KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

rshs

REVIU TAHUN KEDUA
RENCANA STRATEGI BISNIS RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG 2020-2024

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

JANUARI 2022

RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG 2020-2024
REVISI 2
Mengetahui

1. Prof. Dr. dr. Agus Purwadianto, DFM., SH., M.Si., Sp.F(K)
   (Ketua)

2. Prof. Dr. Rina Indiastuti, M. SIE
   (Anggota)

3. dr. Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa, MPH.
   (Anggota)

4. Dr. Drs. Bilmar Parhusip, M.Si.
   (Anggota)

5. Dr. Elly Fariani, Ak., M.Sc.
   (Anggota)

Disiapkan/ disusun oleh :

1. dr. Irayanti, Sp.M., MARS
   Plt. Direktur Utama

2. dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS.
   Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

3. dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM., MARS
   Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

4. drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc.
   Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum

5. Drs. Sudarto, MM
   Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara

Kata Pengantar

Rencana Strategis Bisnis RSUP dr Hasan Sadikin (RSHS) Bandung merupakan kerangka strategis dalam mengendalikan arah gerak dan perkembangan RSHS lima tahun yang akan datang. Rencana strategis bisnis ini juga menjadi pedoman dalam menjawab tantangan perubahan dan tuntutan internal akibat dinamika organisasi, juga memandu bagaimana kontribusi RSHS untuk memenuhi tuntutan masyarakat dan pemerintah.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini merupakan Tahun 2020- 2024 menggantikan RSB tahun 2015- 2019. Selama lima tahun ke belakang RSHS telah mengalami perubahan terutama peningkatan jumlah kunjungan rawat jalan dan jumlah pelayanan, yang terlihat jelas adalah pembangunan gedung rawat jalan Gedung Anggrek yang mulai beroperasi pada tahun 2017 dan pembangunan Bunker yang direncanakan selesai pada tahun 2019. Rencana strategis yang baru ini disusun berdasarkan pencapaian periode lima tahun yang lalu dimulai pada awal tahun 2018 dan diselesaikan pada bulan Maret 2019.

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 kedua buku Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS periode 2020-2024. Semoga apa yang dimimpikan dalam RSB ini dapat terwujud mendukung tercapainya visi 2024.

Plt. Direktur Utama RSUP DR. Hasan Sadikin

Daftar Isi

Kata Pengantar 4
Daftar Isi 5
Daftar tabel 8
Daftar gambar 10
I. PENDAHULUAN 12
1.1 Latar Belakang 12
1.2 Tujuan RSB 15
1.3 Dasar Hukum 17
1.4 Metodologi Penyusunan Reviu RSB RSHS 2020-2024 17
a. Penyusunan Renstra 18
b. Reviu RSB RSHS Tahun Pertama 19
II. KONDISI RSHS 20
2.1 Profil RSHS 20
2.2 Gambaran Kinerja RSHS 21
A. Kinerja Aspek Pelayanan RSHS 21
B. Kinerja Aspek Keuangan RSHS 60
C. Kinerja Aspek SDM RSHS 70
D. Kinerja Aspek Sarana Prasarana RSHS 72
E. Membangun AHS (Academic Health System) JAwa Barat 73

a. Integrasi Pelayanan-Pendidikan-Penelitian 73
b.Rancangan AHS Jawa Barat 74
c. Tantangan Mewujudkan AHS Jawa Barat 74
2.3 Tantangan Strategis 78
2.4 Benchmarking 79
2.5 Analisis SWOT 79
2.6 Diagram Kartesius & Prioritas Strategi 82
2.7 Analisa TOWS 87
2.8 Analisa dan Mitigasi Risiko 92
A. Identifikasi Risiko 92
B. Penilaian Tingkat Risiko 92
C. Rencana Mitigasi Risiko 97
III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS 100
3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi dan Tata Nilai 100
3.2 Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti 101
3.3 Rancangan Peta Strategis Balance Scorecard (BSC) 103
3.4 Indikator Kinerja Utama 105
A. Matriks IKU 105
B. Kamus IKU 111
3.5 Roadmap 5 Tahun Kedepan 192

3.6 Program Kerja Strategis 197
IV. PROYEKSI KEUANGAN 208
4.1 Estimasi Pendapatan 208
4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran RSHS Tahun 2020-2024 210
4.3 Rencana Pendanaan 214
V. PENUTUP 217
LAMPIRAN KAMUS KPI 218
PROGRAM KEGIATAN 218

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Kapasitas Tempat Tidur di RSHS	23
Tabel 2.2	Kinerja Aspek Pelayanan Tahun 2015-2019	24
Tabel 2.3	Jumlah Kunjungan Pasien RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015-2019	58
Tabel 2.4	Pengembalian Rekam Medis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015-2019	58
Tabel 2.5	Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap RSUP Dr. Hasan SadikinBandung Tahun 2015-2019	59
Tabel 2.6	Hasil Perhitungan Rasio Keuangan Tahun 2015-2019	61
Tabel 2.7	Skor Kinerja Keuangan Tahun 2014-2018	64
Tabel 2.8	Realisasi Pencapaian Pendapatan Kas Tahun 2014-2018	65
Tabel 2.9	Realisasi Belanja PNBP BLU RSUP Dr. Hasan SAdikin Bandung 2014-2018	66
Tabel 2.10	Realisasi Penerimaan dan Belanja RM Periode Tahun 2014-2018	67
Tabel 2.11	Realisasi Pendapatan dan Biaya Periode Tahun 2014-2108 (lanjutan)	68
Tabel 2.12	Komposisi SDM berdasarkan Jenis Tenaga (Maret 2019)	70
Tabel 2.13	Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan	71
Tabel 2.14	Patok Duga (Benchmarking)	78
Tabel 2.15	Analisa SWOT	80
Tabel 2.16	Kekuatan (Strength)	81
Tabel 2.17	Kelemahan (Weakness)	82
Tabel 2.18	Peluang (Opportunity)	83
Tabel 2.19	Ancaman (threta)	84
Tabel 2.20	Analisa TOWS S-T	87
Tabel 2.21	Analisa TOWS S-O	88
Tabel 2.22	Analisa TOWS W-T	89
Tabel 2.23	Analisa TOWS W-0	90
Tabel 2.24	Acuan Penilaian Risiko	93
Tabel 2.30	Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis	94
Tabel 2.31	Rencana Mitigasi Risiko	96
Tabel 3.1	Harapan dan Kekhawatiran Utama Stakeholder Utama	100
Tabel 3.2	Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)	101

Tabel 3.3 Matriks IKU 109
Tabel 3.4 Kamus IKU 110

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Kunjungan Rawat Jalan	25
Gambar 2.2	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2015-2019	27
Gambar 2.3	Sepuluh Penyakit Diagnosis Terbanyak Rawat Jalan Semester 1 Tahun 2019	28
Gambar 2.4	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) Tahun 2015-2019	29
Gambar 2.5	Kunjungan Instalasi Rawat Darurat	32
Gambar 2.6	Persentase BOR Periode 2015-2019	34
Gambar 2.7	Persentase ALOS Periode 2015-2019	35
Gambar 2.8	Persentase TOI Periode 2015-2019	36
Gambar 2.9	Persentase NDR Periode 2015-2019	37
Gambar 2.10	Jumlah Pasien Masuk Periode 2015-2019	38
Gambar 2.11	Jumlah Pasien Keluar Periode 2015-2019	39
Gambar 2.12	Jumlah Pasien Meninggal Periode 2015-2019	39
Gambar 2.13	Ketepatan Jam Visite DPJP Periode 2015-2019	40
Gambar 2.14	Ketepatan dan Kelengkapan Rekam Medis	41
Gambar 2.15	Pengembalian Rekam Medis < 24 Jam Periode 2018-2019 (Jan-Juli 2019)	42
Gambar 2.16	Jumlah Pasien Tindakan Operasi Tahun 2015-2019	46
Gambar 2.17	Jumlah Pembatalan Operasi Tahun 2015-2018	46
Gambar 2.18	Rata-rata Jam Mulai Operasi Tahun 2015-2019	47
Gambar 2.19	Rata-rata Jam Penggunaan Kamar Operasi	47
Gambar 2.20	Perbandingan Jumlah Kunjungan Pasien di Laboratorium Klinik Tahun 2015-2019	50
Gambar 2.21	Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2014-2019 Semester 1	50
Gambar 2.22	Pemeriksaan Laboratorium Terbanyak yang Dilakukan di Instalasi Laboratorium Klinik Tahun 2018	51
Gambar 2.23	Kegiatan Invivo di Instalasi/KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekular Tahun 2015-2018	53
Gambar 2.24	Jumlah Terapi Iodium di Instalasi/KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekular Tahun 2015-2018	53
Gambar 2.25	Terapi IOdium di Instalasi/KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler 2015-2018	54
Gambar 2.26	Indikator Mutu Kemampuan Kerja Kamera Gamma Periode Januari-Desember 2017	54
Gambar 2.27	Indikator Mutu Kemampuan Kerja Kamera Gamma Periode Januari-Desember 2018	55
Gambar 2.28	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ) 2016-2019	56

Gambar 2.29	Nilai Rata-rata Pengukuran Indeks Kepuasan Pelanggan	60
Gambar 2.30	Target dan Skor Kinerja Keuangan Tahun 2014-2018	64
Gambar 2.31	Jumlah Staf RSHS	69
Gambar 2.32	Jumlah Tenaga Kontrak Mei 2019	69
Gambar 2.33	Jumlah Peserta Didik Juli 2019	70
Gambar 2.34	Diagram Kartesian Pilihan Prioritas RSHS 2020-2024	80
Gambar 3.1	Peta Strategis RSHS 2020-2024	103

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SE Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Tujuan utama dokumen Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode tahun 2020-2024 adalah untuk menyediakan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas bagi masyarakat di akhir tahun 2024. 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 2020-2024. Rencana strategi bisnis (RSB) yang dituangkan dalam buku ini menggambarkan arah dan prioritas strategis tersebut untuk periode tahun 2020-2024. RSB, sebagai wujud rencana strategis (renstra), akan memuat informasi apa saja tujuan utama yang disasar dalam periode tahun 2020-2024 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 2020-2024 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 2020-2024. 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. 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.

Visi dan Misi RSHS menjabarkan Rumusan Visi dan Misi Pemerintah Kabinet Indonesia Maju 2020-2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, Berlandaskan gotong royong. Maka Visi dan Misi RSHS yaitu :

Visi RSHS :

“MENJADI RUMAH SAKIT YANG MANDIRI DENGAN LAYANAN PRIMA PADA TAHUN 2024”

Misi RSHS :

“MENYELENGGARAKAN PELAYANAN KESEHATAN PARIPURNA DAN PRIMA, YANG TERINTEGRASI DENGAN PENDIDIKAN DAN PENELITIAN”

Dalam upaya mencapai visi misi di atas, RSHS menggunakan *Lean Hospital* sebagai strategi untuk membangun budaya organisasi dengan cara mengintegrasikan sistem yang terdiri pengembangan manusia, filosofi, teknik dan pendekatan manajemen.

Implementasi RSB dalam bentuk program dan kegiatan mengacu kepada 10 sasaran strategis RSB Tahun 2020-2024 yang menghasilkan 20 KPI, masing-masing Direktorat mempunyai KPI sesuai dengan domain dan tupoksinya masing-masing.

I.2 Tujuan RSB RSHS Tahun 2020-2024

RSB RSHS periode tahun 2020-2024 bertujuan utama untuk memberikan arah dan prioritas strategis pengembangan misi layanan, pendidikan, dan penelitian dengan memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* utamanya. Secara spesifik, tujuan utama RSB ini untuk mendapatkan :

1. **Peningkatan kualitas pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat**

   RSUP Dr. Hasan Sadikin selaku satuan kerja dari Kementerian Kesehatan berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan derajat kesehatan manusia. Salah satunya melalui pengukuran indeks kepuasan masyarakat. Tujuan diadakannya pengukuran kepuasan masyarakat adalah untuk mendapatkan umpan balik atas kualitas pelayanan yang telah dilakukan penyelenggara pelayanan. Melalui survei kepuasan masyarakat, didorong untuk memberikan partisipasi sebagai pengguna layanan dalam menilai kinerja penyelenggara pelayanan agar terjadi peningkatan atau perbaikan kualitas pelayanan dengan melakukan inovasi-inovasi pelayanan atas masalah yang disampaikan masyarakat dan konsumen saat survei kepuasan, sehingga dapat tercapai peningkatan kualitas pelayanan publik melalui pelibatan masyarakat dalam memberikan evaluasi terhadap penyelenggara pelayanan publik.

   Program kesehatan menjadi sangat strategis bagi rumah sakit karena merupakan bagian dari visi dan misi yang tertuang dalam RPJMN dengan menempatkan kesehatan sebagai prioritas utama program pembangunan sumber daya manusia. Salah satunya yaitu peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui penurunan jumlah angka kematian ibu dan menurunkan angka kematian neonatal dini. Persoalan kesehatan di Jawa Barat merupakan hal yang krusial dan membutuhkan perhatian khusus dari seluruh pihak.

   Pada tujuan ini terdapat 2 (dua) sasaran strategis yang ingin diwujudkan, yaitu Meningkatnya kepuasan pelanggan dan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin menggunakan 3 indikator kinerja yaitu 1) Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat, 2) Persentase penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit, 3) Angka Kematian Neonatal Dini

2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan yang Inovatif, Prima dan Bermutu

Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan aman merupakan kebutuhan dan tuntutan masyarakat pengguna rumah sakit. Pelayanan kesehatan seperti itu telah menjadi fokus perhatian pemerintah yang dituangkan dalam kewajiban rumah sakit dan hak pasien. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pelayanan prima dan paripurna serta berkesinambungan, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melakukan inovasi-inovasi pelayanan publik. Terciptanya suatu inovasi merupakan ukuran nyata keberhasilan dari insitusi rumah sakit. Keberadaan inovasi sangat penting untuk pelayanan publik guna memberikan terobosan yang dapat mewujudkan pelayanan yang prima dan bermutu.

Pada tujuan ini terdapat 4 (empat) sasaran strategis yaitu : 1) Meningkatnya utilitasi fasilitas, 2) terwujudnya proses yang inovatif, dan 3) Terwujudnya Proses yang bermutu 4) Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin menggunakan 11 (sebelas) indikator kinerja yaitu 1) Utilisasi ruangan operasi 2) Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun 3) Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME), 4) Persentase kejadian infeksi daerah operasi, 5) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit 6) Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari 7) Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP 8) Persentase berkas layak klaim 9) Persentase Response *Time* rujukan Sisrute IGD RSHS ≤ 5 menit 10) Jumlah pasien deteksi dini kanker 11) Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun.

3. Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya manusia dan sumber daya adalah dua komponen penting dalam suatu kehidupan, keduanya harus seimbang dan sejalan dengan sangat baik agar tetap berjalan. Pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) harus bersamaan dengan peningkatan tata kelola yang baik. Kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan harus dipenuhi dan dikelola dengan baik oleh SDM yang berkualitas. Pemenuhan sarana prasarana yang terbatas oleh anggaran harus diimbangi dengan strategi lean project yang bertujuan untuk meminimumkan sumber daya yang tidak memberi nilai tambah pada produk.

Sumber daya manusia merupakan hal yang penting disamping pengembangan berupa sarana prasarana alat sebagai sumber daya rumah sakit. Dalam rangka mewujudkan misi prioritas Presiden Kabinet Indonesia maju maka pengembangan sumber daya menjadi hal yang prioritas. Pengembangan sumber daya manusia di RSHS akan dimulai dengan mengukur nilai kepuasan pegawai untuk mengetahui prioritas perbaikan yang harus ditingkatkan. Pengembangan SDM di RSHS ditingkatkan melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian yang diselenggarakan oleh Instalasi Diklat sesuai perencanaan dan kebutuhan.

Pada tujuan ini terdapat 3 (tiga) sasaran strategis yaitu : 1) Terpenuhinya standar SP, 2) Meningkatnya employee engagement, 3) Terlaksananya Lean Culture. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin menggunakan 4 indikator kinerja yaitu : 1) Persentase pemenuhan ketersediaan Sarana dan Prasarana (SP), 2) Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE), 3) Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai, 4) Jumlah lean project yang terlaksana.

4. Peningkatan Capaian Pertumbuhan Pendapatan

RSHS merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang dapat mengelola keuangan sendiri secara fleksibilitas berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas. BLU menyelenggarakan kegiatannya tanpa mengutamakan mencari keuntungan namun dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang/jasa layanan yang diberikan. RSHS memiliki tujuan menjadi RS yang mandiri pada tahun 2024 sehingga harus membuat strategi yang jitu dalam rangka peningkatan pertumbuhan pendapatan pertahun melalui beberapa kegiatan dan project. Untuk mengukur pendapatan dibutuhkan analisa POBO yaitu rasio pendapatan terhadap biaya operasional.

Pada tujuan ini terdapat 2 (dua) sasaran strategis yaitu : 1) Meningkatnya pendapatan dan 2) Tercapainya Efisiensi biaya operasional. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menggunakan 2 indikator kinerja yaitu : 1) Pertumbuhan pendapatan pertahun dan 2) Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional.

1.3 Dasar Hukum

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

a. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 Tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara.

b. Peraturan Pemerintah RI Nomor 74/2012 tentang Pengelolaan Keuangan BLU.

c. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 92/PMK.05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum

d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2105 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

e. Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor PER-54/PB/2013 tentang Penilaian satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.

f. Rencana Aksi Program Ditjen Pelayanan Kesehatan

g. Surat Edaran Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.02/I/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

I.4 Metodologi Penyusunan Review RSB RSHS Tahun 2020-2024

a. **Penyusunan Renstra**

Berdasarkan tujuan RSB yang hendak dicapai di atas, maka pelaksanaan penyusunan RSB periode tahun 2020-2024 dilakukan dengan mekanisme *Focus Group Discussion* (FGD) antara jajaran direksi dan pejabat RSHS. FGD merupakan salah satu metode pengambilan keputusan kelompok yang menggabungkan pengambilan suara para anggota tim dengan diskusi terbatas untuk menciptakan konsensus dan mendapatkan keputusan tim. Pilihan yang melarbelakangi pemilihan mekanisme FGD adalah karena alasan sebagai berikut :

- FGD dihadiri oleh jajaran direksi dan pejabat RSHS yang sangat memahami tentang seluk beluk permasalahan kinerja RSHS serta arah dan prioritas strategis RSHS di masa mendatang, sehingga kualitas informasi RSB RSHS 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. 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 pejabat RSHS 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.

b. Reviu RSB RSHS Tahun Kedua

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.

Pada reviu kedua RSB RSHS Tahun 2020-2024 dilakukan perubahan yang terjadi karena adanya perubahan lingkungan terkait pandemi covid-19 dan masukan dan saran dari Dewan Pengawas RSHS dan Inspektorat Jenderal Kemenkes RI. Adapun perubahan dilakukan atas analisa SWOT, tujuan RSB RSHS 2020-2024, Sasaran strategis, Indikator Kinerja Utama, Program kegiatan dan Anggaran (terlampir matrik perubahan).

BAB II. KONDISI RSHS

2.1 Profil RSHS

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin (RSHS) didirikan pada tahun 1923 dengan nama "*Het Algemeene Bandoengsche Ziekenhuijs*". Pada tahun 1927 namanya diubah menjadi *"Het Gemeente Ziekenhuis Juliana*". Selama pendudukan Jepang, digunakan sebagai rumah sakit militer dengan nama "*Rigukun Byoin*". Sejak kemerdekaan Indonesia, telah dikenal sebagai "Rumah Sakit Ranca Bandak". Pada tahun 1954 diangkat sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur Jenderal Perawatan Medis. Pada tahun 1956 ia ditetapkan sebagai rumah sakit umum dengan kapasitas 600 tempat tidur. Sejak didirikan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran pada 1n 1957, telah ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan untuk mahasiswa Fakultas Kedokteran. Pada tahun 1967 namanya berubah menjadi dr. Rumah Sakit Umum Hasan Sadikin. Rumah sakit itu dinamai seorang dokter yang meninggal selama masa jabatannya sebagai direktur rumah sakit, yaitu dr. Hasan Sadikin.

Dari sudut pandang manajemen keuangan, status Rumah Sakit Umum Hasan Sadikin telah diubah beberapa kali sehingga memberikan lebih banyak fleksibilitas dan otonomi dalam mengelola pendapatan dan pengeluaran rumah sakit. Sejak Januari 2006, rumah sakit ini telah ditunjuk sebagai rumah sakit yang menerapkan Manajemen Keuangan Lembaga Layanan Publik. Sebagai rumah sakit A dan rumah sakit terbesar di Jawa Barat (segera akan menjadi Rumah Sakit Refferal Nasional), Rumah Sakit Umum Hasan Sadikin memiliki fungsi sebagai rumah sakit rujukan teratas untuk layanan kesehatan tersier di provinsi.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin berkedudukan di kota Bandung. RSHS berkapasitas 969 tempat tidur dapat menyediakan berbagai layanan yang terdiri dari 20 spesialisasi medis dan 125 spesialisasi sub. Luas lahan adalah 87.200 m^2 dengan total luas bangunan 115.163 m2, terdiri beberapa jenis gedung yaitu 17 perkantoran, 24 Pelayanan Klinis, 5 pendukung, dan 10 lain-lain. Didukung oleh 3.704 tenaga kesehatan dan non kesehatan yang terlatih dan profesional, terdiri dari 398 tenaga medis, 2 tenaga psikologi klinis, 1.173 tenaga keperawatan,

79 tenaga kebidanan, 185 tenaga kefarmasian, 5 tenaga kemasyarakatan, 19 tenaga kesehatan lingkungan, 36 tenaga gizi, 18 tenaga keterafian fisik, 89 tenaga keteknisan medis, 171 tenaga teknik biomedika, 23 tenaga fungsional non kesehatan, 524 tenaga administrasi, dan 982 tenaga strategis. RSHS juga memiliki peserta didik yang terdiri dari 623 dokter muda (PSPD), 1.140 Residen (PPDS 1), 142 trainee (PPDS 2), dan 251 Mahasiswa Keperawatan (FIK).

RSHS memiliki Pelayanan unggulan yaitu kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler, Pelayanan Jantung Terpadu, Pelayanan Onkologi dan Infeksi, Bedah Minimal Invasif dan Pelayanan Transplantasi Ginjal. RSHS bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan PMN RS Cicendo, dan juga menjalin kerjasama dengan institusi lain.

