruh kecil pada suatu sasaran strategis dan memerlukan sedikit upaya penanganan
* Dampak medium : risiko mempunyai pengaruh sedang pada suatu sasaran strategis dan membutuhkan upaya cukup serius penanganannya
* Dampak mayor : risiko mempunyai pengaruh besar pada suatu sasaran strategis dan membutuhkan serius penanganannya
* Dampak malapetaka : risiko mempunyai pengaruh tidak terpenuhinya suatu sasaran strategis dan membutuhkan upaya sangat serius penanganannya

Berdasarkan pertemuan antara kemungkinan risiko terjadi dan jenis dampak risiko pada suatu sasaran strategis dapat dinilai suatu **level risiko** dengan kualifikasi sebagai berikut (lihat tabel 5.1):

1. Risiko Rendah (kode R)
2. Risiko Moderat (kode M)
3. Risiko Tinggi (kode T, warna kuning)
4. Risiko Ekstrim (kode E, warna merah)

Tabel 6.1 Acuan Penilaian Risiko

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Level KEMUNGKINAN** | | **Level DAMPAK** | | | | |
| 1.  TIDAK SIGNIFIKAN | 2.  MINOR | 3.  MEDIUM | 4.  MAYOR | 5.  MALAPETAKA |
|  | **SANGAT BESAR** | **T** | **T** | **E** | **E** | **E** |
|  | **BESAR** | **M** | **T** | **T** | **E** | **E** |
|  | **SEDANG** | **R** | **M** | **T** | **E** | **E** |
|  | **KECIL** | **R** | **R** | **M** | **T** | **E** |
|  | **SANGAT KECIL** | **R** | **R** | **M** | **T** | **T** |
| Keterangan: R: Risiko Rendah, M: Risiko Moderat, T: Risiko Tinggi, E: Risiko Ekstrim | | | | | | |

Tabel 6.2 menyajikan hasil analisa risiko yang menggambarkan sasaran strategis, identifikasi risiko, tingkat kemungkinan, skala dampak, dan level risiko bagi RSHS dalam rangka mewujudkan visi 2019.

Tabel 6.2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis

| **Sasaran Strategis** | **No** | **Risiko** | **Level Risiko** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat** | 1 | Citra kurang baik sebagai RS Pendidikan yang melekat di masyarakat | E |
| 2 | Regulasi yang belum mendukung inovasi medis | T |
| **Terwujudnya layanan unggulan** | 3 | Sistem rujukan yang tidak berjalan | E |
| 4 | Tidak termasuk dalam kasus yang ditanggung seluruhnya oleh BPJS atau asuransi lain | E |
| **Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan** | 5 | Keterbatasan kompetensi dan alat di RS asal rujukan | E |
| 6 | Pasien yang kurang percaya pada layanan jejaring | E |
| **Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)** | 7 | Keengganan mitra untuk bekerja sama (beda perspektif kepentingan) | T |
| 8 | Perubahan kebijakan regulasi KSO | T |
| **Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian** | 9 | Kesadaran dan kedisiplinan staf dalam menjalankan CP | E |
| **Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat** | 11 | Keengganan staf peneliti untuk menyesuaikan roadmap riset terhadap main-streaming yang ditentukan | T |
| 12 | Keterbatasan waktu staf (sibuk dengan pelayanan dan pendidikan) | T |
| 13 | Perubahan fokus atau trend kebutuhan masyarakat | T |
| **Terwujudnya penyempurnaan keorganisasian AHS** | 14 | Tidak terimplementasinya SPO bersama (sumberdaya terbatas, budaya, dll) | E |
| **Terwujudnya sarana prasarana yang andal** | 15 | Perubahan kebijakan regulasi KSO | T |
| 16 | Kurangnya ketertarikan dari vendor (return yang lama) | T |
| 17 | Terbatasnya alokasi dana pusat | E |
| 18 | Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete | T |
| 19 | Kurangnya disiplin melaksanakan DPJP | E |
| **Terwujudnya kemandirian finansial** | 20 | Regulasi yang belum mendukung kemandirian finansial | E |
| **Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective** | 21 | Kurangnya kompetensi perencanaan dan disiplin anggaran unit kerja | T |

## 

## 6.2 Rencana Mitigasi Risiko

Berdasarkan hasil pada tahap sebelumnya, rencana mitigasi risiko didefinisikan. Rencana mitigasi risiko menggambarkan upaya nyata yang dibutuhkan oleh RSHS untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategis di peta strategi. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk menangani berbagai jenis risiko yang dinilai **EKSTRIM** dan **TINGGI** bagi RSHS.