2.2 Gambaran Kinerja RSHS

A. 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 2015 hingga semester I tahun 2019.

Berikut ini adalah Instalasi Pelayanan Klinis RSHS

1.	Bedah Umum	12.	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
2.	Penyakit Dalam	13.	Kedokteran Nuklir
3.	Kebidanan dan Kandungan	14.	Bedah Mulut

4.	Kesehatan Anak	15.	Gigi dan Mulut
5.	Ortopaedi dan Traumatologi	16.	Anestesiologi & Terapi Intensif
6.	Urologi	17.	Radiologi
7.	Bedah Saraf	18.	Patologi Klinik
8.	Telinga, Hidung, Tenggorokan, Kepala dan Leher (THT-KL)	19.	Patologi Anatomi
9.	Kedokteran Jiwa	20.	Kedokteran Forensik
10.	Kulit dan Kelamin	21.	Farmakologi Klinik
11.	Penyakit Saraf		

Instalasi Pelayanan Klinis :

1.	Gawat Darurat	9.	Pelayanan Jantung (termasuk unit medical check up)
2.	Rawat Jalan (Klinik, Kemoterapi, dan Hemodialisis)	10.	Teknologi Reproduksi Berbantu
3.	Rawat Inap (Umum, High Care, Kemoterapi, neonatologi, unit luka bakar, isolasi)	11.	Bedah (elektif, ODS dan endoskopi)
4.	Rawat Intensif (GICU, CICU, PICU, NICU)	12.	Hemodalisis
5.	Laboratorium Klinik (termasuk transfusI darah dan mikrobiologi)	13.	Rawat Inap Khusus (Paviliun Parahyangan)
6.	Patologi Anatomi	14.	Radio-onkologi
7.	Kedokteran Nuklir	15.	Rehabilitasi Medis
8.	Radio-diagnostik	16.	Pemulasaran Jenazah

Unit Penunjang :

1.	Farmasi	7.	Kesehatan Lingkungan
2.	Rekam Medis	8.	Keselaman dan Kesehatan Kerja
3.	Fasilitas Medis	9.	Promosi Kesehatan dan Pemasaran
4.	CSSD	10.	Binatu
5.	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	11.	Sistem Informasi Rumah Sakit
6.	Gizi		

Kapasitas tempat tidur di RSHS

Tabel 2.1 Kapasitas Tempat Tidur di RSHS

NO	CLASSES / TYPES	NUMBER	(%)
A.	Rawat Umum	762	78,63
1.	Kelas III	416	42,93
2.	Kelas II	160	16,51
3.	Kelas I	144	14,86
4.	Suite room/VVIP/VIP	42	4,34
B.	Rawat Intensif (GICU, ICCU, PICU, NICU)	52	5,37
C.	*High Care Unit*	93	9,60

D.	Isolasi	33	3,41
E.	Non Kelas	27	2,79
TOTAL		969	100

Tabel 2.2 Kinerja Aspek Pelayanan tahun 2015-2019

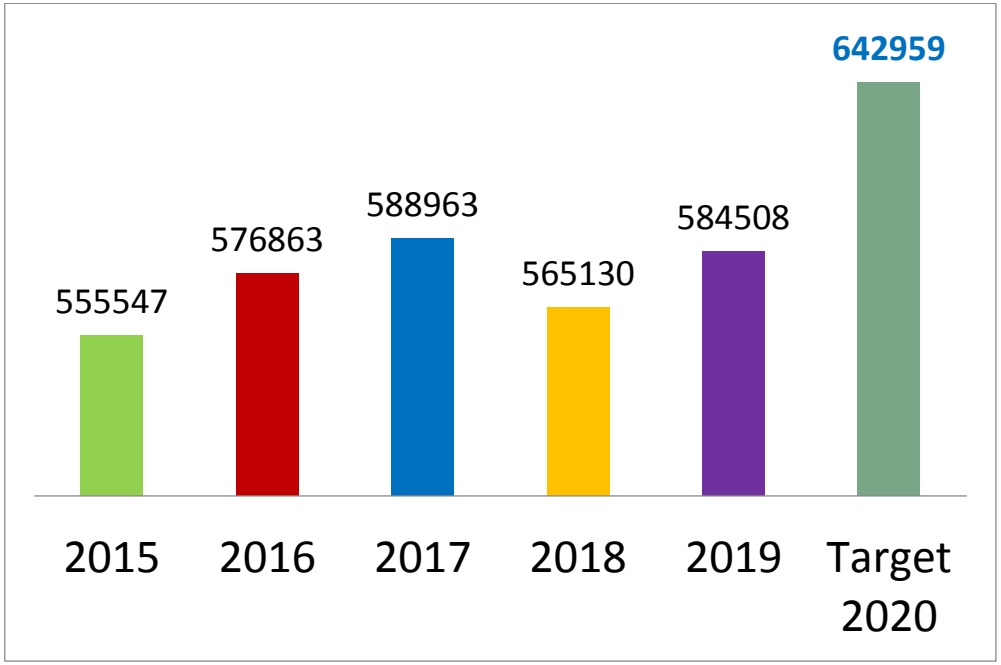
Indikator	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kunjungan Rawat Jalan	485,061	508,762	568,751	574,450	568,548	584,508
Jml Pel Rehab Medik	26,704	27,181	27,589	27,275	35,327	13,392
Jml Pel Rawat Darurat	47,284	35,844	38,054	37,240	38,957	39,869
Hari Perawatan	295,102	272,415	259,107	260,908	255,316	119,707
BOR	81,31	80,42	74,99	73,24	71,74	68,25
ALOS	7	6	6	6	5	5
NDR	5,03	4,81	4,83	4,61	4,95	5,38
Tindakan Operasi	15,005	14,149	14,687	14,661	14,686	7,343
Jml Pemeriksaan Radiologi	102,298	92,546	86,945	102,726	103,033	44,550
Jml Pemeriksaan Patklin	1226,365	1,225,998	1,319,036	1,394,349	1,263,042	612,050
Jml Pemeriksaan PA	16,181	14,805	16,800	16,846	17,572	8,915
Jml Pemeriksaan Pat Nuklir	23,360	25,973	30,377	25,625	32,209	5,444

a. **Pelayanan Rawat Jalan**

1. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan

Pertumbuhan produktivitas Pencapaian kinerja yang selalu meningkat dan diiringi dengan budaya kerja seluruh karyawan yang semakin baik diharapkan dapat menjadi pendorong untuk mencapai visi dan misi Instalasi Rawat Jalan. Pada tabel dibawah ini digambarkan kinerja produktivitas dari tahun 2015 sampai dengan 2019. Kebijakan yang terkait pelayanan kesehatan merupakan faktor yang ikut menentukan

Gambar 2. 1 Kunjungan Rawat Jalan



Kementerian kesehatan menerbitkan peraturan mengenai pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tanggal 1 januari 2014. Pedoman ini diterbitkan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), Pemerintah (Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota) dan Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial Kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

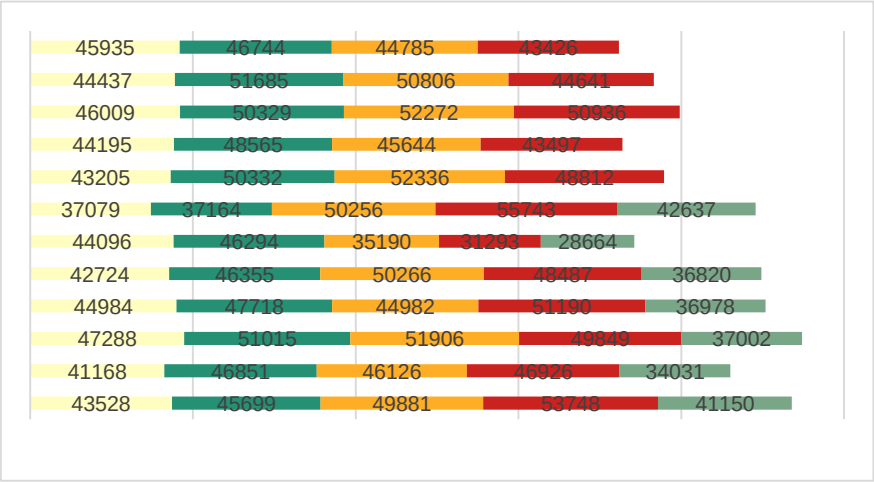
Pertumbuhan produktifitas pelayanan yang cenderung menurun di awal tahun 2014 dengan dilaksanakannya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, dan kemudian kembali meningkat sejak pertengahan tahun 2014 menuntut rumah sakit untuk dapat bekerja secara efisien. Pada tahun 2014 saat JKN dimulai , dibuat suatu buku panduan praktis mengenai system rujukan berjenjang, bagi fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS kesehatan akan melakukan proses rekredensialing terhadap kinerja pelayanan kesehatan. Sehingga Sistem rujukan mulai mengalami perbaikan dari FKTP /PPK 1 ke FKRTL (PPK 1 dan PPK 2)

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berlaku sejak tahun 2014 dengan rujukan berjenjang membawa perubahan pola penyakit yang dilayani RSUP Dr.Hasan Sadikin. Rumah Sakit harus mampu melayani kebutuhan masyarakat yang belum dapat difasilitasi di rumah sakit di sekitarnya. Perubahan pola penyakit yang dilayani dari penyakit infeksi menjadi penyakit kastatropis membutuhkan pelayanan yang lebih kompleks. Sistem rujukan berjenjang dan pola pembiayaan kesehatan dengan sistem paket membawa banyak perubahan. Sejak tahun 2015-2017 terjadi peningkatan produktivitas pelayanan rawat jalan, sistem rujukan yang digunakan saat itu bersifat berjenjang secara vertikal dan horizontal menggunakan rujukan secara manual dengan formulir rujukan, adanya citra RSHS sebagai rumah sakit yang besar, dengan alat paling lengkap seringkali menjadi alasan pasien atas keinginan sendiri untuk dirujuk kepada RS pusat. Program rujuk balik (9 kasus penyakit) belum dapat di jalankan secara optimal karena alasan ketidaktersediaan obat yang dibutuhkan pasien di FKTP. 155 kasus yang seharusnya dapat ditangani di FKTP masih belum sepenuhnya dapat ditangani.

Pada tahun 2018 terjadi penurunan jumlah kunjungan di Instalasi rawat jalan karena BPJS menerapkan sistem rujukan online, sistem rujukan online ini masih dalam masa uji coba dalam tiga fase dari 15 Agustus 2018 hingga 30 September 2018. Fase pertama untuk sosialisasi, fase kedua untuk penerapan rujukan online secara luas, dan fase ketiga untuk pengaturan rumah sakit rujukan untuk para peserta dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Setelah seluruh fase uji coba rampung, sistem ini pun ditargetkan beroperasi penuh pada 1 Oktober 2018.

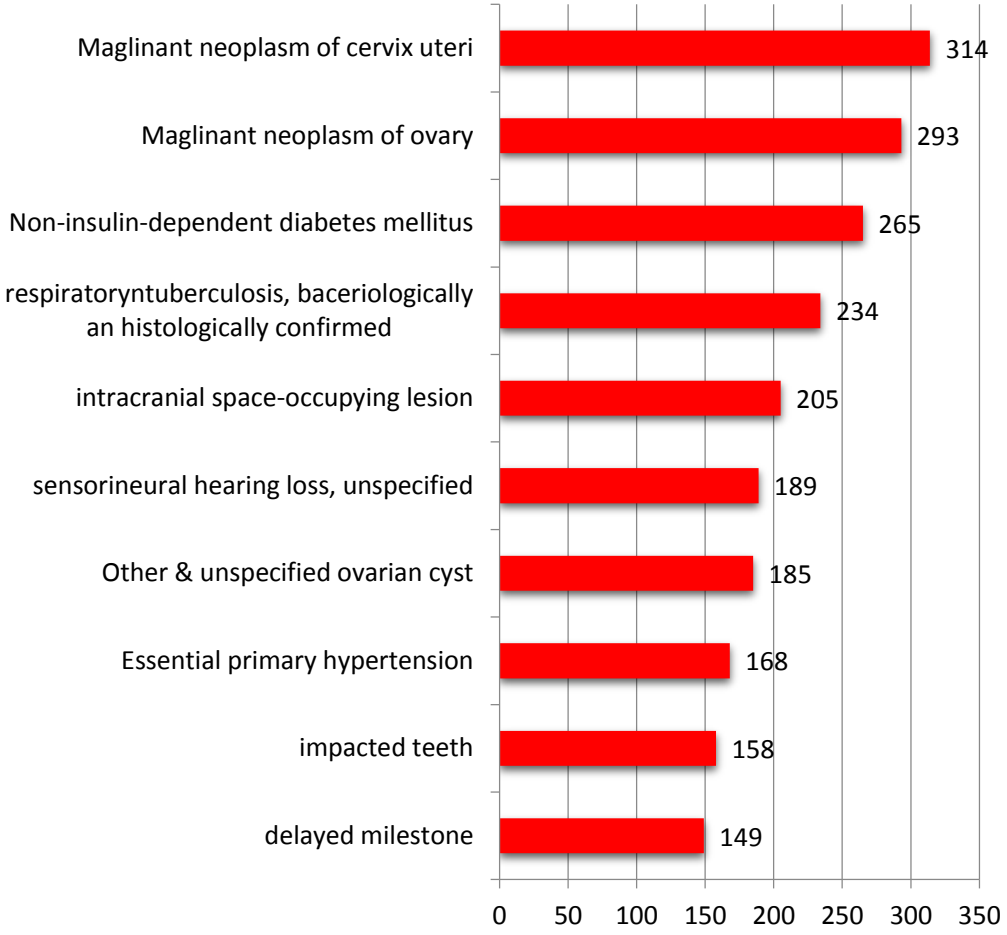
Sistem rujukan online ini memberikan pelayanan rujukan berjenjang kepada peserta dan FKTP/PPK 1 dapat melihat secara langsung data rumah sakit tujuan rujukan serta bisa mengetahui dokter spesialis atau sub spesialis yang tersedia, hingga jadwal praktek serta jangkauan RS. Sehingga pasien lama yang sudah terbiasa dilayani di RSHS dengan hanya memperpanjang rujukan tiap 1 bulan sekali menjadi berkurang karena RSHS mempunyai kewajiban untuk mengembalikan seluruh pasien kepada Faskes Primer untuk dinilai kembali dan mempunyai rujukan online yang berlaku dalam 90 hari. Sejak agustus dan september 2018 terjadi penurunan kunjungan pasien yang dapat terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 2.2. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2015-2019



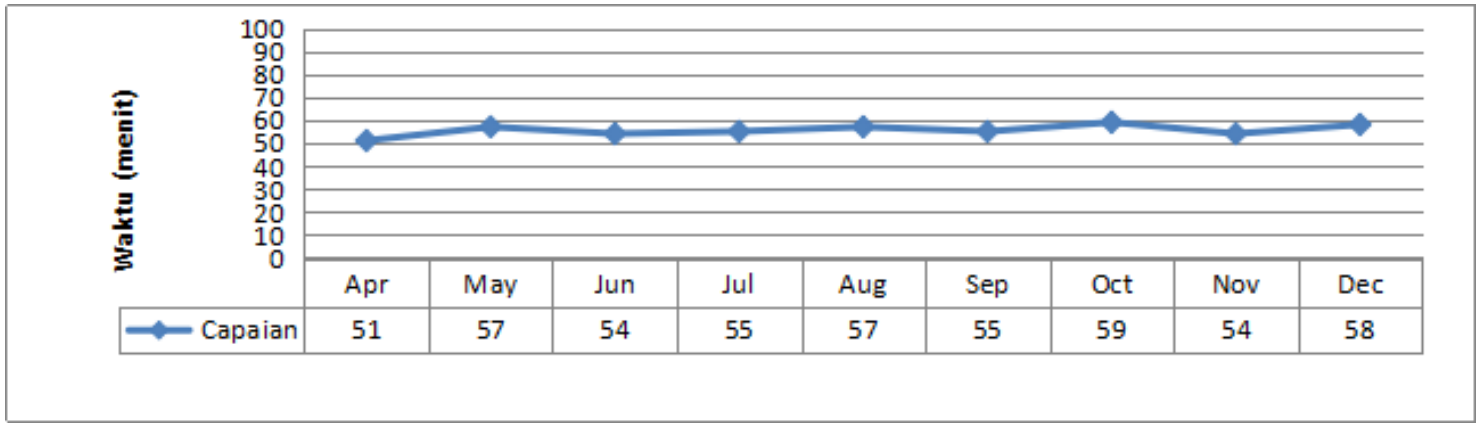
2. Jumlah Sepuluh Diagnosis Terbanyak Rawat Jalan

Gambar 2.3 Sepuluh Penyakit Diagnosis Terbanyak Rawat Jalan Semester I tahun 2019

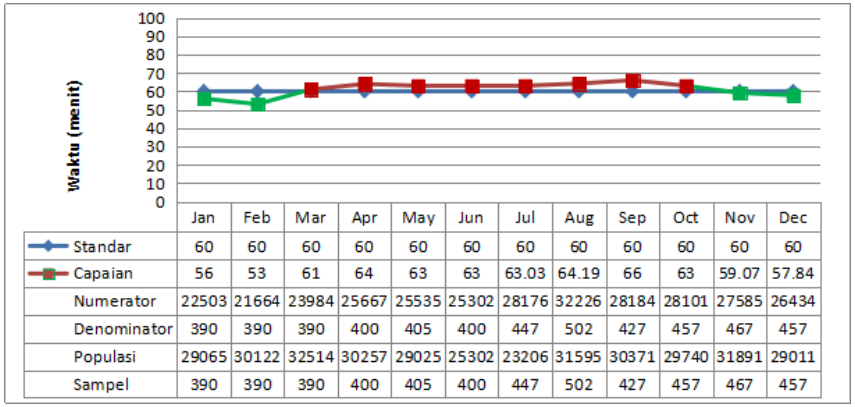


2. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Gambar 2.4 Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)
Januari - Desember 2015

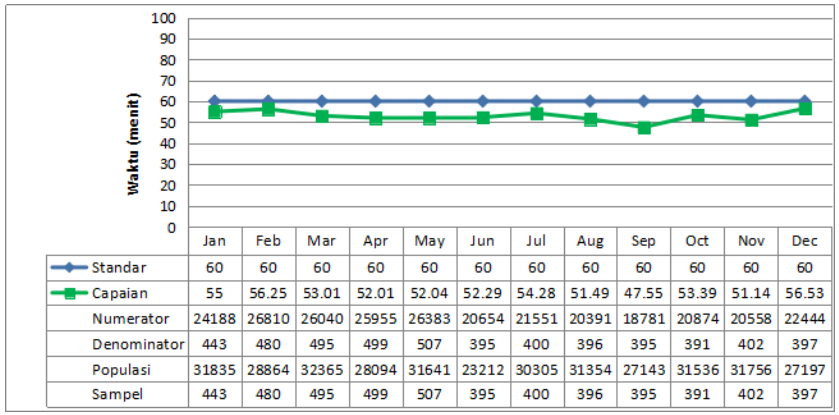


Januari - Desember 2016



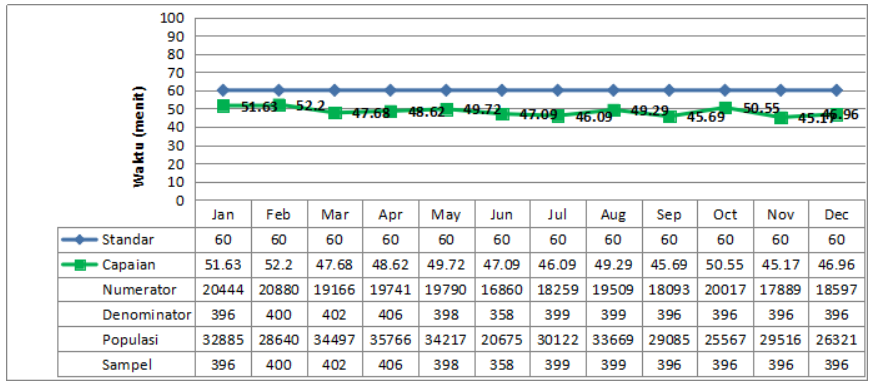
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Capaian	56	53	61	64	63	63	63.03	64.19	66	63	59.07	57.84
Numerator	22503	21664	23984	25667	25535	25302	28176	32226	28184	28101	27585	26434
Denominator	390	390	390	400	405	400	447	502	427	457	467	457
Populasi	29065	30122	32514	30257	29025	25302	23206	31595	30371	29740	31891	29011
Sampel	390	390	390	400	405	400	447	502	427	457	467	457

Januari - Desember 2017



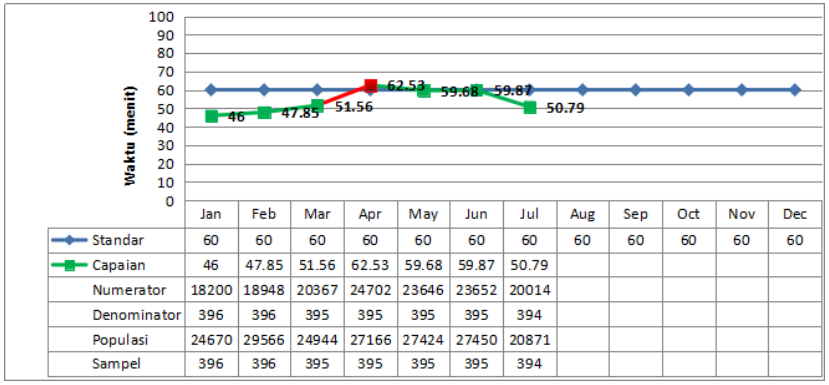
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Capaian	55	56.25	53.01	52.01	52.04	52.29	54.28	51.49	47.55	53.39	51.14	56.53
Numerator	24188	26810	26040	25955	26383	20654	21551	20391	18781	20874	20558	22444
Denominator	443	480	495	499	507	395	400	396	395	391	402	397
Populasi	31835	28864	32365	28094	31641	23212	30305	31354	27143	31536	31756	27197
Sampel	443	480	495	499	507	395	400	396	395	391	402	397

Januari - Desember 2018



	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Capaian	51.63	52.2	47.68	48.62	49.72	47.09	46.09	49.29	45.69	50.55	45.17	46.96
Numerator	20444	20880	19166	19741	19790	16860	18259	19509	18093	20017	17889	18597
Denominator	396	400	402	406	398	358	399	399	396	396	396	396
Populasi	32885	28640	34497	35766	34217	20675	30122	33669	29085	25567	29516	26321
Sampel	396	400	402	406	398	358	399	399	396	396	396	396

Januari - Juli 2019



	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Capaian	46	47.85	51.56	62.53	59.68	59.87	50.79					
Numerator	18200	18948	20367	24702	23646	23652	20014					
Denominator	396	396	395	395	395	395	394					
Populasi	24670	29566	24944	27166	27424	27450	20871					
Sampel	396	396	395	395	395	395	394					

Dari segi mutu pelayanan, pada tahun 2015 waktu tunggu rawat jalan adalah 55,55 menit, kemudian ditahun 2016 mengalami perpanjangan waktu tunggu rawat jalan 61,09 menit dengan evaluasi Ketidaktepatan waktu kehadiran dokter datang ke poliklinik dan keterlambatan berkas rekam medis di ruang poliklinik kemudian dibuat dengan rencana tindak lanjut sebagai berikut:

1. Memberlakukan absen biometrik di poliklinik
2. Melakukan supervise kehadiran DPJP
3. Pemberian reward dan punishment untuk DPJP
4. Usulan pemberian otonomi untuk IRJ, advokasi dengan Instalasi rekam medis agar SPO penyimpanan dan pendistribusian dapat dilaksanakan dengan baik
5. Realisasi penambahan tenaga distribusi rekam medis
6. Usulan pembentukan tim yang terdiri dari unsur staf medis, rekam medis, komite mutu, bidang medik dan IRJ untuk membenahi WTRJ

Waktu tunggu rawat jalan mengalami perbaikan pada tahun 2017, dimana dibuat counter pendaftaran pasien online untuk pasien yang sudah memiliki no rekam medis,dengan pasien online mendapatkan buku rekam medis H-1 sudah di sediakan di klinik tujuan. Dalam

menyelenggarakan berbagai pelayanan kesehatan spesialis dan sub spesialistik, RSUP. Dr Hasan Sadikin senantiasa berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terselanggara dengan baik berdasarkan standar Rumah Sakit secara Nasional maupun Internasional, sehingga mendorong lingkungan kerja yang memiliki tingkat profesionalisme tinggi, namun tetap terjangkau oleh seluruh masyarakat.

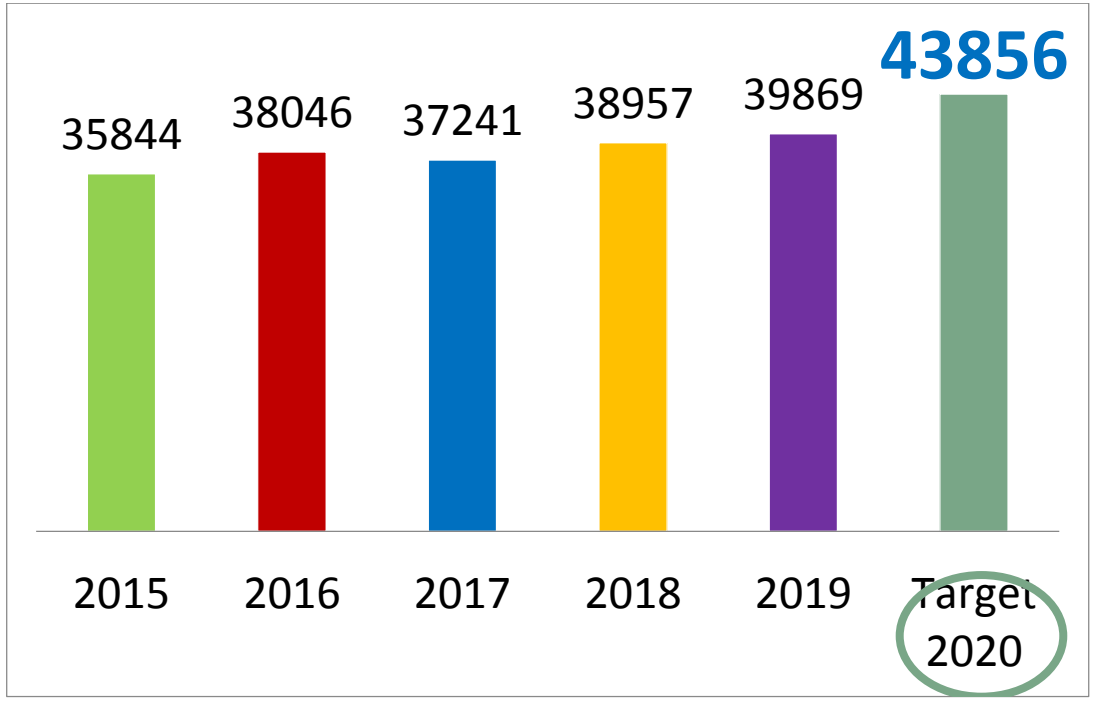
Operasionalisasi gedung pelayanan baru pada bulan April 2018 yaitu Gedung Instalasi Rawat jalan dengan konsep yang berbeda dimana Dokter dapat memeriksa diruangan yang kosong sehingga pasien dapat tertangani dengan cepat karena fleksibilitas dari ruang tersebut, begitu pula dengan perawat yang memiliki kompetensi sama dapat saling membantu klinik yang lain dan petugas pengadministrasian umum memiliki uraian tugas sama dapat membantu lorong yang lain,sehingga keberlangsungan pelayanan akan menjadi lebih cepat dan tepat.

Pada pertengahan bulan maret 2019 terjadi perubahan pola pendaftaran pasien online, dimana pasien yang sudah mendapatkan sms balasan dapat langsung ke poli yang dituju, berdasarkan alarm sistem waktu mulai pelayanan penyebab keterlambatan pasien menjadi tinggi karena belum ada kebijakan apabila pasien tidak datang sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Dalam meningkatkan pelayanan instalasi rawat jalan dan memenuhi kebetuhan pasien perkotaan dan pedesaan RSUP Dr Hasan membuka klinik eksekutif yang di resmikan langsung oleh ibu menteri kesehatan. Dimana klinik eksekutif memberikan pelayanan on stop service, pelayanan di sore hari pada pukul 16.00-18.00, pelayanan di sabtu dan minggu pada pukul 09.30 - 14.30.

b. Pelayanan Rawat Darurat

Total kunjungan di IRD RSHS mengalami kenaikan pada tahun 2015 mencapai 35.844, dan di tahun 2018 mencapai 38.957. Berikut ini gambar yang menunjukkan kunjangan rawat Darurat pada tahun 2015 sampai dengan Tahun 2019.

Gambar 2. 5 Kunjungan Instalasi Rawat Darurat



Penurunan pada tahun 2015 sampai dengan 2019 mengalami penurunan dibanding tahun sebelumnya hal ini dipengaruhi oleh penataan pelayanan di IRD, dimana beban pelayanan IRD yang semula cukup tinggi untuk kasus-kasus *false emergency* terus dikurangi dengan adanya sistem triase berbasis bukti yang mengutamakan pelayanan IRD untuk pasien *true emergency*. 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 IRD adalah stagnasi pasien di IRD 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 IRD. Untuk itu optimalisasi fungsi dokter spesialis on site di IRD perlu terus ditingkatkan.

c. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan kesehatan peorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Pasien rawat inap adalah pasien yang oleh karena penyakit harus menjalani perawatan rawat inap di RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung.

Sarana pelayanan rawat inap (hospitalization) di RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung, dibedakan menjadi ruang rawat inap kelas I, II, III, High Care, Non Kelas.

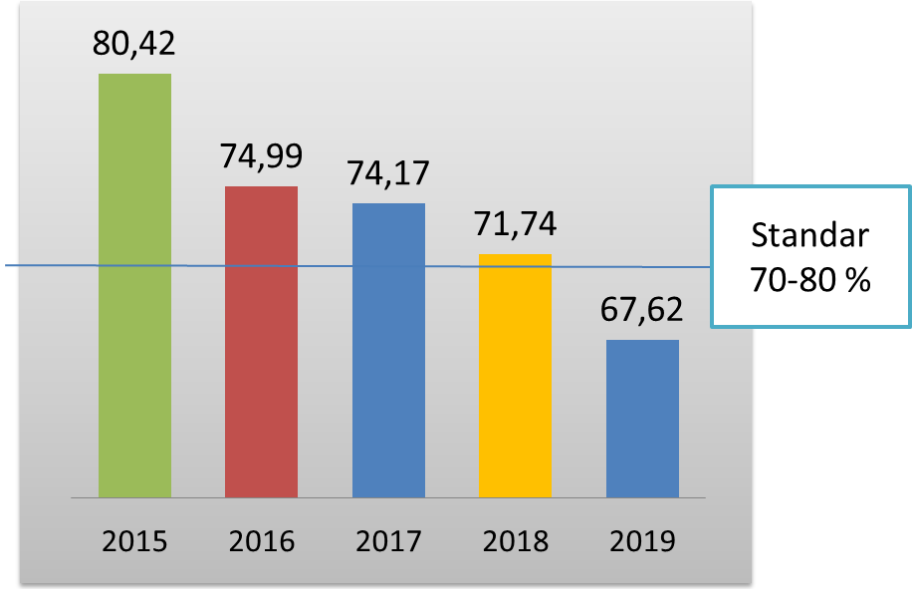
- Pelayanan kelas I, II dan III dilakukan di beberapa ruang perawatan baik perawatan penyakit dalam, bedah, anak, jiwa dan kebidanan terdiri dari : Fresia Lt.1, Fresia Lt.2, Fresia Lt.3, Azalea, Adenium, Kemuning Lt.2, Kemuning Lt.3, Kemuning Lt.4, Kemuning Lt.5, Kenanga Lt.1, Kenanga Lt.2, Kana, Transit Rawat Inap, Alamanda A, Alamanda B.
- Pelayanan khusus neonatologi non kelas dilaksanakan di Ruang perawatan neonatologi anturium.
- Pelayanan rawat inap isolasi untuk pasien infeksi dilakukan di RIIKK dan Kemuning Isolasi.
- Perawatan high care dilaksanakan di beberapa high care unit, yang diantaranya : Medical Intermediate Care (MIC), HCU Kemuning, HCU Alamanda, HCU Azalea, Burn Unit (Unit Luka Bakar).

Instalasi rawat inap memiliki beberapa kinerja yang berkaitan pelayanan yang kami susun dalam bentuk indikator capaian yang di bagi dalam beberapa kategori indikator yakni indikator data pelayanan dan indikator kinerja terpilih sebagai berikut :

1. BOR (*BED OCCUPANCY RATE*)

Bed occupancy rate adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu, adapun rincian capaian indikator rata – rata BOR pertahun dari 2015 – 2019 (Jan – Jul) :

Gambar 2.6 Persentase BOR Periode 2015-2019



Sesuai standar parameter ideal BOR berkisaran 70 – 80% yang mana dari table diatas pencapaian rata – rata berkisaran 60% ini diakibatkan tidak jalannya pelayanan yang kurang efektif oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dilihat dari capaian paling rendah tahun 2018 yakni 63.02% yang mana permasalahan tersebut timbul karena case manager dan karu/wakaru belum melaksanakan monev dengan optimal karena angka beban kerja yang tinggi. Serta sistem pelaporan pasien masuk sudah dilakukan secara online namun pelaporan tidak dipergunakan oleh administrasi ruangan, karena saat ini pelaporan masih menggukanakn pelaporan manual ke instalasi rekam medis karena pelaporan tersebut dianggap lebih efisien.

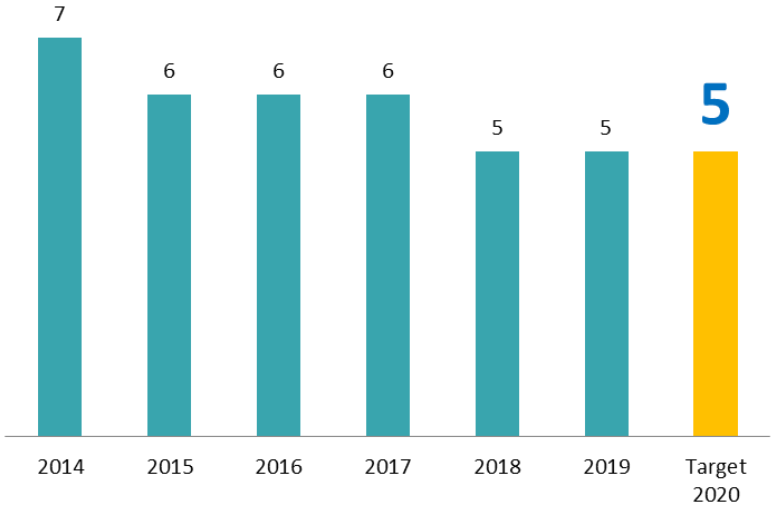
Melakukan monitoring pelaksanaan prosedur operasional yang dibagi dalam beberapa rencana kegiatan sebagai berikut :

1. Melaksanaakan sosialisasi kepada kepala ruangan dan administrasi umum yang terkait dengan koordinasi dengan kepala instalasi rawat inap dan kepala instalasi rekam medis dengan harapan dapat masuk kedalam range dari 70 – 80%. Melakukan monitoring dan evaluasi angka persentase BOR. Memberikan feedback dalam angka persentase BOR kesetiap ruangan yang ada.
2. Refresh validator dan pengumpul data sensus harian ke bagian instalasi rekam medis.

2. ALOS (AVERAGE LENGTH OF STAY)

Average Length Of Stay adalah rata – rata lama rawat seorang pasien yang memberikan gambaran tingkat efisiensi, adapun rincian capaian indikator rata – rata aLOS pertahun dari 2015 - 2019 (Jan – Jul) :

Gambar 2.7 Persentase ALOS Periode 2015-2019

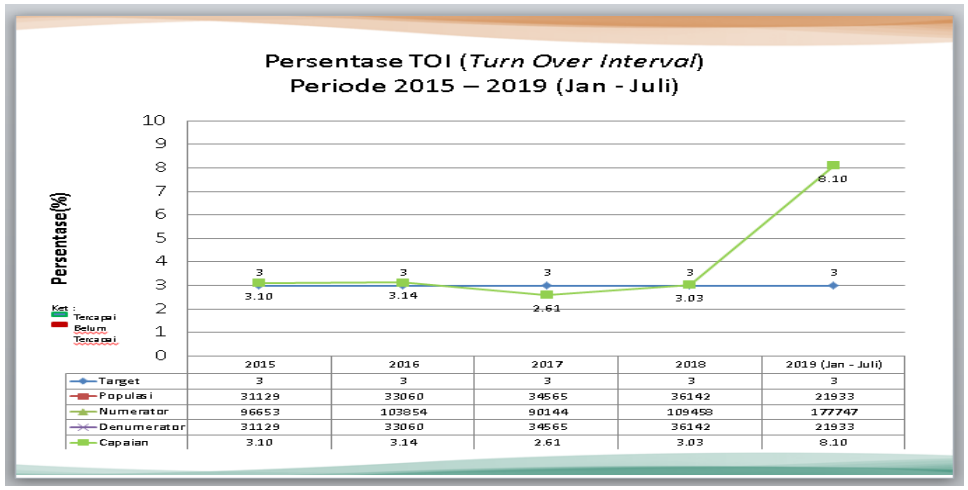


Sesuai standar jumlah hari ideal dari ALOS adalah 7 hari yang mana dilihat dari tabel diatas jumlah pencapaian rata – rata dibawah standar capaian.

3.TOI (TURN OVER INTERVAL)

Turn Over Interval adalah nilai rata – rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi , adapun rincian capaian indikator rata – rata TOI pertahun dari 2015 - 2019 (Jan – Jul) :

Gambar 2.8 Persentase TOI Periode 2015-2019

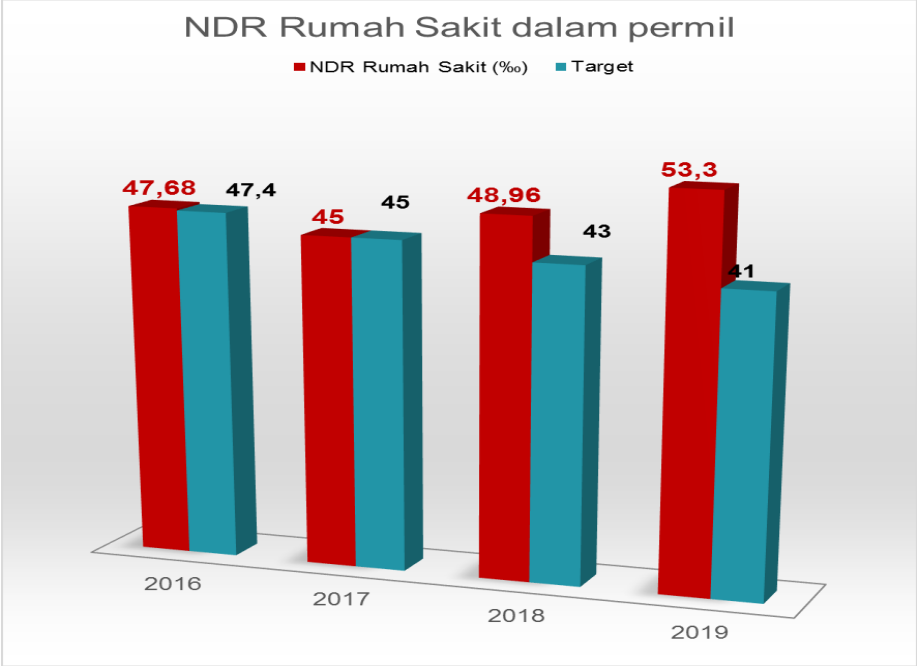


Sesuai standar capaian ideal dari TOI 1 – 3 hari yang mana dilihat dari tabel diatas di tahun 2019 periode semester 1 mendapatkan kenaikan capaian yakni 8 hari hal ini diakibatkan.

4. NDR (NETT DEATH RATE)

Nett Death Rate adalah angka kematian 48 jam setelah di rawat untuk tiap – tiap 1000 penderita keluar.adapun rincian capaian indikator nilai NDR pertahun dari 2015 – 2019 (Jan – Jul) :

Gambar 2.9 Persentase NDR Periode 2015-2019



Sesuai standar capaian ideal dari NDR 48jam yang mana dilihat dari tabel diatas capaian diatas target standar hal ini berkaitan dengan beberapa masalah yakni :

1. Tidak adanya clinical pathway pada beberapa diagnosa, monitoring dan evaluasi dari case manager belum maksimal terhadap pelaksanaan pelayana standar LOS > 7 hari.
2. DPJP tidak setiap hari melakukan visite pasien akut dan komunikasi yang belum baik anatra residen dan DPJP, jumlah SDM perawat belum sesuai analisa beban kerja pelaksanaan kriteria pasien masuk dan keluar

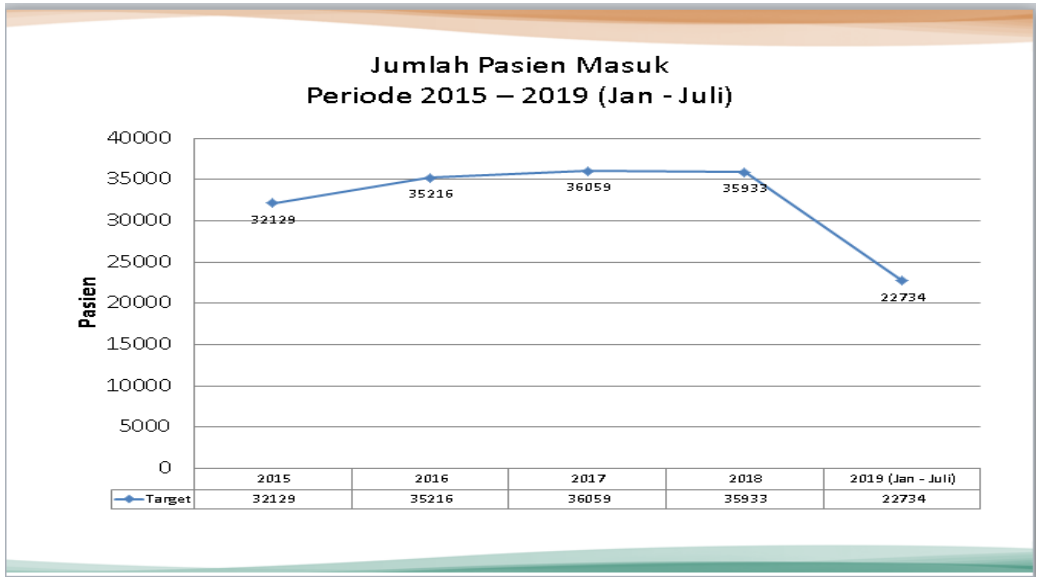
3. Belum semua rediden memiliki kompetensi penangan pasien akut kritis, analisa dan kritikal thingking perawat di unit belum merata masih harus ditingkatkan.
4. Terbatasnya jumlah bed di ICU alat medis yang terbatas tidak ada depo satelit memperlambat alur penyediaan obat / bmhp cito pasien.

Evaluasi yang dilakukan adalah melakukan sosialisasi ke DPJP, karu, case manager dan PPA, tersusunya clinical pathway diagnosis sepsis, respiratory failur, acut kidnet injury, penanganan pasien paliatif, CAD, pendarahan di saluran cerna, pendarahan post partum.

5. JUMLAH PASIEN MASUK

Jumlah pasien yang masuk ke lingkungan rawat inap, adapun rincian capaian jumlah pasien masuk periode 2015 – 2019 (Jan – Jul) :

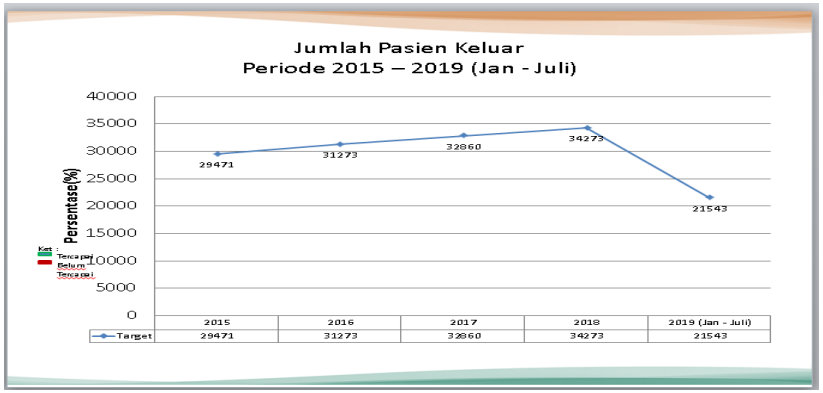
Gambar 2.10 Jumlah Pasien Masuk Periode 2015-2019



6. JUMLAH PASIEN KELUAR

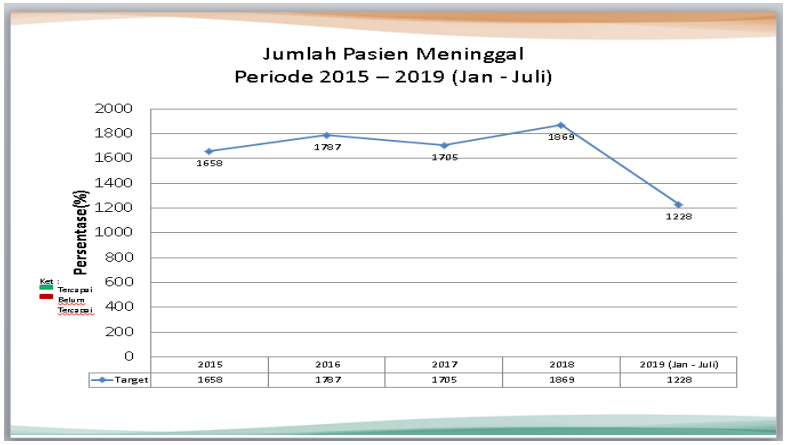
Jumlah pasien yang keluar ke lingkungan rawat inap, adapun rincian capaian jumlah pasien masuk periode 2015 – 2019 (Jan – Jul) :

Gambar 2.11 Jumlah Pasien Keluar Periode 2015-2019



7. JUMLAH PASIEN MENINGGAL

Gambar 2.12 Jumlah Pasien Meninggal Periode 2015-2019

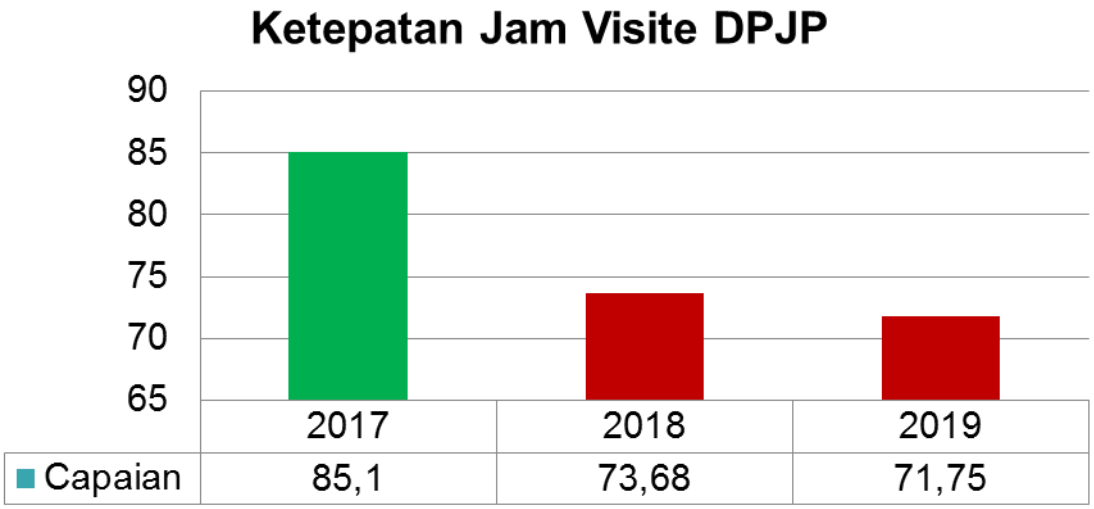


Indikator kinerja terpilih dibagi beberapa capaian sebagai berikut : Visite DPJP, Kepatuhan Asesmen Ulang Nyeri Pertama, Kelengkapan Asesmen Awal Medis < 24 Jam, Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTS), Kelengkapan dan Ketepatan Pengisian Rekam Medis Waktu 24 Jam, Pengembalian Rekam Medis Lengkap Dalam 1 x 24 Jam, Kejadian Pasien jatuh Dengan / Tanpa Cedera,

8. KETEPATAN VISITE DPJP

Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis sebagai DPJP setiap hari unutk melihat perkembngan pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan dibawah jam 11:00 monitoring visite dokter spasialis yang diintegrasikan simrs.

Gambar 2.13 Ketepatan Jam Visite DPJP Periode 2015-2019



Capaian Ketepatan jam visite dokter spesialis masih dibawah standar :

- Perlu melibatkan bidang medik untuk meningkatkan peran KSM dalam monev kepatuhan jam visite dan melakukan absensi online.

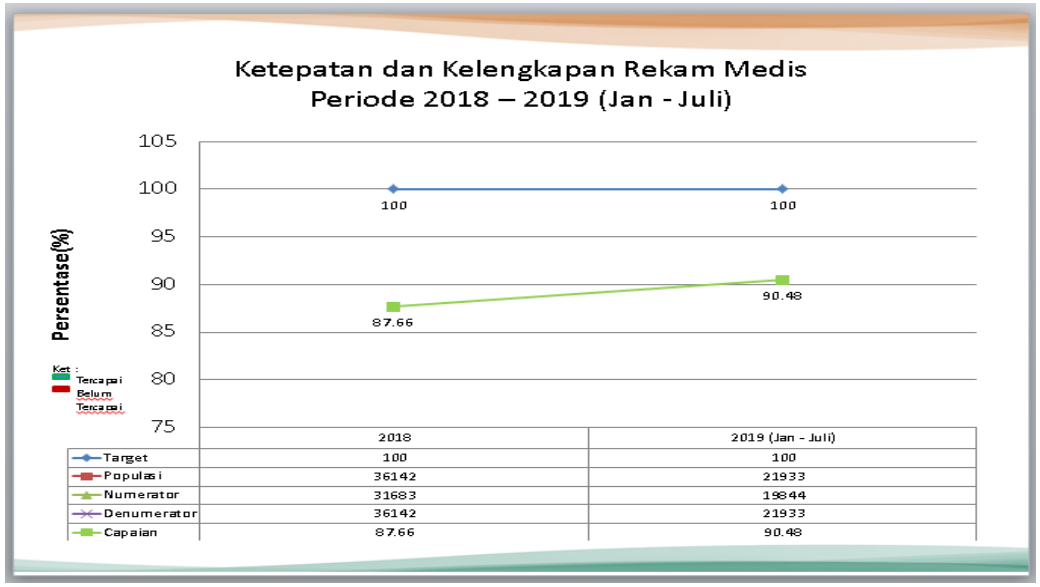
- Kamus indikator baru yang mulai berjalan sejak Januari 2019 harus tersosialissi secara merata kepada seluruh DPJP
- Belum adanya SPO visite online

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan :

- Mengusulkan kepada bidang medik untuk mengesahkan SPO visite DPJP online dan sosialisasi ke seluruh KSM.
- Menghimbau setiap penanggung jawab ruangan membuat catatan dan analisis penyebab capaian data setiap bulan.
- Mengusulkan, PIC KSM merekap dan melakukan monev data capaian setiap bulannya.