Tabel 6.3 berikut menyajikan sasaran strategis, risiko, level risiko, dan rencana mitigasinya, khususnya untuk menangani level risiko yang berstatus **EKSTRIM** atau **TINGGI**.

Tabel 6. 3. Rencana Mitigasi Risiko

| **Sasaran Strategis** | **No** | **Risiko** | **Level Risiko** | **Program Mitigasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat** | 1 | Citra kurang baik sebagai RS Pendidikan yang melekat di masyarakat | E | Penyempurnaan Sistem Promosi |
| 2 | Regulasi yang belum mendukung inovasi medis | T | Advokasi |
| **Terwujudnya layanan unggulan** | 3 | Sistem rujukan yang tidak berjalan | E | Advokasi ke Dinas untuk kebijakan penguatan sistem rujukan (reward & consequences) |
| 4 | Tidak termasuk dalam kasus yang ditanggung seluruhnya oleh BPJS atau asuransi lain | E | Advokasi ke pemerintah dan NCC |

Tabel 6.3.Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

| **Sasaran Strategis** | **No** | **Risiko** | **Level Risiko** | **Program Mitigasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan** | 5 | Keterbatasan kompetensi dan alat di RS asal rujukan | E | Kebijakan kepada RS Jejaring agar staf spesialis mengambil program sub-spesialis |
| 6 | Pasien yang kurang percaya pada layanan jejaring | E | Program promosi (co-branding, afiliasi) |
| **Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)** | 7 | Keengganan mitra untuk bekerja sama (beda perspektif kepentingan) | T | Advokasi ke Mitra |
| 8 | Perubahan kebijakan regulasi KSO | T | Advokasi ke Pemerintah |
| 9 | Keterbatasan sumberdaya faskes Jejaring | E | Advokasi ke Pemda dan Mitra |
|  | Kebijakan kepada RS Jejaring agar staf spesialis mengambil program sub-spesialis |
| **Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian** | 10 | Kesadaran dan kedisiplinan staf dalam menjalankan CP (budaya) | E | Program Reward & Consequences. |
| **Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat** | 11 | Keengganan staf peneliti untuk menyesuaikan roadmap riset terhadap main-streaming yang ditentukan | T | Program Reward & Consequences. |
| Kebijakan topik penelitian yang harus sesuai dengan main-stream |
| 12 | Keterbatasan waktu staf (sibuk dengan pelayanan dan pendidikan) | T | Analisis dan Pemerataan Beban Kerja (Optimalisasi beban staf) |
| 13 | Perubahan fokus atau trend kebutuhan masyarakat | T | Penyempurnaan pohon penelitian berbasiskan proyeksi kebutuhan masyarakat (trend-watching) |
| **Terwujudnya sarana prasarana yang andal** | 17 | Perubahan kebijakan regulasi KSO | T | Advokasi ke Pemerintah |
| 18 | Kurangnya ketertarikan dari vendor (return yang lama) | T | Penyempurnaan sistem KSO dan advokasi ke pemerintah |
| **Terwujudnya sarana prasarana yang andal** | 19 | Terbatasnya alokasi dana pusat | E | Advokasi ke Pemerintah |
| Pemberdayaan CSR |
| 23 | Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete | T | Mapping dan pemilihan alat yang akan diadakan (selektif) |
| **Terwujudnya kemandirian finansial** | 24 | Regulasi yang belum mendukung kemandirian finansial | E | Advokasi ke Pemerintah |
| **Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective** | 25 | Kurangnya kompetensi perencanaan dan disiplin anggaran unit kerja | T | Workshop dan Cascading Renstra ke Unit Kerja |
| Penyempurnaan Sistem Perencanaan |

# VII. PROYEKSI KEUANGAN

Memperhatikan gambaran kinerja, arah dan prioritas strategis serta analisa dan mitigasi, maka untuk mencapai program kerja strategis RSHS lima tahun ke depan diperlukan dukungan pembiayaan yang memadai.

Pada bagian ini, mengambarkan proyeksi keuangan untuk kurun waktu lima tahun ke depan, dari tahun 2015 sampai dengan 2019, dengan base line tahun 2014, yang menjelaskan tentang estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran operasional dan kebutuhan anggaran investasi**.**

## 7.1 Estimasi Pendapatan

Prognosa sampai dengan Desember 2014, target penerimaan BLU sebesar Rp.**582.101.723.000** atau sebesar 106,15% dari target pendapatan RSHS tahun 2013 yaitu Rp. 462.878.730.000, sedangkan dari rupiah murni sebesar Rp. **164.005.239.000** atau sebesar 113,88 % dari target rupiah murni tahun 2013 Rp.144.045.491.000.