8. KELENGKAPAN DAN KETEPATAN PENGISIAN REKAM MEDIS WAKTU 24 JAM

Gambar 2.14 Ketepatan dan Kelengkapan Rekam Medis



RUMUSAN MASALAH

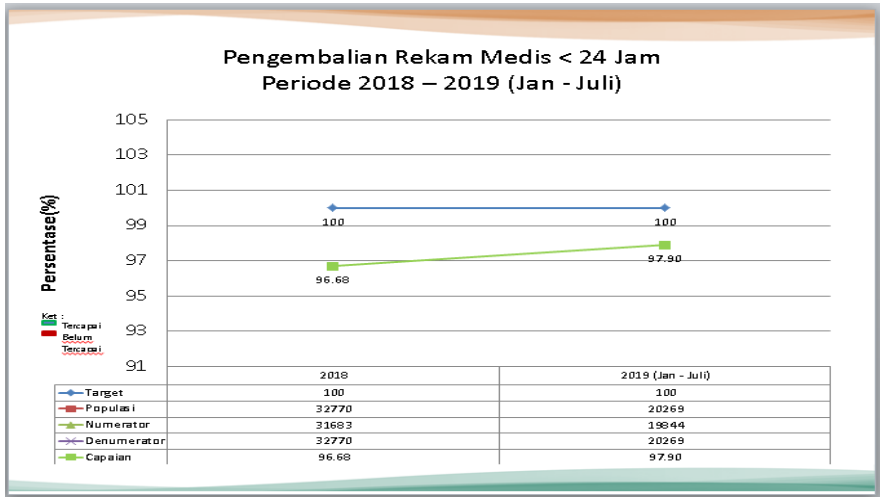
- Secara umum pengembalian rekam medik <24 jam sudah di atas 90%
- Masih ada DPJP yang belum melengkapi rekam medis tepat waktu
- Masih ada petugas PU yang terlambat mengumpulkan rekam medis padahal sudah diisi lengkap

Monitoring dan evaluasi :

- Sosialisasi ulang kepada DPJP terkait kelengkapan rekam medis tepat waktu
- Sosialisasi kepada perawat ruangan dibawah kordinasi Karu terkait kelengkapan rekam medis tepat waktu
- Sosialisasi ulang kepada petugas PU tentang mekanisme pengembalian berkas rekam medis

9. PENGEMBALIAN REKAM MEDIS LENGKAP DAN 1 X 24 JAM

Gambar 2.15 Pengembalian Rekam Medis < 24 Jam Periode 2018-2019 (Jan-Juli 2019)



	2018	2019 (Jan - Juli)
Target	100	100
Populasi	32770	20269
Numerator	31683	19844
Denumerator	32770	20269
Capaian	96.68	97.90

Rumusan masalah

- Capaian masih fluktuatif, secara umum telah mencapai target
- Definisi lengkap masih belum jelas
- Sosialisasi perihal kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis kepada DPJP dan PPA lain masih belum optimal

Monitoring dan evaluasi :

- Membuat format pengumpulan data
- Koordinasi dengan karu untuk menjukan PIC dan pengumpulan data
- Sosialisasi pengunaan format pengumpulan data
- Pengumpulan data setiap bulan
- Analisa dan pembuatan rencana tindak lanjut
- Koordinasi dengan komite mutu terkait definisi operasional kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis
- Sosialisasi kepada para PPA tentang pengisian rekam medis lengkap dan tepat

d. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

Penjadwalan operasi di Instalasi Bedah sentral telah diberlakukan sistem online sejak bulan Agustus 2016, penjadwalan pasien tindakan operasi dilakukan satu hari sebelum jadwal yang telah ditentukan (H-1). Penjadwalan operasi di masing- masing lantai yang telah ditetapkan oleh Instalasi Bedah Sentral dengan ketentuan :

1. Penjadwalan untuk kasus CITO di kamar operasi 24 jam

Untuk penjadwalan kasus-kasus yang memerlukan tindakan pembedahan secara segera/CITO baik untuk pasien yang berasal dari IGD maupun yang berasal dari ruang rawat hendaknya berkoordinasi kepada tim anestesi/dokter DPJP yang bertugas, Dokter DPJP bedah dan Perawat penanggung jawab shift sesuai yang bertugas baik pagi/sore, maupun malam untuk kesiapan kamar operasi serta penunjang pembedahan. Jika sudah ada kesepakan dan kesiapan dengan ketiga tim tersebut dan kamar operasi dapat di pergunakan pasien boleh di transfer kekamar operasi dengan pemberitahuan sebelumnya agar dapat diterima dengan segera.

2. Penjadwalan untuk kasus pasien Elektif di lantai 3 dan Bedah Jantung COT lantai 2 Penjadwalan pasien dengan kasus elektif dengan ketentuan pasien telah masuk dirawat di ruang perawatan , mempunyai status /medical record, sudah acc konsul ke bagian yang terkait dan layak untuk dijadwalkan.

   Selanjutnya dari bagian penjadwalan dari masing-masing KSM/bagian menjadwalkan Pasien tindakan operasi secara online sebelum jam 11.00 WIB, satu hari sebelum tanggal yang ditentukan. Yang selanjutnya data Pasien tersebut akan divalidasi oleh bagian CSSD, Farmasi dan Anestesi untuk kelayakan kondisi Pra operasi, batas waktu memvalidasi sampai dengan pukul 13.00 WIB. Pasien yang tervalidasi akan dialokasikan ke kamar-kamar operasi oleh petugas penjadwalan di Instalasi Bedah Sentral, yang kemudian dilakukan validasi akhir dengan batas waktu sampai dengan jam 14.00 WIB.

   Apabila telah selesai validasi akhir, jadwal operasi dapat di Uploud di seluruh ruangan dan bagian terkait, untuk disiapkan segala sesuatunya.

3. Penjadwalan kasus Elektif / paket ODS /Endoscopy di lantai 4

   Penjadwalan pasien dengan kasus elektif di lantai 4 dengan ketentuan :

   - Pasien telah masuk dirawat di ruang perawatan jika pasien dirawat atau dari poliklinik, atau pun yang disiapkan dari rumah untuk kasus kasus yang sifatnya one day surgery mempunyai status /medical record.
   - Sudah mendapatkan persetujuan konsultasi ke Bagian yang terkait dan layak untuk dijadwalkan.

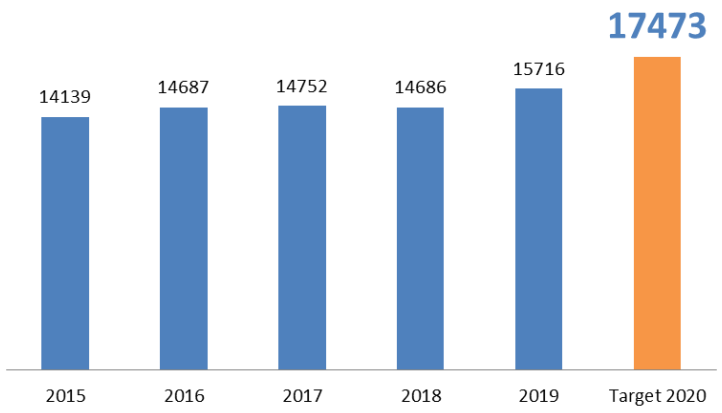
- Khusus tindakan Paket ODS dan Endoscopy dari masing masing KSM/Bagian akan menjadwalkan kepada petugas penjadwalan yang berada di lantai 4 untuk selanjutnya secara on line ditempatkan di kamar operasi sesuai jadwal.
- Instalasi Bedah sentral berhak menempatkan di kamar operasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- Untuk penjadwalan pasien ODS diberlakukan sama seperti Pasien Elektif
- Setiap SMF tidak diperkenankan untuk menjadwalkan pasien di jam yang sama dengan pembedah yang sama di lain kamar , mau pun di kamar operasi yang berbeda (lantai 3 dan 4).

4. Penjadwalan kasus Tindakan Intratekal /Bone Marrow/feeding plate di RR

Pada kasus tindakan intra tekal /bone Marrow yang dilakukan di RR secara procedural harus dijadwalkan 1 hari sebelum tindakan , hal ini untuk kepentingan pembebanan tarif tindakan, jika tidak dijadwalkan tidak akan dapat dilakukan input data sehingga pembebanan tarif tidak dapat dilaksanakan dan prosedur penjadwalannya sama dengan Pasien Elektif.

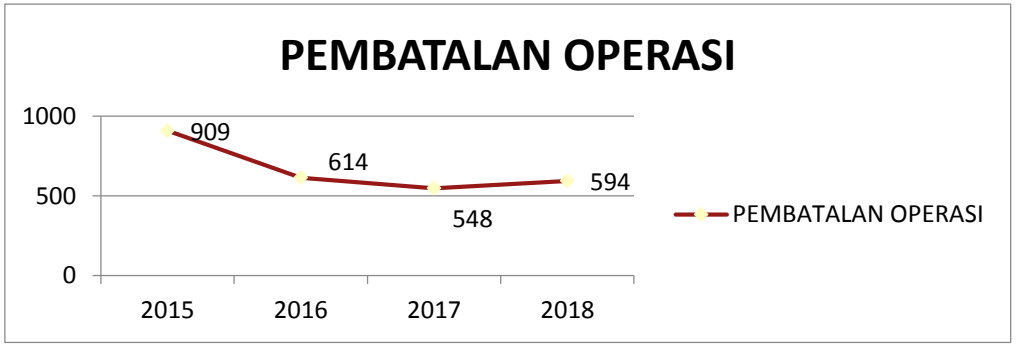
Sejak dilaksanakannya pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tanggal 1 Januari 2014 pertumbuhan rata-rata jumlah pasien di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral meningkat. Penataan pelayanan rujukan terus ditingkatkan pada era JKN ini, namun peningkatan pasien tindakan operasi di RSHS ini kemungkinan disebabkan kecenderungan untuk terus merujuk dari PPK I dan PPK II ke RSHS. Sebagian PPK I dan PPK II belum disiapkan dengan baik untuk melayani pasien JKN dengan jumlah yang meningkat dibandingkan dengan pasien tindakan operasi yang menggunakan pembayaran umum. Hal ini tampak dari grafik berikut ini :

Gambar 2.16 Jumlah Pasien Tindakan Operasi Tahun 2015-2019



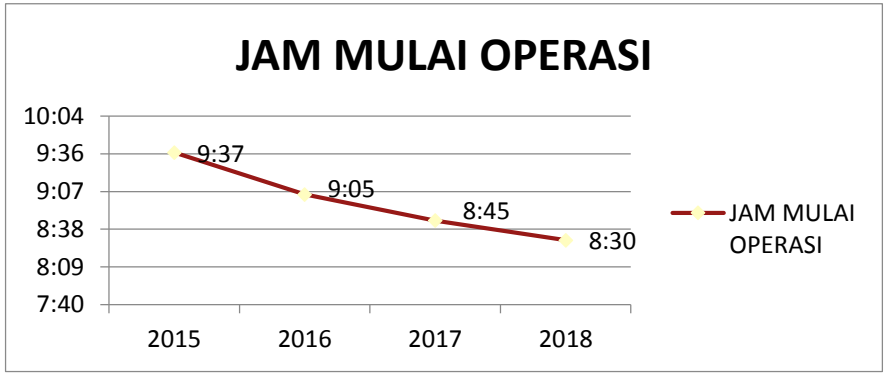
Seiring dengan semakin banyaknya Pasien yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), membuat jadwal antian pasien tindakan operasi (WTE) menjadi meningkat pula, dengan sistem penjadwalan on line yang telah berjalan membuat antrian menjadi semakin teratur, sehingga berimbas pada menurunnya angka pembatalan operasi di Instalasi Bedah Sentral.

Gambar 2. 17 Jumlah Pembatalan Operasi Tahun 2015-2018

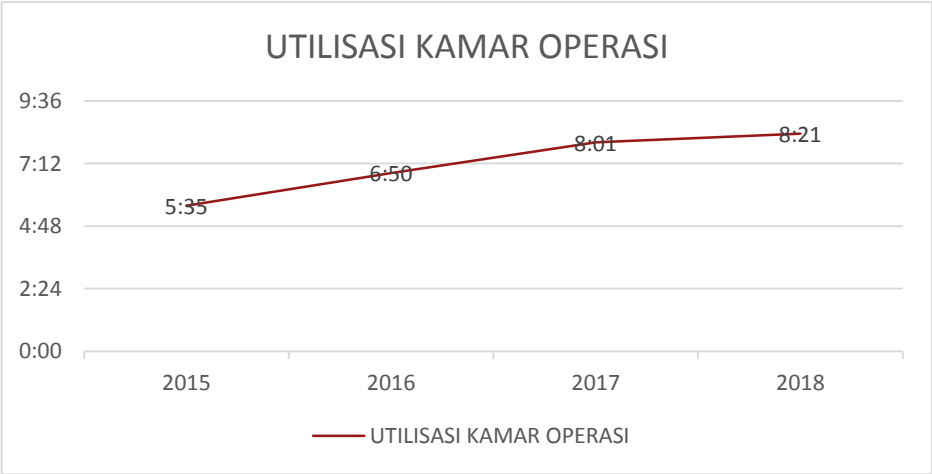


Dengan menurunnya angka pembatalan operasi membuat angka utilisasi meningkat, itu disebabkan juga karena waktu mulai operasi pun menjadi lebih pagi.

Gambar 2.18 Rata-Rata Jam Mulai Operasi Tahun 2015-2019



Gambar 2.19 Rata-Rata Jam Penggunaan Kamar operasi



Pengendalian mutu yang dilakukan di Instalasi Bedah Sentral yaitu :

1. Menetapkan indikator pelayanan Instalasi Bedah Sentral, yaitu:
   - Utilisasi Kamar Operasi
   - Angka pembatalan operasi
   - Waktu sayat operasi pertama
   - Keluhan pelanggan
   - Turn Over Time
2. Standar Minimal Instalasi bedah Sentral yang mengacu pada standar minimal pelayanan Rumah sakit yang tertuang dalam buku yang diterbitkan oleh direktorat Bina Pelayanan Medik Kementrian Kesehatan tahun 2008 diantaranya adalah :
   - Kejadian kematian di meja operasi
   - Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
   - Tidak adanya kejadian operasi salah orang
   - Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
   - Tidak adanya kejadian tertinggal nya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
   - Tidak adanya komplikasi anestesi ,reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Pada prinsipnya pedoman pelayanan kamar bedah disusun sebagai acuan untuk semua pengguna kamar operasi dalam melakukan tindakan pelayanan di kamar bedah yang diberikan kepada pasien agar mengacu kepada pedoman ini Hal ini dimaksudkan agar semua tindakan yang dilakukan dapat dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan dengan mengutamakan keselamatan dan keamamanan pasien .

Adapun permasalahan yang ditemui adalah :

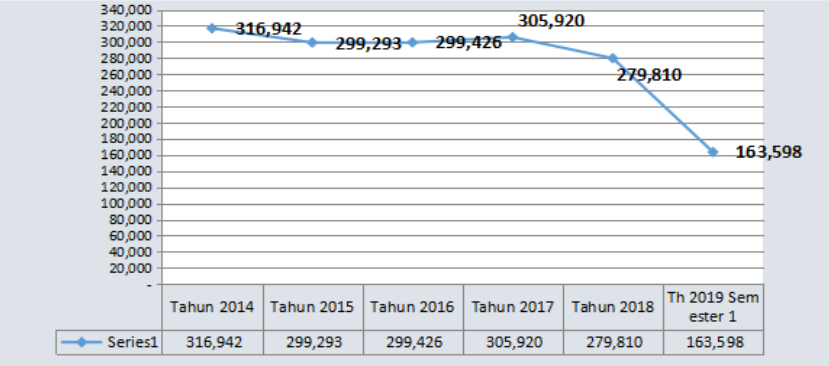
1. Adanya 1 kamar operasi di OK-24 jam yang belum optimal penggunaannya (301), dikarenakan tidak adanya mesin anestesi dan kelayakan meja operasi yang tidak optimal.
2. Utilisasi kamar operasi tahun 2018 adalah 2,75 atau **turun** dibandingkan tahun sebelumnya, hal ini tentu saja belum memenuhi target RENSTRA RSUP dr. Hasan Sadikin yaitu dengan utilisasi OK Elektif sebesar 3,0
3. *Cutting time* baik di ok lt.3 maupun ok lt.4 rata – rata di mulai pukul 08.30, sehingga sangat mempengaruhi utilisasi kamar operasi.
4. Perbaikan seluruh pintu kamar operasi yang belum maksimal, mengakibatkan tekanan udara di kamar operasi tidak sesuai standar.
5. Masih ada beberapa mesin anestesi manual yang sudak tidak layak digunkan di kamar operasi.
6. Dalam proses penjadwalan pasien operasi H-1, masih ada beberapa KSM yang menjadwalkan di luar waktu yang telah ditentukan.
7. Tenaga SDM Perawat yang kurang.
8. Masih adanya Lampu dan Meja Operasi lama yang sudah tidak layak digunakan.

e. Pelayanan Radiologi

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.

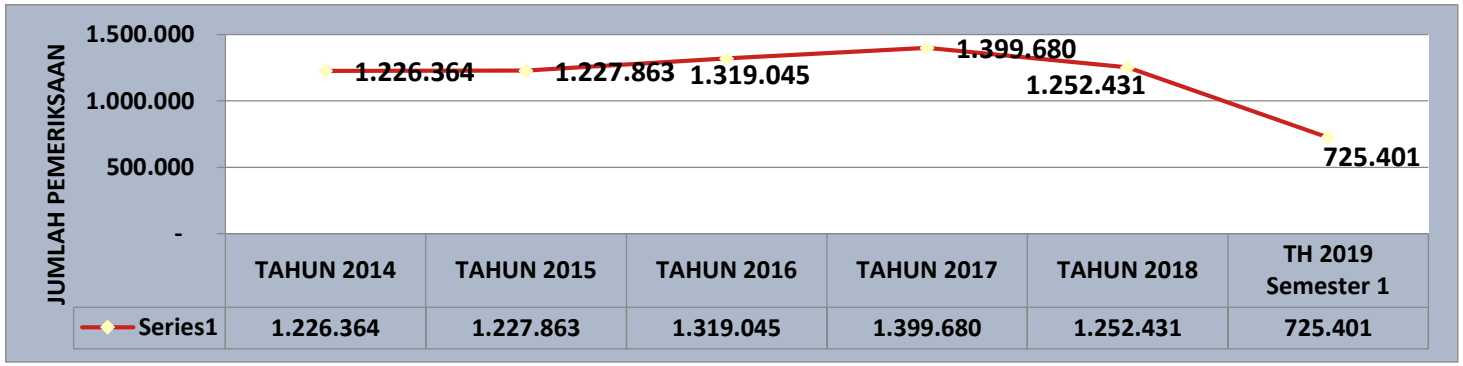
f. Pemeriksaan Laboratorium

Gambar 2.20 Perbandingan Jumlah Kunjungan Pasien di Laboratorium Klinik Tahun 2015-2019



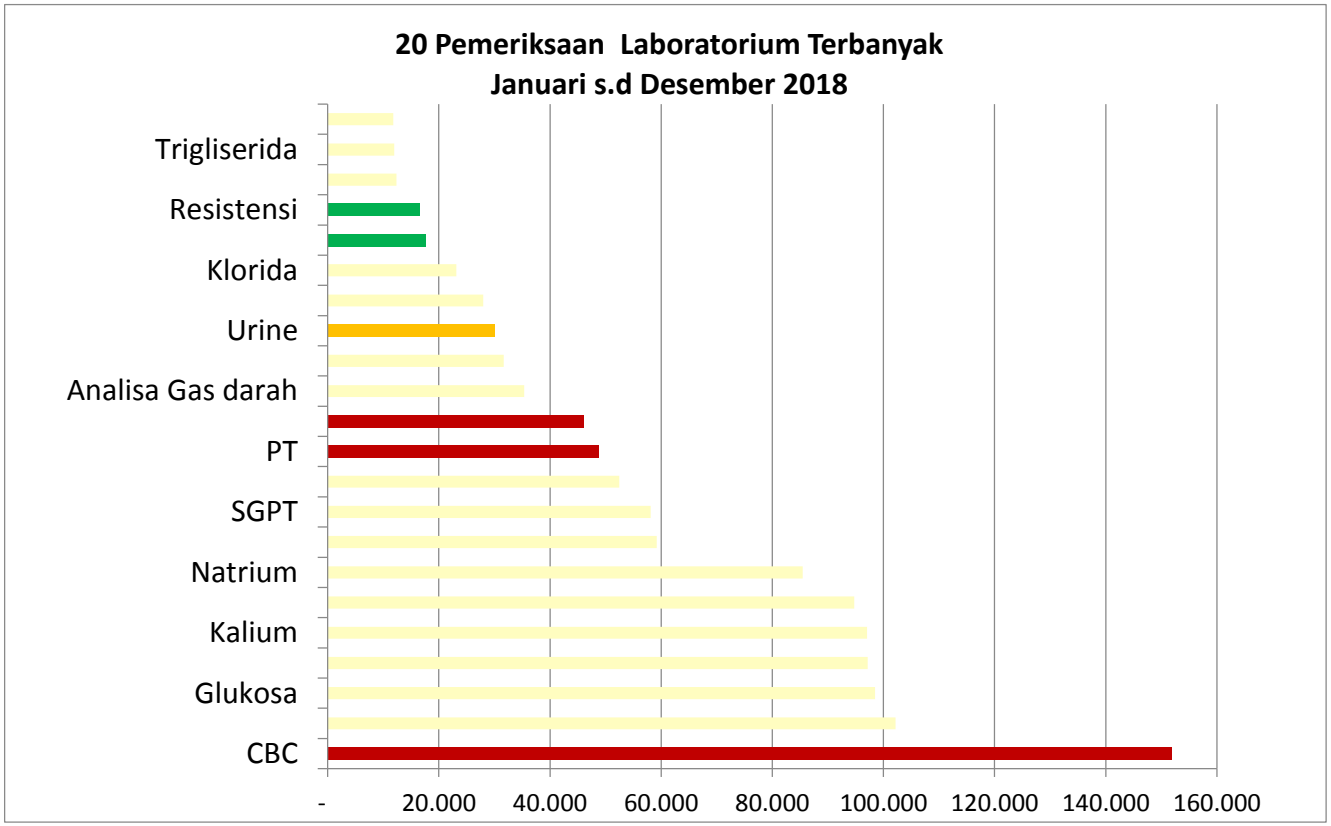
Dari gambar 1 terlihat bahwa jumlah kunjungan pasien ke Laboratorium Klinik dari tahun 2015 sampai 2019, relative menetap, pada tahun 2018 mengalami penurunan sebanyak 26.110 pasien. Hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya kebijakan rujukan berjenjang. Jumlah pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan dari pasien rawat jalan, rawat inap, maupun UGD dapat dilihar pada grafik 2.1 berikut ini

Gambar 2.21. Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2014 s.d 2019 semester 1



Jumlah pemeriksaan laboratorium di tahun 2018 mengalami penurunan debandingkan tahun 2017, kemungkinan penyebab adalahrujukan berjenjang.

Gambar 2.22 Pemeriksaan laboratorium terbanyak yang dilakukan di Instalasi Laboratorium Klinik tahun 2018



Gambar 4 menujukkan bahwa pemeriksaan terbanyak yang dilakukan di Instalasi Laboratorium Klinik adalah pemeriksaan hematologi (CBC/hematologi rutin), disusul dengan pemeriksaan kimia klinik (kreatinin, glukosa, albumin, kalium, natrium, ureum).

g. Pelayanan Kedokteran Nuklir

Pelayanan Instalasi /KSM IlmuKedokteran Nuklir meliputi diagnosis dan pengobatan, serta pelayanan medis konsultasi. Pelayanan diagnostik dan pengobatan meliputi:

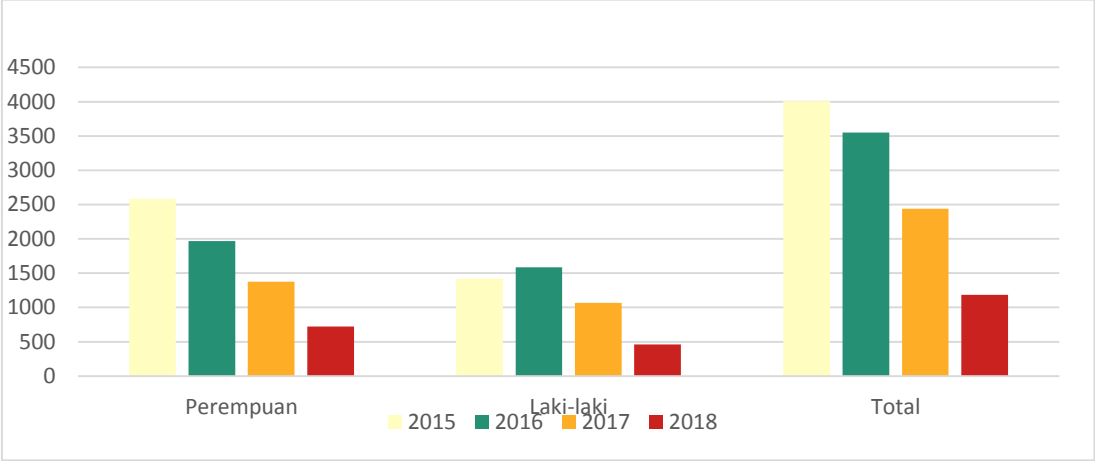
1. Pelayanan diagnostik in-'rrivo adalah pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien dengan cara pemberian radionuklida dan/atau radiofarmaka, kemudian dengan menggunakan alat pencacah atau kamera gamma dilakukan pengamatan terhadap radionuklida dan/ atau radiofarmaka tersebut selama berada dalam tubuh. Hasil yang diperoleh dari pengamatan tersebut dapat berupa citra atau noncitra.
2. Pelayanan diagnostik in-vitro adalah pemeriksaan yang dilakukan terhadap spesimen yang diperoleh dari pasien menggunakan teknik radioimmuno assay atau immunoradiometric assay.
3. Pelayanan pemeriksaan in-vivtro adalah gabungan antara pemeriksaan in-vivo dan in-vitro.
4. Pelayanan terapi radiasi internal adalah suatu cara pengobatan dengan menggunakan radionuklida dan/atau radiofarmaka.

Kualifikasi sumber daya manusia dalam pelayanan di kedokteran nuklir meliputi dokter Spesialis Kedokteran Nuklir (SpKN), Radiofarmasis, Assisten apoteker, Fisikawan Medis, Pranata laboratorium kesehatan, Radiografer serta perawat. Standar Ketenagaan ditentukan berdasarkan :

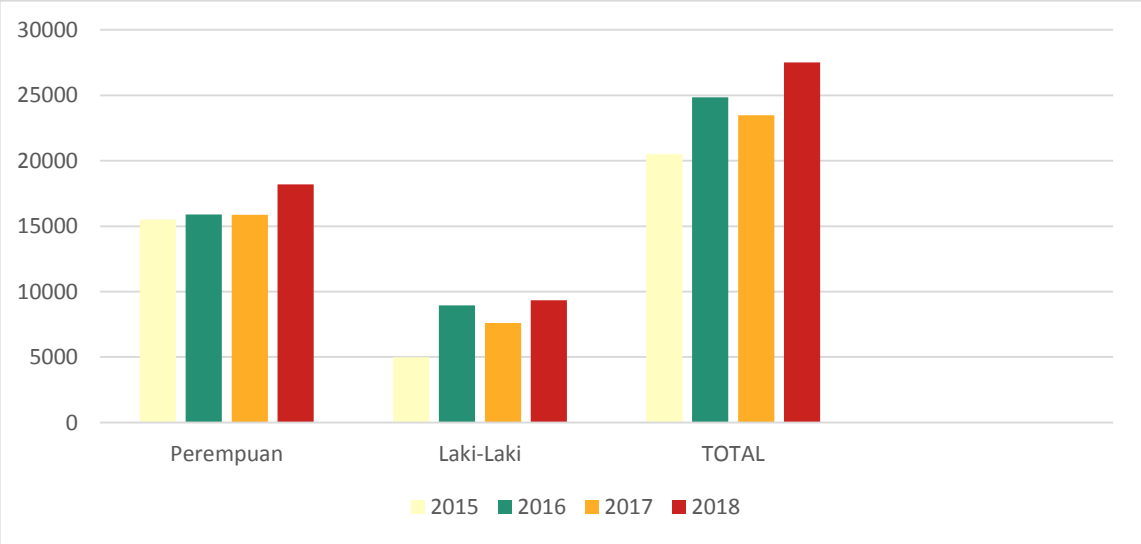
a. Jenis sarana kesehatan
b. Kemampuan/ kompetensi
c. Beban kerja
d. Jumlah Peralatan

Jumlah Kegiatan Pelayanan invivo di Instalasi/KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler 2015-2018

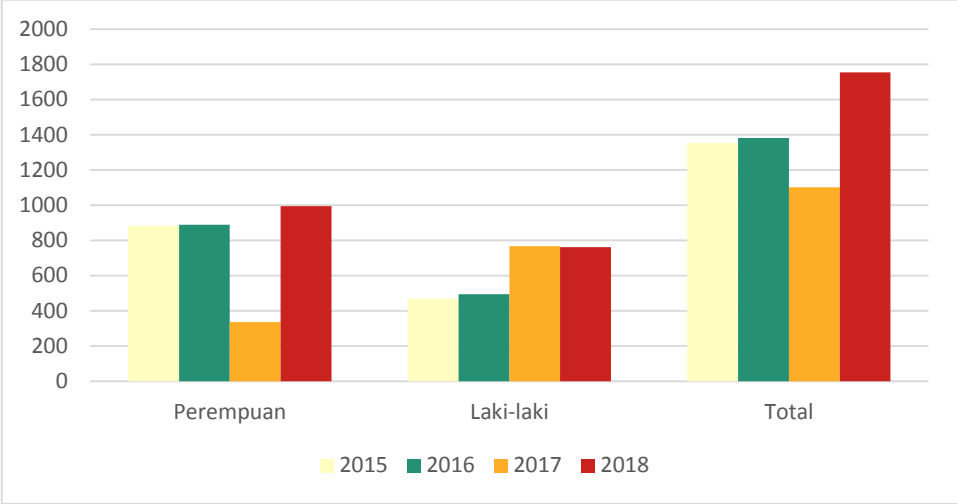
Gambar 2.23 Kegiatan Pelayanan Invivo di Instalasi/KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler Tahun 2015-2018



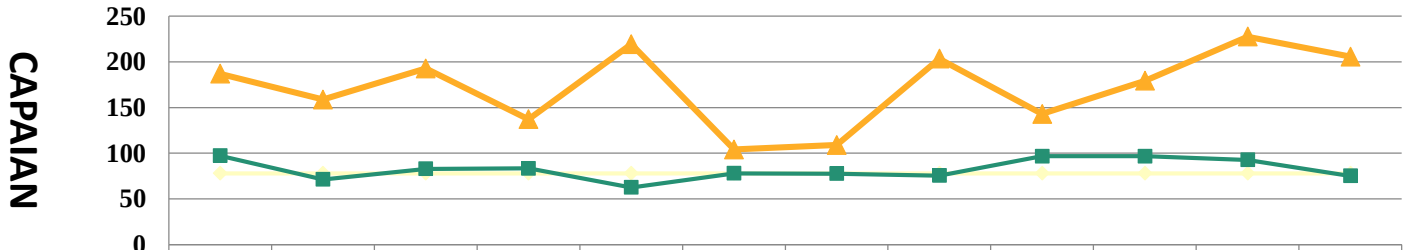
Gambar 2.24 Jumlah Terapi Iodium di Instalasi /KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler 2015-2018



Gambar 2.25 Terapi Iodium di Instalasi /KSM Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler 2015-2018

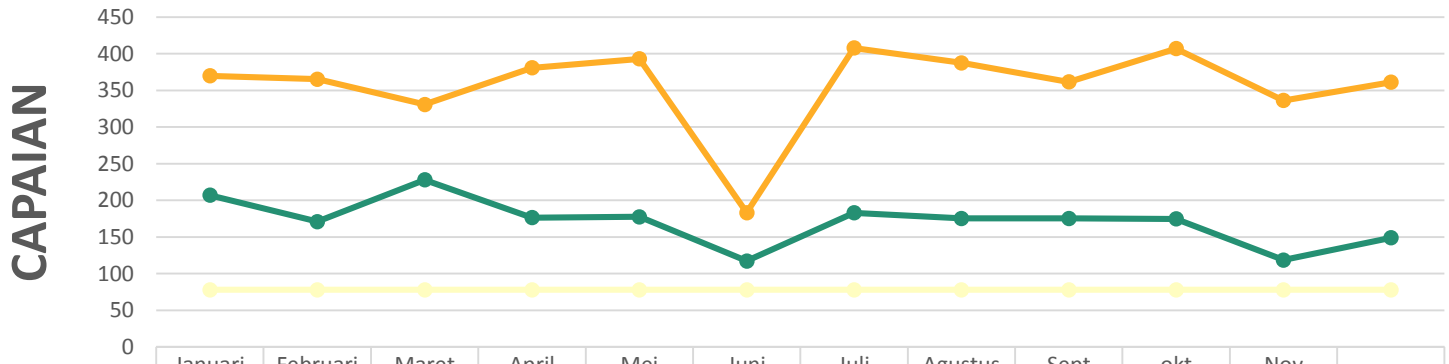


Gambar 2.26 Indikator Mutu Kemampuan Kerja Kamera Gamma Periode Januari - Desember 2017



	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sept	okt	Nov	Des
TARGET	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Infinia	97,2917	71,3194	82,9167	83,4722	62,5	77,9167	77,7083	75,5556	96,8056	96,8056	92,6389	75,1389
Symbia	186,875	158,819	192,639	137,153	219,375	104,028	109,028	203,472	142,986	179,306	227,5	205,764

Gambar 2.27 Indikator Mutu kemampuan Kerja kamera Gamma Periode Januari - Desember 2018



	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sept	okt	Nov	
Symbia	162,7	194,4	102,8	204,2	215,6	66,0	224,9	212,3	186,1	232,2	217,6	212,0
Infinia	129,1	92,9	149,9	98,5	99,5	39,3	104,9	97,2	97,4	96,8	40,6	71,0
TARGET	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78

Catatan :

- Kamera SPECT/CT (kamera gamma Infinia) sudah berumur 15 tahun
- Kamera SPECT/CT (kamera gamma Symbia) sudah berumur 6 tahun

Analisa Permasalahan Sarana Prasarana

- Kamera SPECT /CT telah berumur lebih dari 5 tahun dengan perhitungan OEE sejak tahun 2017 setiap bulan diatas 100%, sehingga potensi kerusakan alat menjadi sangat tinggi. Usulan : dibutuhkan penambahan alat baru
- Pelayanan operasional Kamera PET/CT scan perlu dilakukan karena memiliki revenue yang baik. Usulan : perbaikan kamera dan pengadaan cylotron demi menunjang operasional berjalan dengan optimal.
- Penambahan alat-alat penunjang :
  1) laboratorium invitro : pipet otomatis, pipet berbagai ukuran
  2) pengolahan hasil pemeriksaan invivo: komputer work station, printer hasil, komputer hasil

3) pendaftaran : printer, teller mandiri

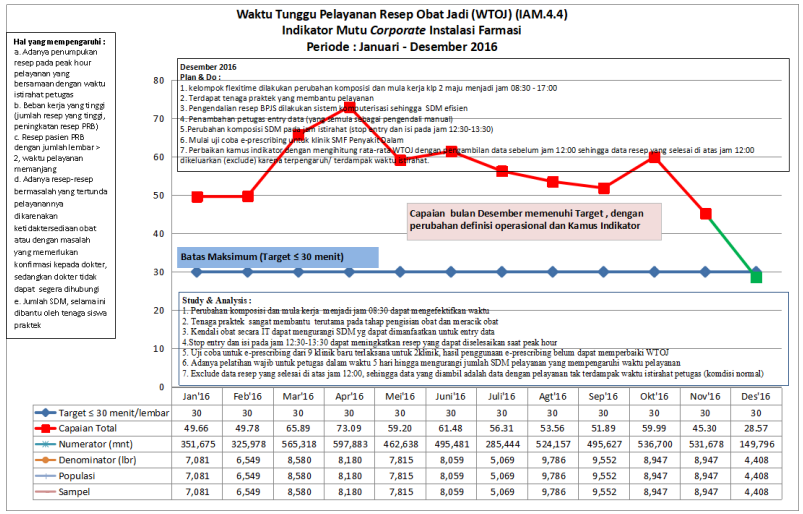
4) alat-alat medis : defibrilator, saturasi oksigen, nebulizer

5) perbaikan 1 kamar isolasi yang rusak sehingga 10 kamar isolasi optimal digunakan

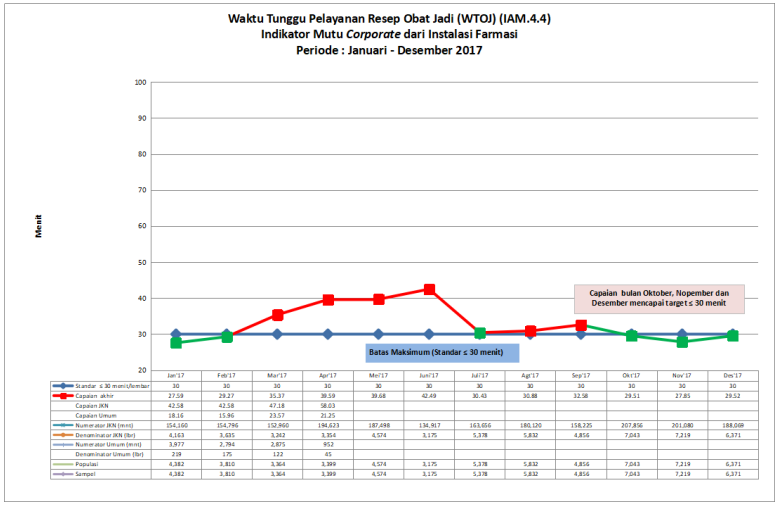
h. Kecepatan pelayanan Resep Obat Jadi

Pengembalian data WTOJ dimulai dari penyerahan nomor antrian untuk resep yang telah lengkap diterima petugas depo farmasi dan telah dilakukan pemeriksanaan dan pengedalian administratif, sampai obat selesai diperiksa dan siap diserahkan kepada pasien. Pengambilan data seperti hal tersebut mengurangi pengaruh dari faktor luar seperti ketidaklengkapan administrasi dan waktu tunggu pasien mengambil obat ketika sudah dilakukan pemanggilan no antrian untuk obat yang sudah siap diserahkan.

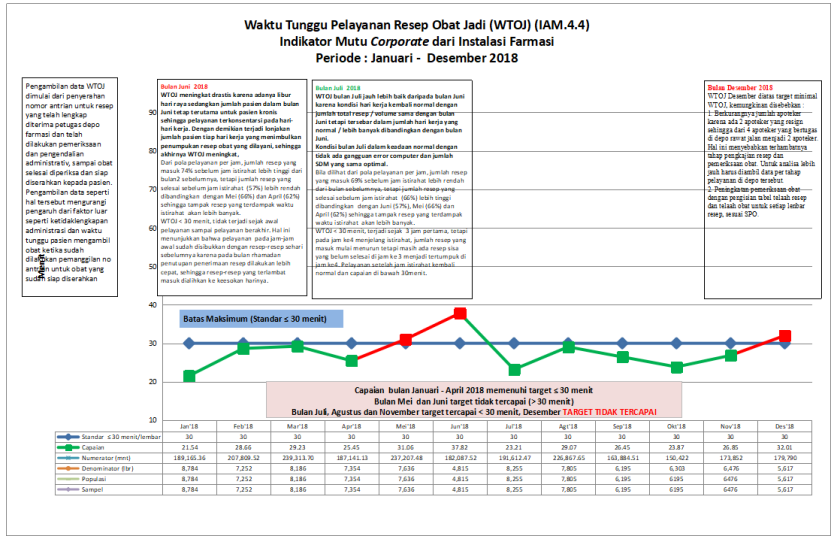
Gambar 2.28 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ) 2016-2019



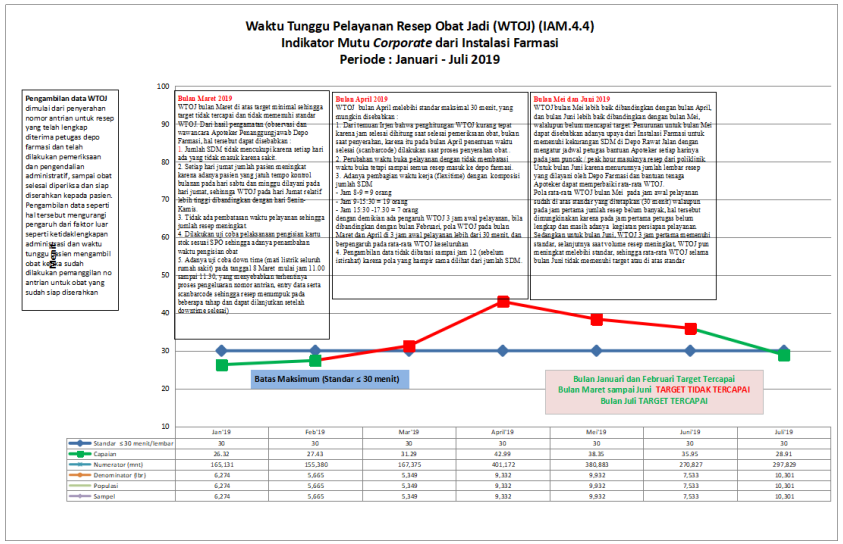
	Jan'16	Feb'16	Mar'16	Apr'16	Mei'16	Juni'16	Juli'16	Agt'16	Sep'16	Okt'16	Nov'16	Des'16
Target ≤ 30 menit/lembar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Capaian Total	49.66	49.78	65.89	73.09	59.20	61.48	56.31	53.56	51.89	59.99	45.30	28.57
Numerator (mnt)	351,675	325,978	565,318	597,883	462,638	495,481	285,444	524,157	495,627	536,700	531,678	149,796
Denominator (lbr)	7,081	6,549	8,580	8,180	7,815	8,059	5,069	9,786	9,552	8,947	8,947	4,408
Populasi	7,081	6,549	8,580	8,180	7,815	8,059	5,069	9,786	9,552	8,947	8,947	4,408
Sampel	7,081	6,549	8,580	8,180	7,815	8,059	5,069	9,786	9,552	8,947	8,947	4,408



	Jan'17	Feb'17	Mar'17	Apr'17	Mei'17	Juni'17	Jul'17	Agt'17	Sep'17	Okt'17	Nov'17	Des'17
Standar ≤ 30 menit/lembar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Capaian akhir	27.59	29.27	35.37	39.59	39.68	42.49	30.43	30.88	32.58	29.51	27.85	29.52
Capaian JKN	42.58	42.58	47.18	58.03								
Capaian Umum	18.16	15.96	23.57	21.25								
Numerator JKN (mnt)	154,160	154,796	152,960	194,623	187,498	134,917	163,656	180,120	158,225	207,856	201,080	188,069
Denominator JKN (lbr)	4,163	3,635	3,242	3,354	4,574	3,175	5,378	5,832	4,856	7,043	7,219	6,371
Numerator Umum (mnt)	3,977	2,794	2,875	952								
Denominator Umum (lbr)	219	175	122	45								
Populasi	4,382	3,810	3,364	3,399	4,574	3,175	5,378	5,832	4,856	7,043	7,219	6,371
Sampel	4,382	3,810	3,364	3,399	4,574	3,175	5,378	5,832	4,856	7,043	7,219	6,371



	Jan'18	Feb'18	Mar'18	Apr'18	Mei'18	Jun'18	Jul'18	Agt'18	Sep'18	Okt'18	Nov'18	Des'18
Standar ≤30 menit/lembar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Capaian	21,54	28,66	29,23	25,45	31,06	37,82	23,21	29,07	26,45	23,87	26,85	32,01
Numerator (mnt)	189,165.36	207,808.52	239,313.70	187,141.13	237,207.48	182,087.52	191,612.47	226,867.65	163,884.51	150,422	173,852	178,790
Denominator (lbr)	8,784	7,252	8,186	7,354	7,636	4,815	8,255	7,805	6,195	6,303	6,476	5,617
Populasi	8,784	7,252	8,186	7,354	7,636	4,815	8,255	7,805	6,195	6395	6476	5,617
Sampel	8,784	7,252	8,186	7,354	7,636	4,815	8,255	7,805	6,195	6395	6476	5,617



	Jan'19	Feb'19	Mar'19	April'19	Mei'19	Jun'19	Juli'19
Standar ≤30 menit/lembar	30	30	30	30	30	30	30
Capaian	26,32	27,43	31,29	42,99	38,35	35,95	28,91
Numerator (mnt)	165,131	155,380	167,375	401,172	380,883	270,827	297,829
Denominator (lbr)	6,274	5,665	5,349	9,332	9,932	7,533	10,301
Populasi	6,274	5,665	5,349	9,332	9,932	7,533	10,301
Sampel	6,274	5,665	5,349	9,332	9,932	7,533	10,301

Penulisan resep kurang jelas akan mempengaruhi WTOJ sehingga diharapkan kedepannya e-prescribing dapat menjadi kebijakan rumah sakit. Terjadinya kekosongan ketersediaan obat dan barang medis habis pakai, yang disebabkan banyak faktor seringkali diluar kendali farmasi, karena proses pengadaan obat dan barang medis habis pakai melibatkan banyak unit kerja. Disatu sisi pengguna obat dan barang medis habis pakai juga melibatkan banyak unit kerja di rumah sakit, sehingga efisiensi penggunaan obat dan barang medis habis pakai akan sangat dipengaruhi oleh penggunaanya di lapangan. Selain itu kurangnya jumlah SDM tidak sebanding dengan peningkatan kapasitas pelayanan.

i. Kelengkapan dan Pengembalian Rekam Medis

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.*

Tabel 2.3 Jumlah Kunjungan Pasien RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015-2019

KUNJUNGAN PASIEN	TAHUN				
	2015	2016	2017	2018	2019 (Semseter 1)
GAWAT DARURAT	35.844	38.054	37.244	38.957	20.820
RAWAT JALAN	413.166	568.751	574.450	568.548	268.483
RAWAT INAP	41.105	42.088	43.733	45.248	23.374

Tabel 2.4 Pengembalian Bekas Rekam Medis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015 sd. 2019

TAHUN	JUMLAH	PENGEMBALIAN		PRESENTASE %	
	BERKAS	Tepat Waktu	Tidak Tepat Waktu	Tepat Waktu	Tidak Tepat Waktu
2015	39.141	32.581	6.514	83%	17%
2016	35.509	27.468	8.041	77%	23%
2017	35.879	33.430	2.448	93%	7%
2018	37.133	36.019	1.114	97%	3%
2019 Jan - Jul	24.738	23.999	725	97%	3%

Tabel 2. 5 Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015 s.d 2019

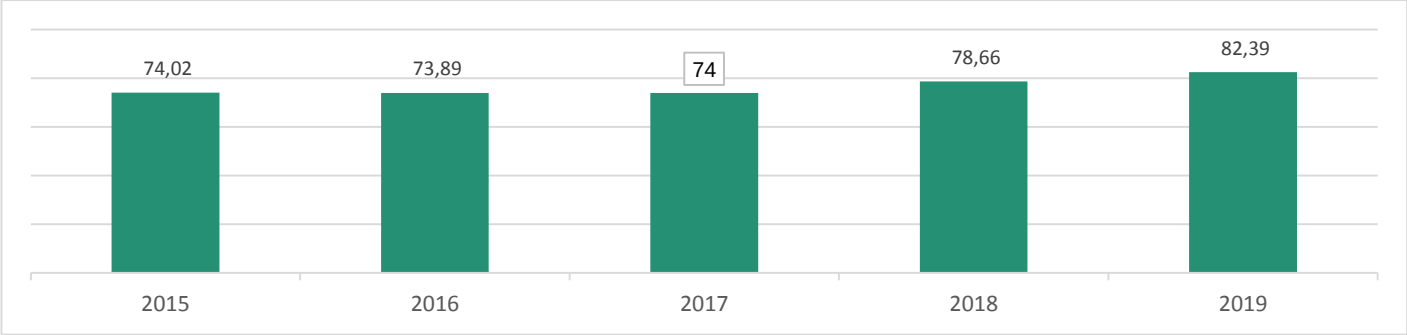
TAHUN	JUMLAH	PENGEMBALIAN		PRESENTASE %	
	BERKAS	Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
2015	24.875	20.973	3.902	84%	16%
2016	27.381	24.915	2.466	91%	9%
2017	24.001	22.185	1.816	92%	8%
2018	33.032	32.006	1.026	97%	3%
2019 Jan - Jul	24.738	8.788	8.286	94%	6%

J. 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, kemudian dikeluarkan kembali keputusan dan peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Untuk mendukung hal tersebut, RSHS sebagai unit teknis yang memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat melaksanakan pengukuran IKM untuk tahun 2019. RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai penyelenggara pelayanan publik memiliki kewajiban untuk memberikan layanan yang berkualitas, bersih, dan transparan. Oleh karenanya perlu upaya untuk terus meningkatkan pelayanan sehingga sesuai dengan harapan masyarakat sebagai pengguna layanan, salah satunya melalui kegiatan Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2018, sesuai dengan SPO No. X/2/0.9/0010 tanggal 7 Januari 2019.

Berikut nilai rata-rata pengukuran Indeks Kepuasan pelanggan:

Gambar 2. 29 Nilai Rata-Rata Pengukuran Indeks Kepuasan Pelanggan



Indeks kepuasan pasien dalam 5 tahun terakhir berkisar antara nilai 73-82 termasuk kategori Baik. Indeks ini menunjukkan kenaikan setiap tahunnya. Nilai terendah yang berkontribusi terhadap indeks kepuasan pasien berkaitan dengan kecepatan waktu pelayanan. Hal ini disebabkan sistem online yang diterapkan masih dalam tahap sosialisasi sehingga pasien masih banyak yang belum paham dan mengikuti aturan ini.

B. Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

Gambaran kinerja keuangan pada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam memenuhi target dari Rencana Stategis Bisnis periode tahun 2015 sampai dengan tahun 2019:

- 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. 6 Hasil Perhitungan Rasio Keuangan Tahun 2015-2018

No	Rasio Keuangan	2014	2015	2016	2017	2018
1.	Rasio Kas	161,98 %	116,40 %	63,84%	21,58%	46,22%
2.	Rasio Lancar	646,85%	452,80%	209,00%	132,74%	140,49%
3.	Periode Penagihan Piutang	72 hari	13 hari	48 hari	78,5 hari	100,86 hari
4.	Perputaran Persediaan	22 hari	17 hari	22 hari	22 hari	15,82hari
5.	Perputaran Aset Tetap	52,97%	129,86%	90,00%	24,36%	18,98%
6.	Imbalan Atas Aset Tetap	2,86%	(3,38)%	19,69%	(2,11)%	1.37%
7.	Imbalan Ekuitas	3,37%	(4,71)%	19,06%	(1,96)%	1.14%
8.	Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional (*cost recovery*)	81,62%	72,80%	85,97%	72,24%	75.61%
9.	Ratio Subsidi Biaya Pasien	1,80	5,01	1,51	1,45	0

Keterangan :
Dari tahun 2014 s.d 2018 perhitungan menggunakan, hasil audit KAP, PMK 54/PB/XII/2013, dan PER 24/PB/2018

Analisis atas rasio keuangan dari tahun 2014 s.d 2018 adalah sebagai berikut :

1. Kas Rasio

   Kas Rasio selama tahun 2014 s.d 2018 antara 21,58% sampai 161,98%, masih belum dapat memenuhi kewajiban jangka pendek, dan untuk 2 tahun terakhir kas rasio turun hanya mencapai skor 0,5. Tidak tercapainya kas rasio yang ideal (240% sd 300%) disebabkan oleh piutang BPJS yang belum tertagih dan menyebabkan pembayaran hutang tertunda.

2. Rasio Lancar (RL)

   Rasio Lancar selama tahun 2014 sampai dengan 2018 antara 132,74% sampai 646,85%, sudah dapat memenuhi kewajiban jangka pendek, dan di tahun 2014 mencapai standar tertinggi, sedang di tahun selanjutnya masih diatas 100 rumah sakit masih mungkin menggunakan aset lancar untuk memenuhi kewajiban hutang yang jatuh tempo dalam 12 bulan ke depan.