Estimasi kenaikan pendapatan PNBP-BLU yang didasarkan pada pencapaian kinerja 5 tahun sebelumnya, maka untuk lima tahun selanjutnya dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 rata-rata dicapai peningkatan pendapatan PNBP sebesar 7%. Pencapaian peningkatan ini belum dapat memenuhi seluruh kebutuhan biaya, khususnya biaya investasi sarana gedung dan alat, sehingga 5 tahun ke depan RSHS masih memerlukan dukungan pemerintah berupa rupiah murni.Berdasarkan pencapaian tahun 2009-2013 dan prognosa tahun 2014, maka proyeksi pendapatan PNBP dan Rupiah Murni RSHS dari tahun 2015 sampai dengantahun 2019 sebagai berikut :

Tabel 7.1 Estimasi pendapatan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2015-2019

## 7.2 Rencana Kebutuhan Anggaran RSHS Tahun 2015-2019

Berdasarkan rencana kegiatan yang diuraikan pada bab sebelumnya selama lima tahun, maka dapat diuraikan lebih rinci dalam Rencana kebutuhan anggaran yang dibedakan atas anggaran program kelangsungan operasional dan anggaran program pengembangan.

Anggaran program kelangsungan operasional RSHS, menggambarkan perkembangan kebutuhan operasional selama lima tahun. Biaya operasional ini terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan jasa, yang dibiayai sebagian besar dari PNBP dan sebagian kecil dari rupiah murni (RM)

Anggaran program pengembangan, menggambarkan kebutuhan investasi, untuk memenuhi kebutuhan akan sarana, prasarana dan alat selama lima tahun ke depan, yang masih memerlukan dukungan dana dari rupiah murni. Kebutuhan ini telah mempertimbangkan Rencana strategis, *Master Plan* Gedung dan *Master Plan* IT

**a. Anggaran Program Kelangsungan Operasional**

Anggaran program kelangsungan operasional ditujukan untuk menjaga kegiatan operasional yang tidak dapat ditangguhkan. Anggaran program kelangsungan operasional disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan ditentukan estimasi besarannya per tahun. Estimasi belanja program kelangsungan operasional RSHS tahun 2015-2019, dapat dilihat pada tabel 7.2.

## 7.3 Rencana Pendanaan

Rencana pendanaan disusun dengan terlebih dahulu membandingkan pendapatan (butir 6.1) dan anggaran pengeluaran (butir 6.2). Melalui perbandingan ini dapat diketahui posisi keuangan UPT vertikal serta rencana pendanaanya (terutama jika proyeksi anggaran melebihi proyeksi pendapatan). Dalam bagian ini juga perlu disampaikan tingkat prioritas untuk masing-masing program kerja strategis, sebagai antisipasi jika estimasi pendapatan tidak tercapai.

Rencana penganggaran tahun 2015 sd 2019 dari pendapatan operasional/PNBP-BLU, maka pendapatan diprioritakan untuk pemenuhan belanja operasional dan aset lancar yang digunakan secara langsung untuk pelayanan dan sebagian investasi pemenuhan alkes dasar lebih selektif. Pendapatan dari rupiah murni difokuskan untuk belanja pegawai (PNS) dan operasional perkantoran serta investasi yang memerlukan dana yang cukup besar untuk pemenuhan standard pelayanan.

Bila pendapatan PNBP-BLU, tidak mencapai target, maka akan menurunkan alokasi investasi, dan belanja pegawai terutama remunerasi.

Bila belanja investasi dari rupiah murni, tidak sesuai dengan perencanaan, maka RS akan mereviu kembali rencana implementsi master plan. Dan investasi alat medis bersifat life saving dan memerlukan dana besar akan dilakukan dengan cara Kerjasama Operasional (KSO) dengan pihak ke III.

# LAMPIRAN KAMUS KPI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KPI-1. Angka Kematian Ibu (AKI)-Maternal Mortality Ratio (MMR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | KPI-2. Angka Kematian Neonatal (AKND) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Perspektif** | **:** | *Stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Perspektif** | | | | **:** | | *Stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sasaran Strategis** | **:** | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Sasaran Strategis** | | | | **:** | | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **KPI** | **:** | Angka Kematian Ibu (AKI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **KPI** | | | | **:** | | Angka Kematian Bayi (AKB) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Definisi** | **:** | AKI merupakan indikator yang menggambarkan kapasitas suatu sistem kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif yang ditujukan untuk mencegah dan mengatasi berbagai komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. AKI adalah suatu indikator dampak yang secara umum sering digunakan sebagai tolok ukur hasil pembangunan kesehatan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Definisi** | | | | **:** | | AKND terkait Pelayanan Antepartum, Intrapartum dan Tatalaksana *the First Golden Week.*  AKND mencakup 2/3 Angka Kematian Neonatal (AKN)  AKN mencakup 2/3 Angka Kematian Bayi (AKB) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Formula** | **:** | (Jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh berbagai penyebab yang berhubungan atau diperberat dengan kehamilan, persalinan atau nifas dalam satu periode per jumlah kelahiran hidup dalam periode yang sama) x 100.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Formula** | | | | **:** | | Jumlah kematian bayi usia 0-7 hari per 1.000 kelahiran hidup | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Bobot KPI (%)** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Bobot KPI (%)** | | | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Person in Charge** | **:** | Tim PONEK, Divisi Obstetri Sosial SMF Obgyn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Person in Charge** | | | | **:** | | SMF Ilmu Kesehatan Anak, Tim PONEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sumber Data** | **:** | Rekam Medik, Data Divisi Obtetri Sosial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Sumber Data** | | | | **:** | | Rekam Medik, Data Divisi Neonatologi SMF Ilmu Kesehatan Anak, Tim PONEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Periode Pelaporan** | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Periode Pelaporan** | | | | **:** | | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Baseline** | : | Baseline data AKI RSHS tahun 2015 adalah 904 per 100.000 persalinan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Baseline** | | | | : | | Baseline data AKB RSHS tahun 2017 mencapai 66 per 1000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Target** | **:** | **2015** | | **2016** | | | | | | | | **2017** | | | | | | **2018** | | | | | **2019** | | | | | |  | | |  | | |  | | **Target** | | | | **:** | | **2015** | | | | | | **2016** | | | | | | **2017** | | | | | | | | **2018** | | | | | **2019** | | | | |  |
|  |  |  | 904 | | 789 | | | | | | | | 670 | | | | | | 887 | | | | | 800 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | - | | | | | | 81,4 | | | | | | 73 | | | | | | | | 60 | | | | | 54 | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| KPI-3. Insidensi kanker serviks | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | KPI-4. Preferensi Masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Perspektif** | **:** | *stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Perspektif** | | | | **:** | | *Stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | **Sasaran Strategis** | **:** | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Sasaran Strategis** | | | | **:** | | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | **KPI** | **:** | Insidensi kanker serviks | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **KPI** | | | | **:** | | Preferensi Masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Definisi** | **:** | Indikator ini menggambarkan dampak yang secara umum sering digunakan sebagai tolok ukur hasil pembangunan kesehatan dan sebagai kapasitas suatu sistem kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif yang ditujukan untuk mencegah dan mengatasi kasus Ca Serviks .  Insidensi kanker serviks adalah angka kejadian kanker  serviks baru ditambah kasus lama yang terjadi pada seluruh wanita di Jawa barat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Definisi** | | | | **:** | | Suatu indikator hasil *(outcome)* yang menunjukkan seberapa besar masyarakat Jawa Barat menjadikan RSHS dijadikan pilihan (preferensi) utama tempat pelayanan kesehatan rujukan (untuk layanan operatif) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Formula** | **:** | Dihitung dari jumlah penderita kanker serviks (kasus baru ditambah kasus lama) dibandingkan jumlah seluruh penduduk wanita di Jawa Barat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Formula** | | | | **:** | | persentase responden yang ingin berobat kembali ke Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin berdasarkan survei | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Bobot KPI (%)** | **:** | 1204 / 21.146.692 x100% = 0,0056% (tahun 2015) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Bobot KPI (%)** | | | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Person in Charge** | **:** | Direktur Medik dan Keperawatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Person in Charge** | | | | **:** | | Direktur SDM dan Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | **Sumber Data** | **:** | Data Rekam Medis RSHS, Badan Pusat Statistik Prov Jawa  Barat tahun 2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Sumber Data** | | | | **:** | | Survei Preferensi Masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Periode Pelaporan** | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Periode Pelaporan** | | | | **:** | | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Baseline** | : | 0,0056% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | **Baseline** | | | | : | | tak ada data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Target** | **:** | **2015** | | **2016** | | | | | | | **2017** | | | | | | **2018** | | | | | | | | **2019** | | |  | | |  | | |  | | **Target** | | | | **:** | | **2015** | | | | **2016** | | | | | | | **2017** | | | | | | **2018** | | | | | **2019** | | |  | | | |