3. Periode Penagihan Piutang (PPP)

   Periode penagihan piutang, selama lima tahun terakhir berkisar antara 13 sampai dengan 100 hari belum mencapai skor tertinggi yaitu PPP<30 hari dengan skor 2,25

   Tidak tercapainya Periode Penagihan piutang dikarenakan:

   - Piutang yang belum dibayar pihak ketiga, khususnya BPJS cukup tinggi
   - Masih tingginya piutang jamkesda dari dinas kabupaten dan kota
   - Piutang umum terealisasi hanya 20%

4. Perputaran Persediaan

   Perputaran persediaan untuk lima tahun terakhir berkisar antara 16-22 hari dengan skor antara 1,25 Perputaran Persediaan ini belum mencapai standar tertinggi sebesar 30% <PP>35% atau dengan skor 2,25

5. Perputaran Aset Tetap (PAT)

   Perputaran Asep tetap dari tahun ke tahun target sudah melebihi standard yang ditetapkan dengan PAT>20 (skor 2,25). Pada tahun 2014 ke tahun 2018 terjadi penurunan nilai yang signifikan, dikarenakan adanya penilaian kembali aset tetap atau reklas aset sebagai penyesuaian aset setiap tahunnya.

6. Imbalan Atas Aset Tetap

   Tingkat pengembalian investasi selama tahun 2015 dan 2017 keuntungan tidak surplus, 2018 berkisar 1,37%, angka ini masih berada dibawah yang diharapkan >6%, sedangkan tahun 2016 dengan niolai 19,69% tingkat pengembalian sudah mencapai yang diharapkan.

7. Imbalan Equitas

   Imbalan Equitas selama tahun 2015 dan 2017 nilai minus, tahun 2016 nilainya 19,06 mencapai nilai tertinggi ROE>8 (Skor 2,25). Untuk tahun 2014 dan 2018 hasil perhitungan sebesar 3,37% dan 1,14% tidak mencapai target. Semakin besar rasionya semakin banyak dana yang dikembalikan dari equitas menjadi laba dan akan memperkuat modal. Jadi rumah sakit hanya 1,14% mampu menambah laba dari equitasnya di tahun 2018.

8. Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional (PB)

   Rasio dari tahun 2014 sampai dengan 2018 menunjukan nilai rata rata POBO ditas 65% dan sudah memenuhi standard PB>65% (Skor 2,75).

9. Rasio Subsidi Biaya Pasien (SBP)

   Rasio SBP dari tahun 2014 sampai dengan 2017 berkisar antara 1,45% - 5,01% dalam penilaian masih dibawah standard, masih pada skor 1,25 dari yang tertinggi yaitu > 45% sedangkan untuk tahun 2018 tidak di nilai SBP nya karena sesuai dengan peraturan PER 24/PB/2018 tanggal 29 November 2018

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

Tabel 2. 7 Skor Kinerja Keuangan Tahun 2014-2018

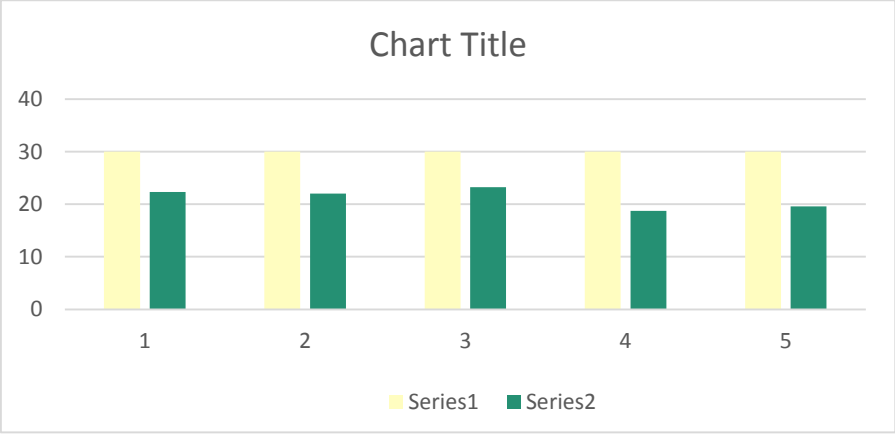
No	Tahun	Skor tertinggi	Realisasi
1.	2014	30	22,3
2.	2015	30	22,0
3.	2016	30	23,25
4.	2017	30	18,75
5.	2018	30	19,6

Data SIMAK-BMN RSHS pada tanggal 31 Des 2018 :

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. 30 Target dan Skor Kinerja Keuangan Tahun 2014-2018



Perhitungan indikator kinerja keuangan terjadi perubahan penilaian pada tahun 2013 mengacu PMK Nomor 54/PB/2013 tanggal 31 Desember 2013 menjadi PER 24/PB/2018 tanggal 29 November 2019 tentang Tata Cara Perhitungan Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit

Untuk mencapai sasaran Kinerja Pengelolaan Keuangan tiap tahun dibuat target indikator keuangan mulai tahun 2014 sampai tahun 2018. Setiap tahun realisasi pencapaian kinerja keuangan masih ada yang di bawah target yang ditetapkan.

Berikut ini akan dijabarkan pencapaian Pendapatan dan Biaya tahun 2014 sampai dengan 2018.

a. 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 2014 sampai dengan tahun 2018, merupakan salah satu pencapaian kinerja rumah sakit, disajikan dalam bentuk tabel sebagaimana dapat dilihat pada table 2.7.

Tabel 2. 8 Realisasi Pencapaian Pendapatan Kas Tahun 2014-2018

No	TAHUN	REALISASI PENDAPATAN	KENAIKAN	%
1	2014	630.038.029.166		
2	2015	695.619.628.701	65.581.599.535	9,43
3	2016	743.922.198.361	48.302.569.660	6,49
4	2017	652.863.420.391	-91.058.777.970	-13,95
5	2018	732.300.288.663	79.436.868.272	10,85

Pada tabel 2.8. terlihat pada tahun 2017 terjadi penurunan pendapatan kas, hal ini dikarenakan adanya pelayanan yang dilakukan di tahun 2017 belum dibayarkan oleh Pihak ke tiga (BPJS).

b. 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 2014 sampai dengan 2018

Tabel 2. 9 Realisasi Belanja PNBP BLU RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2014-2018

No	Tahun	Belanja Pegawai	Belanja Barang	Belanja Modal	Jumlah	%
1	2014	231.040.469.161	361.018.378.702	18275964119	610.334.811.982	
2	2015	230.540.810.661	424.426.911.811	70.428.463.834	725.396.186.306	18,85
3	2016	246.565.776.445	353.293.593.503	90.813.394.270	690.672.764.218	(4,79)
4	2017	240.928.509.650	396.132.657.624	49.217.164.924	686.278.332.198	(0,64)
5	2018	252.895.128.264	405.043.583.248	32.095.001.519	690.033.713.031	0,55

Data tabel 2.9 memperlihatkan bahwa realisasi belanja pada tahun 2014 dan 2015, terjadi peningkatan belanja dikarenakan biaya pelayanan di tahun berjalan sudah dikeluarkan oleh rumah sakit tetapi piutang tersebut belum dibayar oleh pihak ketiga (BPJS, Jaminan Perusahaan, Piutang Umum & Jamkesda). Untuk tahun 2016 dan 2017 terjadi penurunan, dikarenakan terlambatnya pembayaran hutang operasional ke vendor sehingga terjadi kenaikan hutang rumah sakit.

Pada tahun 2018 terdapat peningkatan belanja sebesar 5,69%, 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,
- 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. 10 Realisasi Penerimaan dan Belanja RM Periode tahun 2014-2018

No.	Uraian	2014	2015	2016	2017	2018
		Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi
I	**Pendapatan**	**766.325.037.524**	**922.992.033.717**	**1.070.207.047.460**	**869.426.041.513**	**909.314.750.632**
	PNBP	**630.038.029.166**	**695.619.628.701**	**743.922.198.361**	**652.863.420.391**	**732.300.288.663**
	APBN (Rupiah Murni)	**136.287.008.358**	**227.372.405.016**	**326.284.849.099**	**216.562.621.122**	**177.014.461.969**
	a. Belanja Pegawai	123.660.662.978	133.311.201.632	140.986.851.221	138.709.952.000	138.625.480.213
	b. Belanja Barang	9.929.520.480	35.792.819.175	84.426.126.653	41.086.344.739	30.786.529.340
	c. Belanja Modal	2.696.824.900	58.268.384.209	100.871.871.225	36.766.324.383	7.602.452.416

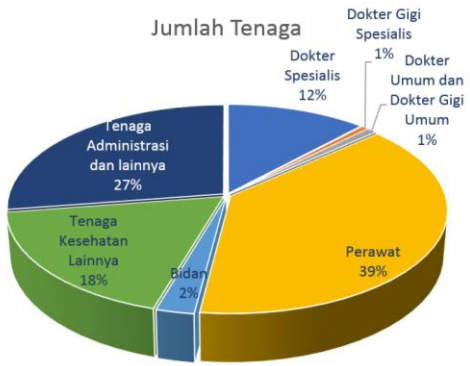
Tabel 2.11 Realisasi Pendapatan dan Biaya Periode tahun 2014-2018 (Lanjutan)

No.	Uraian	2014	2015	2016	2017	2018
		Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi	Realisasi
II	**Belanja**	**746.622.267.477**	**952.748.591.322**	**1.016.957.613.317**	**902.840.953.320**	**867.048.174.990**
	PNBP	610.335.259.119	725.376.186.306	690.672.764.218	686.278.332.198	690.033.713.021
	a. Belanja Pegawai	231.040.469.161	230.540.810.661	246.565.776.445	240.929.490.650	252.895.128.264
	b. Belanja Barang	361.018.825.839	424.416.911.811	353.293.593.503	396.131.676.624	405.043.583.238
	c. Belanja Modal	18.275.964.119	70.418.463.834	90.813.394.270	49.217.164.924	32.095.001.519
	APBN (Rupiah Murni)	136.287.008.358	227.372.405.016	326.284.849.099	216.562.621.122	177.014.461.969
	a. Belanja Pegawai	123.660.662.978	133.311.201.632	140.986.851.221	138.709.952.000	138.625.480.213
	b. Belanja Barang	9.929.520.480	35.792.819.175	84.426.126.653	41.086.344.739	30.786.529.340
	c. Belanja Modal	2.696.824.900	58.268.384.209	100.871.871.225	36.766.324.383	7.602.452.416
III	**Surplus (Pendapatan PNBP-Belanja PNBP)**	**19.702.770.047**	**(29.756.557.605)**	**53.249.434.143**	**(33.414.911.807)**	**36,281,565,289**
	PNBP	19.702.770.047	(29.756.557.605)	53.249.434.143	(33.414.911.807)	30,167,614,820
	APBN (Rupiah Murni)	-	-	-	-	-

C. Kinerja Aspek SDM

1. Jumlah staf RSHS

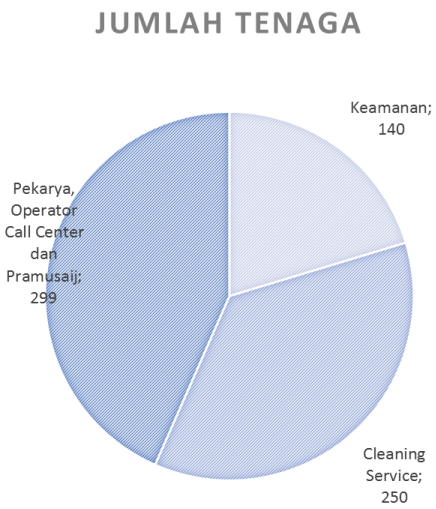
Gambar 2.31 Jumlah Staf RSHS



1.	Dokter Spesialis	336
2.	Dokter Gigi Spesialis	17
3.	Dokter Umum dan Dokter Gigi	24
4.	Perawat	1092
5.	Bidan	71
6.	Tenaga Kesehatan Lainnya	509
7.	Tenaga Administrasi dan Lainnya	774
	Total	**2823**

2.Jumlah Tenaga Kontrak Mei 2019

Gambar 2.32 Jumlah Tenaga Kontrak Mei 2019

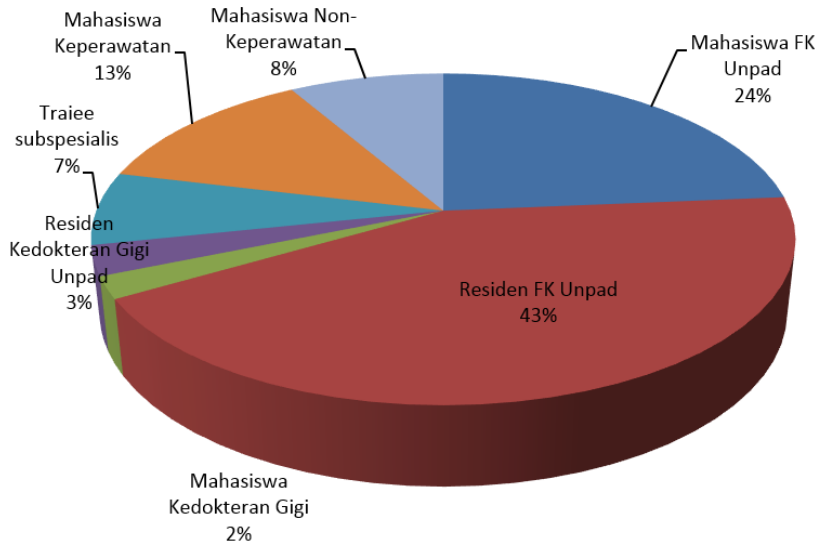


1.	Keamanan	140
2.	*Cleaning Service*	250
3.	Pekarya, Operator *Call Center* dan Pramusaji	299
	Total	**712**

3.Jumlah Peserta Didik Juli 2019

1.	Mahasiswa FK Unpad	527
2.	Residen FK Unpad	958
3.	Mahasiswa Kedokteran Gigi Unpad	48
4.	Residen Kedokteran Gigi Unpad	65
5.	Trainee Subspesialis	159
6.	Mahasiswa Keperawatan	285
7.	Mahasiswa Non Keperawatan	187
	Total	**2229**

Gambar 2.33 Jumlah Peserta Didik Juli 2019



Mahasiswa Non keperawatan: Fisioterapis, psikolog, nutrisionis, farmasi

Tabel 2.12 **Komposisi SDM berdasarkan jenis tenaga (Maret 2019) :**

No.	Jenis Tenaga	Jumlah
1	DOKTER SPESIALIS	337
2	DOKTER GIGI SPESIALIS	19
3	DOKTER UMUM & BRIGADE SIAGA BENCANA	22
4	DOKTER GIGI	3
5	PERAWAT	1.171
6	BIDAN	78
7	FUNGSIONAL KES LAINNYA	318

8	KESEHATAN LAINNYA (NON PNS)	241
9	FUNGSIONAL NON KES.	18
10	ADMINISTRASI	494
11	TENAGA STRATEGIS	293
	J u m l a h	2.994

Tabel 2.13 **Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan**

No.	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter spesialis konsultan	230
2	Dokter spesialis	70
3	Dokter umum	22
4	Dokter gigi spesialis	19
5	Dokter gigi	3
6	S-3	41
7	S-2	166
8	S-1	455
9	D-4	74
10	D-3	1.444
11	D-1	17
12	SLTA	397
13	SLTP	47
14	SD	9
	J u m l a h	2.994

D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Triwulan Anggaran 2019. Barang Milik Negara (BMN) Intrakomptabel

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung per 31 Maret Anggaran 2019 bernilai nominal sebesar Rp3,796,489,919,259,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 87.798 M^2 dengan nilai nominal sebesar Rp2.322.848.969.000,-
b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 131311, sejumlah 43,824 unit dengan nilai nominal sebesar Rp837.701.152.414,-
c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 131511, sejumlah 75 unit dengan nilai nominal sebesar Rp434.554.571.304,-
d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 131711, 22.271m^2 lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp4.460.503.500,-
e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 131712, sejumlah 11 unit dengan nilai nominal sebesar Rp2.199.736.470,-
f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 131713, sejumlah 42 unit dengan nilai nominal sebesar Rp4.316.273.309,-
g. Konstruksi dalam pengerjaan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 132111 sebesar Rp138.371.348.510,-
h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 153151, dengan nilai nominal sebesar Rp4.201.216.371,-
i. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 154112, sejumlah 853 unit dengan nilai nominal sebesar Rp47.836.148.381,-

E. Membangun AHS

a. Integrasi Pelayanan-Pendidikan-Penelitian

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 KSM sehingga tidak terjadi birokrasi yang ganda dan tumpang tindih

b. 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

c. 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.*

2. 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 :

   (a) 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.

   (b) 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.

(c) 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:

(i) *Trust* (saling percaya) : basis kesuksesan AHS membutuhkan keyakinan bahwa para pemimpin dan tim percaya bekerja dengan mitra yang tepat

(ii) 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.

(iii) 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.

(iv) Akuntabilitas : Tiap pemimpin harus akuntabel dalam mewujudkan tujuan dan strategi bersama dalam sistem layanan kesehatan berbasis AHS.

(v) 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.

3. 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 :

(a) Perencanaan mutu, operasi, finansial strategis yang terpadu.
(b) Berbagi informasi finansial, operasi, dan mutu yang melintasi semua silo organisasi dan satuan kerja operasi.
(c) Sistem pelaporan kinerja yang terbuka bagi masyarakat luas yang menginformasikan capaian-capaian aktual kinerja dibanding targetnya baik dari sisi mutu, harga, maupun kepuasan pasien.
(d) Budaya berbagi informasi, akuntabilitas bersama, dan orientasi hasil.
(e) Struktur akuntabilitas dalam sistem layanan kesehatan yang memampukan terlaksananya upaya-upaya perbaikan kinerja.
(f) 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.

4. 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.

5. 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.

2.3 Tantangan Strategis

Memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* utama dan informasi dari *benchmark*, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSHS untuk periode tahun 2020-2024 sebagai berikut:

1. Berkontribusi untuk pencapaian target indikator kesehatan Jabar melalui indikator kesehatan RSHS.
2. Mewujudkan akreditasi KARS Internasional Tahun 2021.
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.

2.4 *Benchmarking*

Rumah sakit yang dijadikan patok duga (benchmarking) oleh RSHS adalah :

Tabel 2.14 Patok Duga (Benchmarking)

No	Rumah Sakit	Aspek
1.	RS dr. Karyadi	Kemandirian finansial Pengelolaan dan langkah efisiensi Pengembangan pelayanan revenue center
2.	RS Tokyo	Standar pelayanan prima dan safety
3.	Tan Tock Seng Hospital Singapore	Pelayanan unggulan yang terintegrasi, Program quality improvement

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

2.5 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 2020-2024

Tabel 2.15 ANALISIS SWOT

FAKTOR INTERNAL	FAKTOR EKSTERNAL
Kekuatan (Strength) 1. Sudah memliki layanan sub spesialistik 2. Penetapan sebagai RS rujukan Nasional 3. Penetapan sebagai RS pendidikan utama 4. Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC 5. Kualitas SDM Profesional Pemberi Asuhan (dokter, perawat, gizi, apoteker) 6. Lokasi yang strategis 7. Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis) 8. Sistem operasional sudah berbasis IT **9.** Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital) **10.** Sudah memiliki webinar RS **11.** Sistem remunerasi terintegrasi	**Peluang (Opportunities)** 1. Ragam kasus yang tinggi 2. Pengembangan Health Tourism dampak dari Bandung sbg kota tujuan wisata 3. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan 4. Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar 5. Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS 6. AHS 7. BPJS **8.** RSHS sebagai Pengampu RS Jejaring kab/kota perujuk **9.** Meningkatnya Persentase populasi geriatri
Kelemahan (Weakness) 1. Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented) 2. Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja 3. Sistem manajemen dan budaya kinerja yang belum optimal 4. Sinergi antar unit pelayanan belum optimal dan belum patient oriented (budaya kolaborasi) 5. penelitian belum fokus/berorientasi pada perbaikan pelayanan 6. Ratio PPA belum sesuai standar 7. Lahan parkir yang terbatas 8. Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	**Ancaman (Thread)** 1. Pengurangan dukungan dana pemerintah 2. Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien 3. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien 4. Cyber crime/ kejahatan dunia maya 5. MEA 6. Lokasi geografis Bandung di sesar lembang (rawan bencana) 7. Instabilitas moneter 8. Brain drain tenaga kesehatan khusus 9. Perubahan regulasi (pajak progresif) 10. Pandemi Covid-19

2.6 Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis

Tujuan bagian ini adalah untuk menentukan posisi bersaing RSHS untuk mewujudkan visi periode tahun 2020-2024. 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 2020-2024.

Tabel 2.16 Kekuatan (*Strength*)

No	Kekuatan (Strength)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Sudah memliki layanan sub spesialistik	20	80	16
2	Penetapan sebagai RS rujukan Nasional	15	50	7,5
3	Penetapan sebagai RS pendidikan utama	10	40	4
4	Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC	5	50	2,5
5	Kualitas SDM Profesional Pemberi Asuhan (dokter, perawat, gizi, apoteker)	20	70	14
6	Lokasi yang strategis	5	50	2,5
7	Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis)	5	70	2,5
8	Sistem operasional sudah berbasis IT	5	70	3,5
9	Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital)	5	50	2,5
10	Sudah memiliki webinar RS	5	50	2,5
11	Sistem remunerasi terintegrasi	10	40	4
		100		**61,5**

Tabel 2.17 Kelemahan (*Weakness*)

NO.	KELEMAHAN (WEAKNESS)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)	15	70	10,5
2	Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja	20	70	14
3	Sistem manajemen dan budaya kinerja yang belum optimal	20	50	10
4	Sinergi antar unit pelayanan belum optimal dan belum patient oriented (budaya kolaborasi)	10	50	5
5	penelitian belum fokus/berorientasi pada perbaikan pelayanan	20	60	12
6	Ratio PPA belum sesuai standar	5	50	2,5
7	Lahan parkir yang terbatas	5	60	3
8	Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	5	60	3
		100		**60**

Faktor eksternal

Tabel 2.18 Peluang (*Opportunity)*

No	PELUANG (OPPORTUNITY)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Ragam kasus yang tinggi	20	70	14
2	Pengembangan Health Tourism dampak dari Bandung sbg kota tujuan wisata	5	50	2,5
3	Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan	10	60	6
4	Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar	10	60	6
5	Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS	15	80	12
6	AHS	10	50	5
7	BPJS	20	70	14
8	RSHS sebagai Pengampu RS jejaring kab/kota perujuk	5	30	1,5
9	Meningkatnya Persentase populasi geriatri	5	40	2
		100		**63**

Tabel 2.19 Ancaman (*Threat*)

No	ANCAMAN (THREAT)	Bobot (%)	Rating (-1-100)	Nilai
1	Pengurangan dukungan dana pemerintah	30	70	21
2	Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien	20	60	12
3	Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien	5	30	1,5
4	Cyber crime/ kejahatan dunia maya	5	30	1,5
5	MEA	10	50	5
6	Lokasi geografis Bandung di sesar lembang (rawan bencana)	5	30	1,5
7	Instabilitas moneter	5	40	2
8	Brain drain tenaga kesehatan khusus	5	40	2
9	Perubahan regulasi (pajak progresif)	5	30	1,5
10	Pandemi Covid-19	10	80	8
		100		**56**

Berdasarkan hasil reviu kedua RSB RSHS mengalami penurunan sebesar **0,75** pada sumbu X, pada sumbu Y menghasilkan nilai **3,5**. Strategi yang dilakukan organisasi jika berada pada kuadran I adalah mendukung kebijakan optimalisasi pelayanan yang menunjung pertumbuhan pendapatan.