|  |  |  | 0,0056 | | 0,0053 | | | | | | | 0,0050 | | | | | | 0,0062 | | | | | | | | 0,0056 | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | 3 | | | | 2.5 | | | | | | | 70 | | | | | | 95 | | | | | 97 | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| KPI-5. Akreditasi RS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | KPI-6. Tingkat Kepuasan Pasien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Perspektif** | **:** | *Stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Perspektif** | | | | | **:** | *Stakeholder* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **Sasaran Strategis** | **:** | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Sasaran Strategis** | | | | | **:** | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **KPI** | **:** | Akreditasi RS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **KPI** | | | | | **:** | Tingkat Kepuasan Pasien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Definisi** | **:** | Pengakuan lembaga akreditasi independen yang diakui pemerintah melalui suatu penilaian bahwa RSHS/FK UP telah memenuhi standard nasional (KARS, RS Pendidikn, WBBM) dan internasional (JCI) dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitiannya secara berkesinambungan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Definisi** | | | | | **:** | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS mengacu pada instrumen Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang diterbitkan oleh KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Formula** | **:** | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Formula** | | | | | **:** | KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Bobot KPI (%)** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Bobot KPI (%)** | | | | | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Person in Charge** | **:** | Ketua Komite Mutu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Person in Charge** | | | | | **:** | Direktur Umum dan Operasional RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **Sumber Data** | **:** | Komite Mutu dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Sumber Data** | | | | | **:** | Hasil survei kepuasan pelanggan di rawat inap, rawat jalan dan IGD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Periode Pelaporan** | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Periode Pelaporan** | | | | | **:** | 6 bulanan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Baseline** | : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | **Baseline** | | | | | : | Rata rata IKM : 73 (baik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Target** | **:** | **2015** | **2016** | | | | | **2017** | | | | | | | **2018** | | | | | | **2019** | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | **:** | **2015** | | | | | | **2016** | | | | | | | **2017** | | | | | | **2018** | | | | **2019** | | | |  | | |
|  |  |  | JCI (RSHS) | JCI | | | | | KARS | | | | | | | KARS | | | | | | JCI | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | 75 | | | | | | 78 | | | | | | | 75 | | | | | | 80 | | | | 82 | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KPI-7. Tingkat Kepuasan Peserta Didik | | | | | | | | | | | |  | | | KPI-8. % keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Perspektif** | : | *Stakeholder* | | | | | | | |  | |  |  | | **Perspektif** | **:** | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | |
|  | **Sasaran Strategis** | : | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | | | | | | | |  | |  |  | | **Sasaran Strategis** | **:** | Terwujudnya layanan unggulan | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | |
|  | **KPI** | : | Tingkat Kepuasan Peserta Didik | | | | | | | |  | |  |  | | **KPI** | **:** | % keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Definisi** | : | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap pendidikan, pelatihan yang diberikan oleh RS mengacu pada instrument pengukuran indeks kepuasan peserta didik. | | | | | | | |  | |  |  | | **Definisi** | **:** | % keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 adalah persentase pasien dengan kasus severity level 2 dan 3 di rawat inap RSHS yang pulang hidup dengan perbaikan atau sembuh. | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Formula** | : |  | | | | | | | |  | |  |  | | **Formula** | **:** | (keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 yang pulang hidup dengan perbaikan atau sembuh dalam satu periode per seluruh kasus severity level 2 dan 3 dalam periode yang sama ) x 100% | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Bobot KPI (%)** | : |  | | | | | | | |  | |  |  | | **Bobot KPI (%)** | **:** |  | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Person in Charge** | : | Direktur SDM dan Pendidikan | | | | | | | |  | |  |  | | **Person in Charge** | **:** | Direktur Medik dan Keperawatan RSHS | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | |
|  | **Sumber Data** | : | Survei | | | | | | | |  | |  |  | | **Sumber Data** | **:** | Rekam Medik | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Periode Pelaporan** | : | Tahunan | | | | | | | |  | |  |  | | **Periode Pelaporan** | **:** | Tahunan | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Baseline** | : |  | | | | | | | |  | |  |  | | **Baseline** | : | 80.76% | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Target** | : | **2015** | **2016** | | **2017** | | **2018** | | **2019** |  | |  |  | | **Target** | **:** | **2015** | **2016** | | | **2017** | | **2018** | | **2019** |  | |