Gambar 2.34 Diagram Kartesius Pilihan Prioritas RSHS 2020-2024

REVIU POSISI STRATEGIS

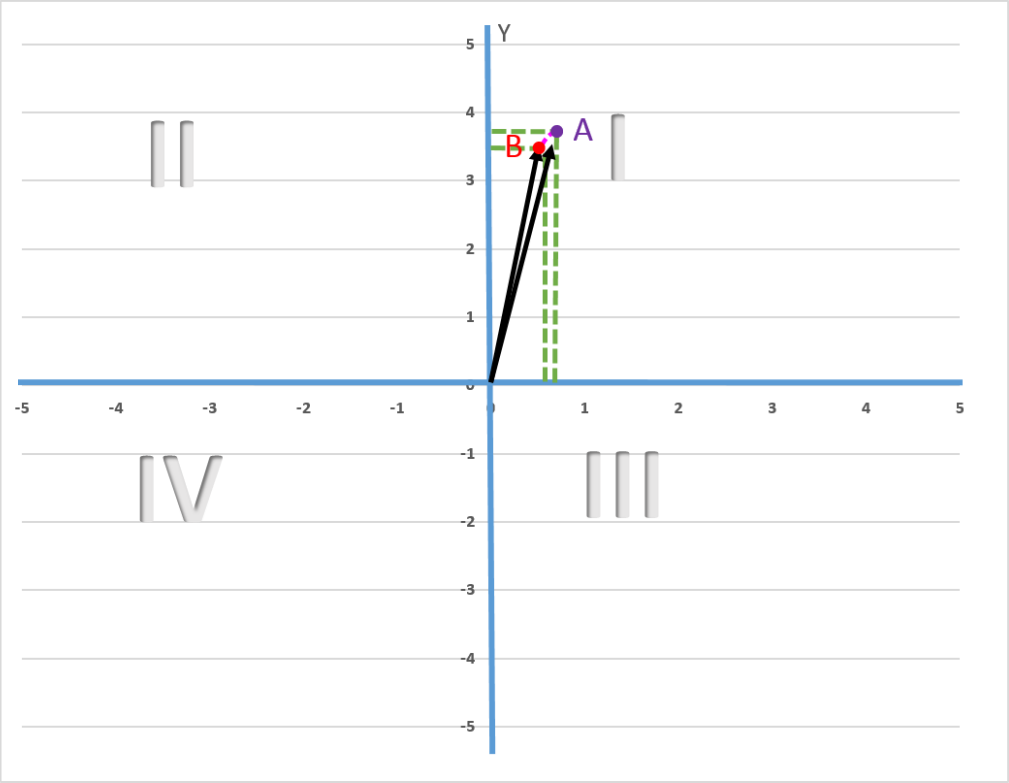
TITIK KOORDINAT

A = REVIU PERTAMA

X = (S-W)/2 = 0,875
Y = (O-T)/2 = 3,63

B = REVIU KEDUA

X = (S-W)/2 = 0,75
Y = (O-T)/2 = 3,5



2.7 Analisa TOWS RSHS

Berdasarkan posisi bersaing RSHS untuk periode tahun 2020-2024, maka analisa TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaannya. Berikut disajikan hasil analisa TOWS (Tabel 4.8 dan Tabel 4.9). Setiap sel matriks TOWS diisi oleh sasaran strategi yang menunjukkan prioritas strategis yang dipilih oleh RSHS pada kurun waktu tahun 2020-2024 dalam menghadapi salah satu dari 4 (empat) keadaan berikut:

(i) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*

(ii) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*

(iii) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu

(iv) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu

Tabel 2.20 Analisa TOWS S-T

Analisis TOWS untuk mendapatkan pilihan strategi	Ancaman (Threat)
	1. Pengurangan dukungan dana pemerintah
	2. Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien
	3. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien
	4. Cyber crime/ kejahatan dunia maya
	5. MEA
	6. Lokasi geografis Bandung di sesar lembang (rawan bencana)
	7. Instabilitas moneter
	8. Brain drain tenaga kesehatan khusus
	9. Perubahan regulasi (pajak progresif)
	10.Pandemi Covid-19
Kekuatan(Strength)	**STRATEGI S-T**
1. Sudah memliki layanan sub spesialistik	**S3, S7, S9, T1, T7,T9 : Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional**
2. Penetapan sebagai RS rujukan Nasional	**S1, S2, S4, S5, S6, S8, S10, S11, T2, T3, T4, T5, T6, T8 : Meningkatnya utilitasi fasilitas ruangan operasi**
3. Penetapan sebagai RS pendidikan utama	
4. Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC	
5. Kualitas SDM Profesional Pemberi Asuhan (dokter, perawat, gizi, apoteker)	
6. Lokasi yang strategis	
7. Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis)	
8. Sistem operasional sudah berbasis IT	
9. Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital)	
10. Sudah memiliki webinar RS	
11. Sistem remunerasi terintegrasi	

Tabel 2.21 Analisa TOWS S-O

Analisis TOWS untuk mendapatkan pilihan strategi	Peluang (Opportunities)
	1. Ragam kasus yang tinggi
	2. Pengembangan Health Tourism dampak dari Bandung sbg kota tujuan wisata
	3. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan
	4. Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar
	5. Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS
	6. AHS
	7. BPJS
	8. RSHS sebagai Pengampu Rumah sakit jejaring kab/kota perujuk
	9. Meningkatnya Persentase populasi geriatri
Kekuatan(Strength)	**STRATEGI S-O**
1. Sudah memliki layanan sub spesialistik	**S2, S3, S8, S10, O1, O2, O5, O8 : Meningkatnya Pendapatan**
2. Penetapan sebagai RS rujukan Nasional	**S1, S4, S5, S6, S7, S9, S11, O3, O4, O6, 07, O9: Meningkatnya kepuasan pelanggan**
3. Penetapan sebagai RS pendidikan utama	**S1, S2, S5, S9, S11, O3, O6 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat**
4. Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC	**S1, S4, S5, S6, S7, S9, S11, O1, O3, O4, O6, 07, O9 : Meningkatnya akses dan mutu Pelayanan rujukan terintegrasi**
5. Kualitas SDM Profesional Pemberi Asuhan (dokter, perawat, gizi, apoteker)	
6. Lokasi yang strategis	
7. Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis)	
8. Sistem operasional sudah berbasis IT	
9. Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital)	
10. Sudah memiliki webinar RS	
11. Sistem remunerasi terintegrasi	

Tabel 2.22 Analisa TOWS W-T

Analisis TOWS untuk mendapatkan pilihan strategi	Ancaman (Threat)
	1. Pengurangan dukungan dana pemerintah
	2. Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien
	3. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien
	4. Cyber crime/ kejahatan dunia maya
	5. MEA
	6. Lokasi geografis Bandung di sesar lembang (rawan bencana)
	7. Instabilitas moneter
	8. Brain drain tenaga kesehatan khusus
	9. Perubahan regulasi (pajak progresif)
	10.Pandemi Covid-19
Kelemahan (Weakness)	STRATEGI W-T
1. Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)	**W2, W5, W7, W8, T1, T5, T6 : Terwujudnya proses yang bermutu**
2. Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja	**W1, W6, T2, T3, T4, T7, T9 : Terwujudnya proses yang inovatif**
3. Sistem manajemen dan budaya kinerja yang belum optimal	**W3, W4, T8: Meningkatnya employee engagement**
4. Sinergi antar unit pelayanan belum optimal dan belum patient oriented (budaya kolaborasi)	
5. penelitian belum fokus/berorientasi pada perbaikan pelayanan	
6. Ratio PPA belum sesuai standar	
7. Lahan parkir yang terbatas	
8. Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	

Tabel 2.23 Analisa TOWS W-O

Analisis TOWS untuk mendapatkan pilihan strategi	Peluang (Opportunities)
	1. Ragam kasus yang tinggi
	2. Pengembangan Health Tourism dampak dari Bandung sbg kota tujuan wisata
	3. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan
	4. Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar
	5. Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS
	6. AHS
	7. BPJS
	8. RSHS sebagai Pengampu Rumah sakit Prov Kalteng dan Bengkulu
	9. Meningkatnya Persentase populasi geriatri
Kelemahan (Weakness)	**STRATEGI W-O**
1. Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)	
2. Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja	**W7, W8, O1, O2, 03, 04, o6, 07, 08 : Terpeuhinya standar SPA**
3. Sistem manajemen dan budaya kinerja yang belum optimal	**W1, W3, W5, W6, O5 : Terlaksananya Lean culture**
4. Sinergi antar unit pelayanan belum optimal dan belum patient oriented (budaya kolaborasi)	
5. penelitian belum fokus/berorientasi pada perbaikan pelayanan	
6. Ratio PPA belum sesuai standar	
7. Lahan parkir yang terbatas	
8. Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	

2. 8 Analisa dan Mitigasi Risiko

A.Identifikasi 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:

(a) 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

(b) 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.

B.Penilaian Tingkat Risiko

Tanpa antisipasi berbagai risiko tersebut diperkirakan akan sulit di masa mendatang bagi jajaran manajemen RSHS untuk dapat mewujudkan berbagai sasaran strategisnya pada periode tahun 2020-2024. 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:

(i) 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

(ii) 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):

(a) Risiko Rendah (kode R, warna biru)

(b) Risiko Moderate (kode M, warna hijau)

(c) Risiko Tinggi (kode T, warna kuning)

(d) Risiko Ekstrim (kode E, warna merah)

Tabel 2.24 Acuan Penilaian Risiko

Level KEMUNGKINAN	Level DAMPAK				
	1. TIDAK SIGNIFIKAN	2. MINOR	3. MEDIUM	4. MAYOR	5. MALAPETAKA
I. SANGAT BESAR	T	T	E	E	E
II. BESAR	M	T	T	E	E
III. SEDANG	R	M	T	E	E
IV. KECIL	R	R	M	T	E
V. SANGAT KECIL	R	R	M	T	T
Keterangan: R: Risiko Rendah, M: Risiko Moderat, T: Risiko Tinggi, E: Risiko Ekstrim					

Tabel 2.30 menyajikan hasil analisa risiko yang menggambarkan sasaran strategis, identifikasi risiko, tingkat kemungkinan, skala dampak, dan level risiko bagi RSHS dalam rangka mewujudkan visi 2020

Tabel 2.30. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko
Meningkatnya kepuasan pelanggan	1.	*Exelence service* tidak tercapai	E
	2.	Tidak terpenuhinya kebutuhan pasien khususnya rawat inap	E
	3.	Rendahnya respon time	M
Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	4.	Meningkatnya angka kematian ibu	T
	5.	Meningkatnya angka kematian neonataral dini (AKND)	T
Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	6.	Utilisasi tidak optimal	T
	7.	Sarana dan prasarana yang kurang memadai	T
Terwujudnya proses yang inovatif	8.	Optimalisasi inovasi tidak berjalan	T
	9.	Keterlambatan pengambilan rekam medik	M
	10.	Pengembangan inovasi tidak sejalan dengan inovasi yang ada	T
	11.	Tidak semua KSM menerapkan hasil penelitian, penelitian masih bersifat pengulangan , penelitian masih bersifat laboratorium, kesulitan birokrasi dalam penerapan penelitian)	M
	12.	Publication charge yang mahal, harus memakai bahasa inggris untuk publikasi nasional, harus terindex scopus	M
Terwujudnya proses yang bermutu	13.	Ketidakdisiplinan SDM dalam waktu pelayanan	R
	14.	Kesadaran dan kedisiplinan staf dalam menjalankan CP	M

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko
	15.	Kurangnya kepatuhan cuci tangan	E
	16.	Tidak termasuk dalam kasus yang ditanggung seluruhnya oleh BPJS atau asuransi lain	R
Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	17.	Kurangnya jumlah SDM	M
Terpenuhinya standar SPA	18.	Maintenance tidak efektif	M
	19.	Perencanaan maintenance tidak sesuai	T
	20.	Sarpras yang dibutuhkan tidak terdaftar dalam e-catalogue	M
	21.	Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete	M
	22.	Terbatasnya alokasi dana pusat	T
Meningkatnya employee engagement	23.	Kurangnya disiplin melaksanakan DPJP	T
	24.	Kurangnya dana pengembangan SDM	M
Terlaksananya Lean Culture	25.	Lean project tidak tercapai	T
	26.	Kurang optimalnya proses kegiatan	
Meningkatnya pendapatan	27.	Minimnya persentase pembayaran dari BPJS	E
	28.	Tidak ada lagi revenue/sumber dana selain dari pasien	T
	29.	Ketidalengkapan rekam medis	R
Tercapainya Efisiensi Biaya operasional	30.	Meningkatnya biaya operasional	M
	31.	Kegagalan dalam perencanaan anggaran biaya operasional	M
	32.	Inflasi	M

C. 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 2.31 Rencana Mitigasi Risiko

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko	Mitigasi Risiko
Meningkatnya kepuasan pelanggan	1.	*Excelence service* tidak tercapai	E	Program pendidikan dan pelatihan terintegrasi (mandatory training, service excellent, komunikasi efektif)
	2.	Tidak terpenuhinya kebutuhan pasien khususnya rawat inap	E	Sistem online yang transparan
	3.	Rendahnya Respon time	M	- Evaluasi dan tindak lanjut pemantauan respon time - Program penatalaksanaan komplain
Meningkatnya derajat kesehatan manusia	4.	Meningkatnya angka kematian ibu	T	Pengampuan ke RS regional yang ada di Jawa Barat
	5.	Meningkatnya angka kematian neonatal dini (AKND)	T	Standarisasi peralatan resusitasi dan stabilisasi pasca resusitasi neonatus
Meningkatnya utilisasi fasilitas	6.	Utilisasi tidak optimal	T	Mengoptimalkan jam kerja alat
	7.	Sarana dan prasarana yang kurang memadai	T	Menambah alat kesehatan yang canggih
Terwujudnya proses yang inovatif	8.	Optimalisasi inovasi tidak berjalan	T	Dukungan dari pimpinan sebagai reward
	9.	keterlambatan pengembalian rekam medik	M	Program orientasi pengisian rekam medik pada dokter/perawat/PPA
	10.	Pengembangan inovasi tidak sejalan dengan inovasi yang ada	T	Mengembangkan produk baru yang sesuai dengan selera dan kebutuhan masyarakat

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko	Mitigasi Risiko
	11.	Tidak semua KSM menerapkan hasil penelitian, penelitian masih bersifat pengulangan , penelitian masih bersifat laboratorium, kesulitan birokrasi dalam penerapan penelitian)	M	Membuat batasan-batasan untuk penelitian mengenai judul penelitian
	12.	Publication charge yang mahal, harus memakai bahasa inggris untuk publikasi nasional, harus terindex scopus	M	Menyediakan dana khusus penelitian
Terwujudnya proses yang bermutu	13.	Ketidakdisiplinan SDM dalam waktu pelayanan	M	- Punishment/Reward yang sesuai Program Visite Warning system
	14.	Kesadaran dan kedisiplinan staf dalam menjalankan CP	E	- Membuat aturan yang ketat
	15.	Kurangnya kepatuhan cuci tangan	R	Sosialisasi kepada seluruh pegawai RSHS dan memberi edukasi secara terus menerus
	16.	Tidak termasuk dalam kasus yang ditanggung seluruhnya oleh BPJS atau asuransi lain	R	Membatasi pasien BPJS dengan system yang tidak merugikan masyarakat
Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	17.	Kurangnya jumlah SDM	R	Pemetaan SDM sesuai ABK
Terpenuhinya Standar SPA	18.	Maintenance tidak efektif	M	Membuat timeline yang baik sesuai dengan umur, kelayakan dan utiliasi alat
	19.	Perencanaan maintenance tidak sesuai	T	Mapping kembali alat yang dibutuhkan dan yang sudah tidak terpakai
	20.	Sarpras yang dibutuhkan tidak terdaftar dalam e-catalogue	M	Menyesuaikan alat dengan e-catalogue
	21.	Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete	M	Mengganti dengan alat yang baru dan canggih
	22.	Terbatasnya alokasi dana pusat	T	Membuat prioritas alat yang dibutuhkan dan menguntungkan

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko	Mitigasi Risiko
Meningkatnya employee engagement	23.	Kurang disiplinnya DPJP dalam melaksanakan Pelayanan	T	Aturan yang ketat untuk SDM
	24.	Kurangnya dana pengembangan SDM	M	Inhouse training
Terlaksananya Lean Culture	25.	Lean project tidak tercapai	T	Membuat tim khusus untuk project
	26.	Kurang optimalnya proses kegiatan		Proses kegiatan dilakukan menggunakan sumber daya yang ada
Meningkatnya pendapatan	27.	Minimnya persentase pembayaran dari BPJS	E	Optimalisasi satgas RSHS
	28.	Tidak ada lagi revenue/sumber dana selain dari pasien	T	Meningkatkan pelayanan Rawat Inap Khusus
	29.	Ketidaklengkapan rekam medis	E	Pemberlakuan sistem rekam medik elektronik
Tercapainya Efisiensi Biaya operasional	30.	Meningkatnya biaya operasional	M	Mengkaji kebutuhan sesuai dengan prioritas
	31.	Kegagalan dalam perencanaan anggaran biaya operasional	M	Melakukan desk internal melalui workshop Penyempurnaan sistem perencanaan
	32.	Inflasi	M	Memperketat pengeluaran

BAB III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS

3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi dan Tata Nilai

RSHS memiliki visi dan Misi menjabarkan Rumusan Visi dan Misi Pemerintah Kabinet Indonesia Maju 2020-2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, Berlandaskan gotong royong. Maka Visi dan Misi RSHS yaitu :

Visi RSHS :

"MENJADI RUMAH SAKIT YANG MANDIRI DENGAN LAYANAN PRIMA PADA TAHUN 2024"

Misi RSHS :

"MENYELENGGARAKAN PELAYANAN KESEHATAN PARIPURNA DAN PRIMA, YANG TERINTEGRASI DENGAN PENDIDIKAN DAN PENELITIAN"

Rumusan Tata Nilai

PAMINGPIN PITUIN

Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas

RSHS sepakat untuk meneruskan tata nilai PAMINGPIN PITUIN karena rumusan nilai ini menggambarkan siapa RSHS dan budaya Jawa Barat. Nilai ini menjadi panutan manajemen dan karyawan RSHS dalam memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien, keluarga pasien dan sesama karyawan.

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 responsive
Unggul	keinginan untuk menjadi yang terbaik dan menghasilkan kualitas prima
Integritas	nilai yang menggambarkan kejujuran, amanah dan menjunjung etika yang tinggi dalam menjalankan tugas

3.2 Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti

Bagian ini menyajikan informasi tentang harapan dan kekhawatiran yang menjadi prioritas para *stakeholders* utama RSHS pada kurun waktu tahun 2020-2024. Tabel 2.32 menyajikan informasi harapan dan kekhawatiran yang menjadi prioritas para *stakeholders* utama terhadap RSHS.

Tabel 3.1 Harapan dan Kekhawatiran Utama *Stakeholder* Utama

No	*Stakeholder*	Harapan
1	Kementerian Kesehatan	- Kontribusi yang luas untuk mencapai program Nasional (AKI, AKB, Stunting dan TBC) - Membangun konsep AHS terkait jejaring - Menggali potensi pelayanan yang dapat menjadi sumber pendapatan - Pengembangan layanan berbasis teknologi informasi - Melakukan promosi melalui pelayanan dasar "*value added*" - Pengembangan Sumber Daya Manusia untuk mendukung pengembangan pelayanan - Peningkatan budaya kerja organisasi - Pengembangan pelayanan tradisional

No	*Stakeholder*	Harapan
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 3. 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

3.3 Rancangan Peta Strategi Balanced Scorecard (BSC)

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 2020-2024. Peta strategi RSHS periode tahun 2020-2024 disusun atas 10 (sepuluh) jenis sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan pada analisa TOWS sebagai berikut:

1. Meningkatnya kepuasan pelanggan
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
3. Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi
4. Terwujudnya proses yang inovatif
5. Terwujudnya proses yang bermutu
6. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
7. Terpenuhinya Standar SPA

8. Meningkatnya employee engagement
9. Terlaksananya Lean Culture
10. Meningkatnya pendapatan
11. Tercapainya Efisisensi biaya operasional

Gambar 3.1 Peta Strategi RSHS 2020-2024

Sasaran strategis yang diperlukan pada perspektif finansial adalah meningkatnya pendapatan dan efisiensi biaya operasional yang hanya bisa ditempuh jika RSHS mampu meningkatkan kepuasan pasien dan dapat meningkatnya derajat kesehatan masyarakat pada perspektif

stakeholder. Untuk mewujudkan kedua sasaran strategis tersebut, perlu terlebih dahulu mewujudkan proses bisnis dan internal melalui tiga aspek yaitu a) meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi, b) Terwujudnya proses yang inovatif, c) Terwujudnya proses yang bermutu. Dari perspektif *learning and growth* atau bisa disebut juga pengembangan personil dan organisasi, hal tersebut dicapai melalui pencapaian terpenuhinya standar SPA, meningkatnya employee engagemet, dan terlaksananya lean culture.

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*).

3.4 Indikator Kinerja Utama

A. Matriks IKU

Berdasarkan peta strategi yang telah ditetapkan sebagai bingkai arah dan prioritas strategis RSHS, maka dapat disusun Indikator Kinerja Utama atau KPI (*Key Performance Indicator*), target IKU dan *Person in Charge* (PIC) atas suatu IKU. Berbagai jenis IKU telah dirumuskan untuk RSB RSHS periode tahun 2020-2024. Sebagian jenis IKU adalah bertipe *outcome*, dan lainnya bertipe *output*, proses, dan *input*. IKU berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. IKU berjenis *outcome* merupakan indikator kinerja utama yang mengukur keberhasilan RSHS untuk menghasilkan sasaran strategis tertentu. Jenis IKU *outcome* hanya bisa diwujudkan bila ditunjang oleh berbagai IKU berjenis *output*, yang berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan keluaran suatu sasaran strategis pada peta strategis. Berbagai IKU bertipe proses merupakan kumpulan indikator keberhasilan sasaran strategis yang dibutuhkan untuk mewujudkan IKU bertipe *output*. Dalam buku ini, IKU bertipe proses hanya bisa diwujudkan bila RSHS mewujudkan IKU 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 3.1 menggambarkan berbagai IKU untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi RSHS periode tahun 2020-2024.

Tabel 3. 2 Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)

Tujuan	Perspektif	Sasaran Strategis	No	IKU
Peningkatan Kualitas Pelayanan dan Derajat Kesehatan Masyarakat	Stakeholder	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1.	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
		Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2.	Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit
			3.	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)
Peningkatan pelayanan kesehatan yang Inovatif dan Prima	Proses Bisnis internal	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	4.	Persentase utilisasi ruangan operasi
		Terwujudnya proses yang inovatif	5.	Jumlah hasil penelitian yang diterapkan pertahun
			6.	Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)
		Terwujudnya proses yang bermutu	7.	Persentase kejadian infeksi daerah operasi
			8.	Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit
			9.	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari

			10.	Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP
			11.	Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker
			12.	Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun
		Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	13.	Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam
Peningkatan Sumber Daya Kesehatan	Pembelajaran dan Pertumbuhan	Terpenuhinya Standar SPA	14.	Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)
			15.	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)
		Meningkatnya employee engagement	16.	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai
		Terlaksananya Lean Culture	17.	Jumlah keberhasilan Lean Project yang terlaksana
Peningkatan Capaian Pertumbuhan Pendapatan	Finansial	Meningkatnya pendapatan	18.	Pertumbuhan pendapatan pertahun
			19.	Persentase berkas pasien BPJS layak klaim
		Tercapainya Efisisensi biaya operasional	20.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional

Person in Charge (PIC) menggambarkan penanggung jawab utama terhadap pencapaian suatu jenis IKU dalam menilai tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi RSHS periode tahun 2020-2024. 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 3.3 menggambarkan informasi target IKU tiap tahun dan PIC terkait

Tabel 3.3 Matriks IKU

No	IKU	PIC	Baseline (2019)	TARGET				
				2020	2021	2022	2023	2024
1.	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	Direktur Umum dan Operasional	82	83	83	84	84	85
2.	Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	Direktur Medik dan Keperawatan	36%	50%	45%	20%	20%	20%
3.	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	Direktur Medik dan Keperawatan	74‰	72‰	67‰	≤ 64‰	≤ 61‰	≤ 56‰
4.	Persentase utilisasi ruangan operasi	Direktur Medik dan Keperawatan	61,70%	70%	52%	65%	70%	75%
5.	Jumlah hasil penelitian yang diterapkan pertahun	Direktur SDM dan Pendidikan	-	3	5	7	9	11
6.	Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	Direktur Medik dan Keperawatan	0%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Persentase kejadian infeksi daerah operasi	Direktur Medik dan Keperawatan	1,30%	≤2%	≤2%	≤1,5%	≤1%	≤1%
8.	Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	Direktur Medik dan Keperawatan	75%	77%	80%	83%	85%	90%
9.	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	Direktur Medik dan Keperawatan	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2
10.	Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	Direktur Medik dan Keperawatan	80%	84%	84%	90%	92%	95%
11.	Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker	Direktur Medik dan Keperawatan	%	100	20%	35%	40%	50%
12.	Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	Direktur Medik dan Keperawatan	60%	65%	70%	70%	70%	75%
13.	Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam	Direktur Medik dan Keperawatan	26%	50%	60%	100%	100%	100%
14.	Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	Direktur Umum dan Operasional	63,46 %	65%	67%	70%	72%	74%
15.	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Direktur Umum dan Operasional	76 %	77%	78%	79%	80%	81%
16.	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	Direktur SDM dan Pendidikan	78 %	80%	82%	84%	84%	85%
17.	Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana	Direktur Umum dan Operasional	t.a	4	4	4	4	4
18.	Pertumbuhan pendapatan pertahun	Direktur Keuangan	>1%	3%	1%	2%	2%	3%
19.	Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	Direktur Keuangan	75%	78%	80%	90%	92%	95%
20.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	Direktur Keuangan	69%	85%	76%	80%	83%	85%

B.KAMUS IKU

Kategori Indikator: ☑ **Perbaikan Prioritas** ☐ **Strategis (RS)** ☐ **KSM/Instalasi**	**JUDUL INDIKATOR 1** **Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat**	**Jenis Indikator (Pilih salah satu)** ☐**Struktur** ☐ **Proses** ☑ **Outcome** ☐ **Proses dan outcome**
Numerator: - **Denominator:** - **Formula:** Total dari nilai persepsi per unsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang **Sumber data:** Hasil survei kepuasan pelanggan di rawat inap, rawat jalan, Intensif, penunjang dan IGD	**Definisi Operasional:** Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat adalah nilai, data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Unsur yang dinilai antar lain : 1. Persyaratan Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. 2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan. 3. Waktu Penyelesaian	**Dimensi Mutu:** ☐ **Safe** ☐ **Effective** ☑ **Patient centered** ☐ **Timely/accesible** ☐ **Efficient** ☐ **Equitable**