|  |  |  | 70 | 74 | | 78 | | 78 | | 80 |  | |  |  | |  |  | 83 | 90 | | | 90 | | 90 | | 94 |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KPI-9 . NDR rumah sakit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | KPI-10. % Kasus rujukan yang tepat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Perspektif** | **:** | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Perspektif** | | | **:** | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sasaran Strategis** | **:** | Terwujudnya layanan unggulan | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Sasaran Strategis** | | | **:** | Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **KPI** | **:** | NDR rumah sakit | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **KPI** | | | **:** | % Kasus rujukan yang tepat | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Definisi** | **:** | Nett Death Rate adalah kematian pasien yang dirawat inap, yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Definisi** | | | **:** | Persentase kasus rujukan yang tepat adalah persentase kasus yang dirujuk ke RSHS yang sesuai dengan kasus severity level 2 dan 3 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Formula** | **:** | Jumlah pasien meninggal > 48 jam per jumlah seluruh pasien keluar (hidup+meninggal) x 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Formula** | | | **:** | (jumlah kasus yang dirujuk dengan kasus severity level 2 dan 3 dibagi jumlah seluruh pasien rawat inap di RSHS) x 100% | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Bobot KPI (%)** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Bobot KPI (%)** | | | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Person in Charge** | **:** | Direktur Medik dan Keperawatan RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Person in Charge** | | | **:** | Direktur Medik & Keperawatan | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sumber Data** | **:** | Rekam Medik | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Sumber Data** | | | **:** | Rekam Medik | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Periode Pelaporan** | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Periode Pelaporan** | | | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Baseline** | : | Baseline data tahun 2016 : 47,4 ‰. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | **Baseline** | | | : |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | | |  | | | |  |
|  | **Target** | **:** | **2015** | | **2016** | | | | **2017** | | | | | **2018** | | | | **2019** | | | |  | |  |  | **Target** | | | **:** | **2015** | | **2016** | | | | **2017** | | | **2018** | | | | **2019** | |  |
|  |  |  | 42,8 | | 47,4 | | | | 45 | | | | | 43 | | | | 41 | | | |  | |  |  |  | | |  | 48% | | 50% | | | | 55% | | | 60% | | | | 66% | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| KPI-11. Jumlah KSO alat medik>Rp 3 M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | KPI-12. Jumlah Panduan Praktik Klinik (PPK) yang Diimplementasikan di Fasilitas Kesehatan Jejaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Perspektif** | **:** | | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Perspektif** | | | | **:** | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sasaran Strategis** | **:** | | Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM) | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Sasaran Strategis** | | | | **:** | Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **KPI** | **:** | | Jumlah KSO alat medik>Rp 3 M | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **KPI** | | | | **:** | Jumlah Panduan Praktik Klinik (PPK) yang diimplementasikan di Fasilitas Kesehatan Jejaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Definisi** | **:** | | Kerjasama Operasional (KSO) yang dimaksud adalah kerjasama dalam pengoperasian alat medis dengan harga lebih dari Rp. 3 Milyar | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Definisi** | | | | **:** | Suatu indikator hasil (outcome) yang menunjukkan seberapa besar tingkat adopsi dari produk kajian/pengembangan berbagai Panduan Praktik Klinik (PPK) pada fasilitas kesehatan jejaring RSHS/FK Unpad; sehingga mengindikasikan kebermanfaatan hasil pemikiran ilmiah RSHS/FK Unpad bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Formula** | **:** | | Jumlah KSO baru alat medis > 3 Milyar per tahun | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Formula** | | | | **:** | Jumlah Panduan Praktik Klinik (PPK) gagasan RSHS/FK Unpad yang diadopsi & diberlakukan oleh 7 RS regional jejaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Bobot KPI (%)** | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Bobot KPI (%)** | | | | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Person in Charge** | **:** | | Direktur Umum dan Operasional RSHS | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Person in Charge** | | | | **:** | Direktur SDM dan Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Sumber Data** | **:** | | Perjanjian kerjasama | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Sumber Data** | | | | **:** | Laporan Tahunan RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Periode Pelaporan** | **:** | | 6 Bulanan | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Periode Pelaporan** | | | | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Baseline** | **:** | | 2 ( hemodialisa dan laboratorium) | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | **Baseline** | | | | : | Tidak ada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | **Target** | **:** | | **2015** | | **2016** | | | | **2017** | | | **2018** | | | | **2019** | |  |  |  | | **Target** | | | | **:** | **2015** | | | **2016** | | | | **2017** | | | | | **2018** | | | | **2019** | | | |  |
|  |  |  | | 5 KSO | | 5 KSO | | | | 5 KSO | | | 5 KSO | | | | 5 KSO | |  |  |  | |  | | | |  | RSHS: 5  PPK/Tahun | | | RSHS: 5  PPK/Tahun | | | | RSHS: 5  PPK/Tahun | | | | | RSHS: 10  PPK/Tahun | | | | RSHS: 15  PPK/Tahun | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KPI-13. % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | KPI-15. Jumlah Publikasi Riset | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Perspektif** | | **:** | | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Perspektif** | | | | **:** | | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **Sasaran Strategis** | | **:** | | Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Sasaran Strategis** | | | | **:** | | Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **KPI** | | **:** | | % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **KPI** | | | | **:** | | Jumlah Publikasi Riset | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Definisi** | | **:** | | Clinical pathway adalah sebuah pemetaan mengenai tindakan klinis untuk diagnosis tertentu dalam waktu tertentu, yang mendokumentasikan clinical practice terbaik berdasarkan praktek klinik berbasis bukti. CP harus mendapatkan approval dari pimpinan RSHS dan FKUP.  Kepatuhan clinical pathway adalah kepatuhan para peserta didik dan supervisor staf medis/DPJP dalam menggunakan clinical pathway sesuai kurikulum pendidikan untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandardisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.  Evaluasi atau cara penilaian kepatuhan clinical pathway dilakukan dengan audit medik secara bulanan oleh Komite Medik. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Definisi** | | | | **:** | | Publikasi riset translasional adalah publikasi pada jurnal nasional terakreditasi atau internasional bereputasi yang memiliki kaitan terhadap pelayanan dan kebijakan kesehatan secara langsung sesuai definisi :" *bench-to-bedside” enterprise of translating knowledge from the basic sciences into the development of new treatments; and research that translating the findings from clinical trials into everyday practice*" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Formula** | | **:** | | Jumlah CP yang sesuai dengan kurikulum yang diimplementasikan dibagi jumlah semua CP x 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Formula** | | | | **:** | | Jumlah publikasi riset translasional yang dimuat pada jurnal terakreditasi nasional atau jurnal bereputasi internasional pada satu tahun tertentu dengan salah satu penulis berasal dari RSHS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Bobot KPI (%)** | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Bobot KPI (%)** | | | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Person in Charge** | | **:** | | Direktur Medik & Keperawatan RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Person in Charge** | | | | **:** | | Direktur SDM dan Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **Sumber Data** | | **:** | | Rekam Medik, Hasil Audit Medik, Kurikulum Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Sumber Data** | | | | **:** | | Bagian Diklit RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Periode Pelaporan** | | **:** | | 3 Bulanan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Periode Pelaporan** | | | | **:** | | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Baseline** | | : | | 5 dari 105 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | **Baseline** | | | | : | | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | **Target** | | **:** | | **2015** | | | | | **2016** | | | | | **2017** | | | | | | | | | **2018** | | | | | **2019** | | | | | |  | | | |  | |  | | **Target** | | | | **:** | | **2015** | | | | | | | **2016** | | | | | | | | **2017** | | | | | | | | **2018** | | | | | | | **2019** | | | | |  | |
|  | |  | |  | | 40% | | | | | 50% | | | | | 70% | | | | | | | | | 90% | | | | | 90% | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | | 100 | | | | | | | 150 | | | | | | | | 165 | | | | | | | | 182 | | | | | | | 200 | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| KPI-14. Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | KPI-16. Tingkat keandalan sarpras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Perspektif** | | **:** | | *Proses Bisnis Internal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Perspektif** | | | | | | | **:** | *Learning & Growth* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Sasaran Strategis** | | **:** | | Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Sasaran Strategis** | | | | | | | **:** | Terwujudnya sarana prasarana yang andal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **KPI** | | **:** | | Jumlah SPO bersama RSHS-RSMC-FKUP yang diimplementasikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **KPI** | | | | | | | **:** | Tingkat keandalan sarpras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Definisi** | | **:** | | Jumlah SPO yang dikembangkan secara bersama oleh RSHS-FKUP sesuai dengan peraturan menteri kesehatan 1144 tahun 2010 (?), permendikbud no 64 tahun 2013, dan telah dilaksanakan secara konsisten selama minimal 3 bulan. Pengecekan implementasi SPO dilakukan secara sampling pada unit kerja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Definisi** | | | | | | | **:** | Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.  