	Waktu penyelesaian adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. 4. Biaya/Tarif *) Biaya/Tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat. 5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. -9- Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan. 6. Kompetensi Pelaksana **) Kompetensi Pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman. 7. Perilaku Pelaksana **) Perilaku Pelaksana adalah sikap petugas dalam memberikan pelayanan. 8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan Penanganan pengaduan, saran dan masukan, adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut. 9. Sarana dan prasarana Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan,	

	proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung). Nilai penimbang adalah Jumlah bobot terhadap 9 (Sembilan) unsur pelayanan yang dikaji	
	Alasan Pemilihan Indikator: Mengacu pada : - Instrumen Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang diterbitkan oleh Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik - SPO No. X/2/0.9/0010 tanggal 7 Januari 2019 yang ditandatangani oleh Direktur Utama	**Tujuan:** Mengidentifikasi kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di setiap unit-unit layanan
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☐ 3 Bulanan ☑ 6 Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☐ Retrospektif ☑ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** □ Harian ☐ Mingguan ☐ Bulanan ☑ Lainnya, sebutkan: Semesteran
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel

	☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☐ populasi < 64 → total sampling ☑ Lainnya, : perhitungan sample tersendiri
Kriteria Inklusi : - Semua pengunjung/pasien yang mendapatkan pelayanan di Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Intensif dan penunjang **Kriteria Eksklusi: -**	
Penanggungjawab indikator: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum **Pengumpul data indikator :** Bagian Hukormas	**Area Monitoring:** Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Intensif dan penunjang
Standar Indikator: 80 **80 (**Standar penilaian IKT**)** **Target Indikator** **82** (Baseline tahun 2020)	

2020	2021	2022	2023	2024
83	83	84	84	85

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data t: 1) Data diambil dari kuesioner yang disebarkan 2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap semester 3) Melaporkan hasil analisa data ke Direktur Utama
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.
Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☐ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☑ Proses SMF/Instalasi	KAMUS INDIKATOR 2 Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah kematian ibu tahun berjalan **Denominator:** Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya **Formula:** 100% - [{(Jumlah kematian ibu tahun berjalan / Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya)} x 100%] **Sumber data:**	**Definisi Operasional:** Kematian ibu adalah kematian ibu hamil, bersalin sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait langsung dengan oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh penyebab tidak langsung, kecelakaan/cedera, Covid-19, dan Dead On Arrival (DOA) **Penyebab langsung (direct obstetric deaths)** Kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan (pada saat hamil, melahirkan, dan nifas) dan karena intervensi, kelalaian, tatalaksana yang tidak sesuai, atau dari serangkaian kejadian yang disebabkan oleh hal tersebut. Contoh Perdarahan, tekanan darah	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☑ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

Data Divisi Obstetri Ginekologi Sosial	tinggi dalam kehamilan, Komplikasi anestesi atau seksio sesarea **Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)** Kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit/kondisi yang telah ada sebelum kehamilan atau penyakit yang memberat selama kehamilan dan tidak disebabkan oleh penyebab langsung, tetapi diperberat oleh efek fisiologis selama kehamilan. Contoh: Penyakit jantung, Penyakit ginja.	
	Alasan Pemilihan Indikator: Dapat memprediksi jumlah kematian ibu **Dasar Pemikiran:** Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengetahui prediksi jumlah kematian ibu sehingga menghasilkan kebijakan atau kegiatan untuk mengurangi jumlah kematian ibu	**Tujuan:** Untuk mengetahui jumlah kematian ibu dalam setiap triwulan
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☐ Bulanan ☑ Lainnya : Triwulan **Cara Pengumpulan Data:**		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☐ Bulanan ☑ Lainnya, sebutkan: Triwulan

Pilih salah satu: ☑ Retrospektif ☐ Konkuren	
Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….	**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Semua kematian ibu yang disebabkan karena kehamilan, persalinan sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya **Kriteria Eksklusi:** Kematian ibu yang disebabkan oleh kecelakaan/cedera.	
Penanggungjawab indikator: dr. Dini Hidayat, SpOG(K), MKes **Pengumpul data indikator:** dr. Windi Nurdiawan, SpOG(K), MKes	**Area Monitoring:** Rumah Sakit Hasan Sadikin

Target Indikator

Baseline : 36

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
50%	45%	20%	20%	20%

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

1) Data diambil dari bagian Divisi Obstetri Ginekologi Sosial
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap triwulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS

Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data:

Judul Indikator :
Angka Kematian Ibu

Bulan : November
Ruangan : Alamanda, ICU

Pengumpul Data : Jaeni Pringgowibowo

Instalasi : Obstetri dan Ginekologi

No	Mother's Name	Admission	Time of Death	Diagnose
1	Ny. Ati Kusmiati	27 Sep 2020 10.35	7 Nov 2020 21.00	G5P3AI gravida 31-32 minggu ; ketuban pecah dini ; post post laparotomy eksplorasi 2x

Nama & Tanda Tangan Pengumpul Data

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	**JUDUL INDIKATOR 3** **Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)**	**Jenis Indikator (Pilih salah satu)** ☐Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: **Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari** **Denominator:** **Jumlah kelahiran hidup** **Formula:** $\frac{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Dini}}{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Lahir Hidup}} \times 1000$ **Sumber data:** Data divisi Neonatologi KSM IKA	**Definisi Operasional:** Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☑ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable
	Alasan Pemilihan Indikator: Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) tekait pelayanan Antepartum, Intrapartum, dan tatalaksana The First Golden Week	**Tujuaan:** Mendapat data dasar untuk rencana perbaikan AKND

	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) mencakup 2/3 Angka Kematian Neonatal (AKN) AKN mencakup 2/3 Angka Kematian Bayi (AKB)	
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ 3 Bulanan ☐ Tahunan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi : …… **Kriteria Eksklusi: ……**		
Penanggungjawab indikator: Direktur Medik dan Keperawatan		**Area Monitoring:**

Pengumpul data indikator : Divisi Neonatologi, KSM Ilmu Kesehatan Anak	**IGD, NICU, Anturium, OK, Ruang Bersalin**

Standar Indikator: 74 ‰

74 ‰ (Baseline tahun 2019**)**

Target Indikator :

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
72 ‰	67 ‰	≤ 64 ‰	≤ 61‰	≤56‰

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

1) Data diambil dari bagian Divisi Neonatologi, KSM Ilmu Kesehatan Anak
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 4 Persentase Utilisasi Ruang Operasi	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: : Jumlah Waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi **Denominator:** Jumlah waktu kerja efektif **Formula:** Numerator Dibagi Denominator Dikali 100% **Sumber data:** Data Base Kamar Operasi	**Definisi Operasional:** Utilisasi kamar operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☑ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

<table>
<tr><td></td><td>Alasan Pemilihan Indikator:
• Mengurangi list antrian pasien tindakan operasi elektif di setiap KSM, Meningkatkan pendapatan Rumah Sakit, Melihat aspek/area sekitar kamar operasi yang belum optimal sehingga dapat lebih ditingkatkan kembali penggunaannya</td><td>Tujuan:
- Menilai utilisasi ruangan operasi
- Menilai efisiensi sumber daya yang ada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Periode Waktu Pelaporan:
Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya

Metodologi Pengumpulan Data:
Pilih salah satu:
☑ Retrospektif ☐ Konkuren</td><td>Frekuensi Pengumpulan Data
☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Rencana penggunaan grafik indikator
☑ grafik garis ☐ grafik pie
☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….</td><td>Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):
☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel
☐ populasi 320-639 → 20% populasi
☐ populasi 64-319 → 64 sampel
☑ populasi < 64 → total sampling</td></tr>
<tr><td colspan="3">Kriteria Inklusi:
Semua pasien operasi elektif yang dilakukan operasi di dalam kamar operasi di COT lantai 3</td></tr>
</table>

Kriteria Eksklusi:
Pasien operasi elektif yang batal dilakukan operasi di kamar operasi hari itu

Penanggungjawab indikator: Kepala IBS

Pengumpul data indikator: dr. Alma Wijaya, SpB

Area Monitoring:
Ruang pemulihan

Standar Indikator:

Target Indikator
61.70% (Baseline 2019)

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
70%	52%	65%	70%	75%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:
Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

1) Data diambil dari dokumen pelayanan kamar operasi
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 5 Jumlah Penelitian yang diterapkan per tahun KODE INDIKATOR	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☑ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh direktur terkait. **Denominator:** Tdak ada **Formula:** Menghitung jumlah penelitian yang diterapkan pada tahun berjanan **Sumber data:** Laporan penelitian yang diterapkan	**Definisi Operasional:** Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS. Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun. Penelitian tidak harus dipublikasikan.	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable
	Alasan Pemilihan Indikator: Memberikan gambaran yang nyata tentang proses perubahan atau pembaharuan berdasarkan penelitian yang dilakukan secara ilmiah	**Tujuan:** Melaksanakan perubahan atau pembaharuan berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSHS baik penelitian medis maupun penelitian non-medis

Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☐ 3 Bulanan ☑ Lainnya (tahunan) **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☐ Bulanan ☑ Lainnya, sebutkan: tahunan
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Penelitian yang didanai dan dilakukan di RSHS oleh staf medis maupun staf non medis dimana hasil penelitiannya diterapkan di RSHS dalam Tindakan medis maupun non-medis **Kriteria Eksklusi:** Penelitian yang dilakukan di RSHS dengan Kerjasama khusus dari sponsor yang memiliki hak paten		
Penanggungjawab indikator: Kabag DIKLIT		**Area Monitoring:**

Pengumpul data indikator: KaSubBag DIKLIT	DIKLIT

Standar Indikator:
Indikator Baru (Tidak ada baseline)
Target Indikator :

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
3	5	7	9	11

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data: Data dikumpulkan dari pengajuan penelitian, data penelitian yang telah diselesaikan dan data penelitian yang diterapkan

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat triwulanan
b. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☐ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☑ Proses SMF/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 6 Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR **Denominator:** Jumlah pasien yang dilayani **Formula:** (Jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR dibagi Jumlah pasien yang dilayani) dikali 100%	**Definisi Operasional:** Electronic Medical Record (EMR) atau Rekam Medis Elektronik adalah catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dalam bentuk elektronik. Pelayanan pasien adalah asesmen dan asuhan yang diberikan pada pasien yang harus didokumentasikan dalam rekam medis Pelayanan pasien yang didokumentasikan meliputi: - Asesmen - Tindakan - Pemeriksaan penunjang - Peresepan obat	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☑ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

Sumber data: SIRS	- Ringkasan pulang - Rujukan internal/eksterna	
	Alasan Pemilihan Indikator: Informasi kesehatan yang ada di dalam RME yang terdiri dari riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, informasi tagihan pembayaran, pemberian obat dan demografi pasien agar dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS sesuai tugasnya. **Dasar Pemikiran:** Informasi Kesehatan dalam RME harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS	**Tujuan:** Rumah sakit memiliki RME yang terintegrasi lengkap dan diterapkan di semua pelayanan, antara lain: 1. Pelayanan Gawat Darurat 2. Pelayanan Rawat Jalan 3. Pelayanan Rawat Inap 4. Pelayanan Laboratorium 5. Pelayanan Farmasi 6. Pelayanan Radiologi
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:

Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……..	**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Sistem RME RSUP Dr. Hasan Sadikin **Kriteria Eksklusi:** -	
Penanggungjawab indikator: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang **Pengumpul data indikator:** Bidang Pelayanan Penunjang	**Area Monitoring:** 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Laboratorium Klinik 5. Instalasi Farmasi 6. Instalasi Radidiagnostik
Standar Indikator: **Indikator Baru (Tidak ada baseline)**	

Target Indikator

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
100%	100%	100%	100%	100%

(Berdasarkan referensi atau baseline)

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

1) Data diambil dari Bidang Pelayanan Penunjang secara konkuren
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik batang dan dilaporkan perkembangannya setiap bulan
3) Data yang sudah diolah dilakukan analisis setiap tiga bulan
4) Melaporkan hasil pengumpulan data dan analisis data kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja
b. Laporan bulanan dari Bidang Pelayanan Penunjang kepada Pimpinan RS ditembuskan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS

Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data: -

Kategori Indikator: ☐ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☑ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 7 Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) KODE INDIKATOR	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: (Jumlah kasus infeksi daerah operasi klasifikasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi) dalam satu bulan (orang) **Denominator:** Jumlah kasus operasi klasifikasi Bersih dan Bersih terkontaminasi dalam Bulan yang sama **Formula:** (Jumlah kasus infeksi daerah operasi klasifikasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi dalam satu bulan (orang) / Jumlah kasus operasi klasifikasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi) x 100%	**Definisi Operasional:** Infeksi Daerah Operasi (IDO)/Surgical Site Infection (SIS) adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah. Kriteria IDO adalah : A. Cairan purulent keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia, B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic, C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda	**Dimensi Mutu:** ☑ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

Sumber data: Rekam medik pasien rawat yang dilakukan operasi klasifikasi bersih & bersih terkontaminasi	infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi (spesifik)	
	Alasan Pemilihan Indikator: IDO merupakan salah satu indikator Hais yang harus di pantau	**Tujuan:**
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ 1 Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ Populasi ≥ 640 → 128 sampling ☐ Populasi 320-639 →20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ Populasi < 64 → total sampling

Kriteria Inklusi:
Semua pasien dengan kasus operasi bersih dan bersih terkontaminasi

Kriteria Eksklusi:
Pasien dengan klasifikasi operasi tercemar dan operasi kotor / infeksi, operasi diluar RSHS dan prosedur sirkumsisi, stitch abscess

Penanggungjawab indikator: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien **Pengumpul data indikator:** Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	**Area Monitoring:** Unit yang terkait dalam pelayanan klinis prioritas

Standar Indikator:
1,30% (Baseline tahun 2019**)**

Target Indikator

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
≤2%	≤2%	≤1,5%	≤1%	≤1%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

1. Rencana Pengumpulan Data:
   a. Pengumpul data IPCN dibantu IPCLN melakukan Surveilans aktif dengan melihat manifestasi klinis dari pasien yang dilakukan operasi
   b. Apabila pasien menunjukan gejala klinis sesuai Definisi Operasional kemudian IPCN di bantu IPCLN melaporkan kondisi ke dokter yang bertanggung jawab (DPJP)/ Champion PPI
   c. Dokter melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium (Kultur PUS)
   d. Apabila tanda dan gejala serta data penunjang mendukung ke arah IDO maka dokter DPJP menulis diagnosa IDO di rekam medik

e. IPCN dibantu IPCLN Memasukan data pasien yang sudah didiagnosa IDO oleh Dokter dan semua pasien yang dilakukan operasi di surveilans harian HAIs secara komputer/online f. IPCN melakukan rekapitulasi data bulanan dari ruangan g. IPCN menghitung angka kejadian IDO dengan Formula : Jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) : Jumlah seluruh pasien operasi x 100% = ___% h. Validator oleh Ketua komite atau wakil komite PPIRS terhadap data yang dikumpulkan oleh pengumpul data IPCN d. Validator melakukan validasi data disesuaikan dengan yang ada di rekam medik e. IPCN melakukan analisis data 2. Rencana Analisis a. Analisis dilakukan dengan membandingkan data dari waktu ke waktu, dengan standar atau dengan rumah sakit lain. b. Analisis dilakukan oleh Komite PPIRS dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat bulanan staf b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada SMF/Instalasi c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.
Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 8 Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit **Denominator:** Seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan **Formula:** (Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit, dibagi jumlah seluruh pasien yang terdaftar) dikali seratus persen. **Sumber data:** Poliklinik dan Rekam Medis Rawat Jalan	**Definisi Operasional:** Persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit, dari seluruh pasien terdaftar di rawat jalan	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☑ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

	Alasan Pemilihan Indikator: Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama RSHS	**Tujuaan:** Menjamin Proses yang Bermutu
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☑ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☐ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi : - Pasien yang hadir sesuai jadwal saat daftar online **Kriteria Eksklusi: -** Pasien tidak datang sesuai jam yang ditetapkan saat pendaftaran online		
Penanggungjawab indikator: Direktur Medik dan Keperawatan **Pengumpul data indikator :** Kapala Instalasi Rawat Jalan		**Area Monitoring:** Rawat Jalan
Standar Indikator: 75% **75% (**Baseline tahun 2019**)** **Target Indikator :**		

2020	2021	2022	2023	2024
77%	80%	83%	85%	90%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

a. Data diambil dari pendaftaran rawat jalan
b. Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik batang dan dilaporkan setiap bulan
c. Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 9 Waktu tunggu Sebelum Operasi elektif < 2 hari	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☑ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah seluruh waktu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan **Denominator:** Jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif **Formula:** $WTO = \frac{N}{D}$ **Sumber data:** Instalasi bedah central dan instalasi rawat inap, sampling jumlah pasien > 50 pasien	**Definisi Operasional:** Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari adalah rata-rata waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan Sejak pasien masuk rawat inap adalah waktu saat pasien masuk rawat inap berdasarkan waktu yang tertera di formulir ringkasan masuk dan keluar rawat inap, pada kolom masuk rawat inap Sampai operasi dilaksanakan adalah waktu saat pasien diterima oleh petugas kamar operasi berdasarkan waktu (jam) yang tertera di formulir daftar tilik keselamatan operasi (DTKO) pada kolom sign in	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☑ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

	Kriteria Penilaian untuk perhitungan WTE : ● WTO ≤ 2 hari, skor = 2 ● WTO < 3 hari, skor = 1,5 ● WTO < 5 hari, skor = 1 ● WTO > 5 hari, skor = 0,5	
	Alasan Pemilihan Indikator: Antrian operasi yang lama	**Tujuaan:** Menghitung efektivitas waktu operasi
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ 1 Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☑ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☐ populasi < 64 → total sampling

Kriteria Inklusi : - **Kriteria Eksklusi: -**	
Penanggungjawab indikator: Direktur Medik dan Keperawatan **Pengumpul data indikator :** Instalasi Rawat Inap	**Area Monitoring:** **Pelayanan Rawat Inap**

Standar Indikator:
< 2 hari (Berdasarkan Perdirjenpb Nomor : Per-24/PB/2018) ==> konvenrsi hari menjadi Skor

Target Indikator
63 jam (Baseline 2019)

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
1,5	1,5	1,5	1,5	2

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

1. Pengumpul data mengumpulkan hasil capaian di tiap unit perawatan

2. Pengumpul data mengidentifikasi capaian yang telah mencapai standar selama 3 bulan berturut-turut 3. Pengumpul data menghitung capaian sesuai formula 4. Pengumpul data melaporkan hasil capaian indikator kepada penanggungjawab indikator untuk disampaikan ke Direktur Utama RSHS
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.
Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☐ Proses SMF/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 10 Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☑ Proses dan outcome
Numerator: [(jumlah visite pasien ≤ pukul 10.00 x 100) + (jumlah visite pasien > jam 10.00 sd. 12.00 x 50) + (jumlah visite pasien > jam 12.00 x 0) pada hari kerja] **Denominator:** jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja **Formula:** {[(jumlah visite pasien ≤ pukul 10.00 x 100) + (jumlah visite pasien > jam 10.00 sd. 12.00 x 50) + (jumlah visite pasien > jam 12.00 x 0) pada hari kerja] dibagi jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja} dikali 100 **Sumber data:** Database SIMRS ==> Data visite DPJP rawat inap laporan	**Definisi Operasional:** Kepatuhan Waktu visite dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari pada hari kerja. Kategori visite DPJP : 1. Visite ≤ pukul 10.00, nilai 100 2. Visite > pukul 10.00 sampai dengan pukul 12.00, nilai 50 3. Visite > pukul 12.00 dan tidak divisite, nilai 0	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☑ Patient centered ☑ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable

	Alasan Pemilihan Indikator: Infikator Kinerja Terpilih TA 2021 **Dasar Pemikiran:** • Representasi pelayanan rawat inap	**Tujuan:** Terwujudnya kepatuhan DPJP terhadap ketepatan waktu melaksanakan visite pada pasien di ruang perawatan
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel

	☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Pasien pertama yang divisite oleh DPJP **Kriteria Eksklusi:** Pasien yang baru masuk rawat inap pada hari visite tersebut; Psien yang sudah dinyatakan pulang pada H-1; dan Pasien yang divisite pada hari libur	
Penanggungjawab indikator: Direktur Medik dan Keperawatan **Pengumpul data indikator: SIRS**	**Area Monitoring: Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Paviliun Parahyangan**
Standar Indikator: **Standar Indikator: 80%** **Baseline : 80%**	

2020	2021	2022	2023	2024
84%	84%	90%	92%	95%

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

5) Data diambil dari SIRS
6) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan
7) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

d. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja
e. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
f. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS

Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☐ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☑ Proses SMF/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 11 Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☑ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA **Denumerator:** Pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks **Formula:**	**Definisi Operasional:** Deteksi dini kanker serviks adalah pelayanan deteksi dini kanker serviks dengan cara tes IVA (pemberian asam asetat 3-5 % pada serviks) pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☑ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable
	Alasan Pemilihan Indikator: Mengetahui jumlah pasien yang melakukan deteksi dini kanker serviks dan kanker payudara melalui tes IVA dan SADANIS. **Dasar Pemikiran:** Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengetahui jumlah	**Tujuan:** Menjamin proses yang bermutu

Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks **Sumber data:** Data klinik rawat jalan ginekologi onkologi dan klinik rawat jalan bedah onkologi	pasien yang melakukan deteksi dini kanker serviks dan kanker payudara melalui tes IVA dan SADANIS sehingga dapat melakukan evaluasi dan menghasilkan kebijakan atau kegiatan untuk meningkatkan kesadaran untuk deteksi dini kanker serviks dan payudara.	
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑Bulanan ☐ Lainnya : **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:

Rencana Analisis Data:	**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):**
☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……	☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Semua pasien wanita yang datang ke klinik rawat jalan ginekologi onkologi dan klinik rawat jalan bedah onkologi RSHS **Kriteria Eksklusi:** Pasien yang sudah terdiagnosis kanker serviks atau payudara	
Penanggungjawab indikator: Bidang Pelayanan Medik **Pengumpul data indikator:** Tim Kanker	**Area Monitoring:** klinik rawat jalan ginekologi onkologi dan klinik rawat jalan bedah onkologi RSHS

Standar Indikator :

Indikator Baru tidak ada baseline

Target Indikator :

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
100	20%	35%	40%	50%

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data: Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit: 1) Data diambil dari bagian klinik rawat jalan ginekologi onkologi dan klinik rawat jalan bedah onkologi RSHS 2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan grafik batang dan dilaporkan setiap bulan 3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu & Keselamatan pasien dan Bidang Pelayanan Medik
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja b. Laporan bulanan dari Bidang Pelayanan Medik kepada pimpinan RS c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS
Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 12 Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah indikator yg mencapai target **Denominator:** Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur **Formula:** Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100 **Sumber data:** Laporan triwulanan kinerja PMKP	**Definisi Operasional:** **Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas** adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinik klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalaha. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Indikator mutu yang ditetapkan meliputi: 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yang bersumber dari area pelayanan	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable

	2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen 3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan. Target adalah angka atau nilai yang ditetapkan untuk dicapai oleh suatu unsur penilaian/ indikator. Indikator mutu pelayanan klinis dikatakan dikatakan mencapai target jika capaian indikator tersebut telah mencapai standar dan dapat dipertahankan setidaknya selama 3 bulan berturut-turut.	
	Alasan Pemilihan Indikator: Karena keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di Rumah sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Untuk itu ditetapkanlah pelayanan klinis prioritas yang meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit layanan (TKRS 4).	**Tujuaan:** Hasil pengukuran pelayanan klinis prioritas diharapkan dapat memberikan informasi mengenai dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan termasuk biaya yang dipergunakan. (PMKP 7.2).

	Dengan dilakukan evaluasi capaian indikator maka akan dapat diketahui perkembangan dari perbaikan mutu yang telah diukur	
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ 3 Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☑ populasi < 50 → total sampel ☐ Populasi >50 → sampling
Kriteria Inklusi: Semua indikator prioritas pelayanan klinis yang telah ditetapkan oleh direktur RSHS pada periode tahun tersebut yang dibuktikan dengan SK Dirut **Kriteria Eksklusi:**		
Penanggungjawab indikator: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien **Pengumpul data indikator:** Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		**Area Monitoring:** Unit yang terkait dalam pelayanan klinis prioritas

Standar Indikator:

60% (Baseline tahun 2019**)**

Target Indikator :

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
65%	70%	70%	70%	75%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

Rencana Pengumpulan Data untuk tingkat unit:

1) Pengumpul data mengumpulkan hasil capaian dari indikator prioritas yang telah ditetapkan oleh pimpinan RS
2) Pengumpul data mengidentifikasi indikator prioritas yang telah mencapai standar selama 3 bulan berturut-turut
3) Pengumpul data menghitung capaian pencapaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai formula:

$$\frac{\text{Jumlah indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang mencapai target dalam periode tertentu}}{\text{Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur}} \times 100\%$$

4) Pengumpul data melaporkan hasil capaian indikator kepada penanggungjawab indikator untuk disampaikan ke Direktur Utama RSHS

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan staf
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada SMF/Instalasi
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☐ Proses SMF/Instalasi	**JUDUL INDIKATOR 13** **Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam**	**Jenis Indikator (Pilih salah satu)** ☐ Struktur ☑ Proses ☐ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah kasus yang memiliki keputusan final kurang dari 1 jam **Denominator:** jumlah total kasus yang ditindaklanjuti.	**Definisi Operasional:** Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima) ≤ 1 jam.	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☑ Timely/accesible ☐ Efficient ☐ Equitable
Formula: Jumlah kasus yang memiliki keputusan final kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti. **Sumber data:** Database Aplikasi Sisrute	**Alasan Pemilihan Indikator:** • Sisrute merupakan salah satu program prioritas Kemkes • SISRUTE merupakan indiaktor dalam IKT 2022 **Dasar Pemikiran:** • Sisrute merupakan upaya untuk memperbaiki sistem	**Tujuan:** Memberikan pelayanan rujukan yang