A. Ketersediaan (availability) : Ke, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi  B. Kinerja (performance) : Ki, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat  C. Kualitas (quality) : Ku, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut   Alat yang akan diukur meliputi a.l. PET-Scan, Radioterapi, Cathlab, Viraload, USG, Ventilator, Electrophysiology, FISH, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Formula** | | **:** | | Jumlah SPO bersama yang baru dan telah dilaksanakan oleh RSHS-RSMC-FKUP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Formula** | | | | | | | **:** | OEE = Ka x Ki x Ku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Bobot KPI (%)** | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Bobot KPI (%)** | | | | | | | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Person in Charge** | | **:** | | Direktur Umum dan Operasional RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Person in Charge** | | | | | | | **:** | Direktur Umum dan Operasional RSHS, DirMed | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Sumber Data** | | **:** | | Urusan Hukum dan Tatalaksana FK Unpad, Bagian hukum dan kemitraan RSHS, RSMC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Sumber Data** | | | | | | | **:** | Simak BMN, Kartu alat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Periode Pelaporan** | | **:** | | 6 Bulanan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Periode Pelaporan** | | | | | | | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Baseline** | | : | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Baseline** | | | | | | | : | Belum ada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Target** | | **:** | | **2015** | | **2016** | | | | **2017** | | | | | | **2018** | | | | | | | | **2019** | | | | |  |  | | |  | | | **Target** | | | | | | | **:** | **2015** | | | | | | | **2016** | | | | | | | **2017** | | | | | | | | **2018** | | | | | | | **2019** | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | 2 | | 5 | | | | 5 | | | | | | 7 | | | | | | | | 10 | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | 78% | | | | | | | | 85% | | | | | | | 90% | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| KPI-17. Persentase kasus ditangani dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | KPI-18. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Perspektif** | | **:** | | *Learning & Growth* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Perspektif** | | | | | | | **:** | *Finansial* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **Sasaran Strategis** | | **:** | | Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Sasaran Strategis** | | | | | | | **:** | Terwujudnya kemandirian finansial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **KPI** | | **:** | | Persentase kasus ditangani dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **KPI** | | | | | | | **:** | POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Definisi** | | **:** | | Pasien rawat inap yang ditangani oleh Dokter Penanggung jawab pelayanan (DPJP) sejak pasien masuk rawat inap sampai pulang dengan melaksanakan:  Pengkajian awal medis  Resume medis pasien pulang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Definisi** | | | | | | | **:** | Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat yang telah diverifikasi oleh pihak penjamin termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.  Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari biaya pegawai dan biaya barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Formula** | | **:** | | rasio antara total DPJP yang menjalankan fungsinya dengan seluruh DPJP di seluruh RSUP Dr. Hasan Sadikin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Formula** | | | | | | | **:** | (Pendapatan PNBP dibagi Biaya Operasional) x 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Bobot KPI (%)** | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Bobot KPI (%)** | | | | | | | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Person in Charge** | | **:** | | Direktur SDM dan Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Person in Charge** | | | | | | | **:** | Direktur Keuangan RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | **Sumber Data** | | **:** | | Rekam medik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Sumber Data** | | | | | | | **:** | Laporan Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Periode Pelaporan** | | **:** | | Bulanan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Periode Pelaporan** | | | | | | | **:** | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Baseline** | | : | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | **Baseline** | | | | | | | : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | **Target** | | **:** | | **2015** | | **2016** | | | | **2017** | | | | | | | **2018** | | | | | | | **Target** | | | | | **:** |  | | |  | | |  | | | | | | |  | **2015** | | | | | **2016** | | | | | | | **2017** | | | | | | | | **2018** | | | | | | | | **2019** | | | | |  | |
|  | |  | |  | | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | | | 100 | | | | | | | 100 | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  | 81 | | | | | 82 | | | | | | | 75 | | | | | | | | 75 | | | | | | | | 77 | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| KPI-19. Hasil Audit Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Perspektif** | | **:** | | *Finansial* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Sasaran Strategis** | | **:** | | Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **KPI** | | **:** | | Hasil Audit Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Definisi** | | **:** | | Audit laporan keuangan merupakan penilaian kewajaran laporan keuangan atas suatu entitas atau badan hukum lainnya (termasuk pemerintah) sehingga dapat dihasilkan pendapat yang independen tentang laporan keuangan yang Transparansi, Akuntabilitas dan Cost effective. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Formula** | | **:** | | Sesuai Pedoman Standard Akuntansi Pemerintah (PSAP) & Pedoman Standard Akuntansi Keuangan (PABLU) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Bobot KPI (%)** | | **:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Person in Charge** | | **:** | | Direktur Keuangan RSHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Sumber Data** | | **:** | | Laporan Keuangan Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Periode Pelaporan** | | **:** | | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Baseline** | | : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Target** | | **:** | | **2015** | | | **2016** | | | | | **2017** | | | | | | | **2018** | | | | | | | **2019** | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | WTP | | | WTP | | | | | WTP | | | | | | | WTP | | | | | | | WTP | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |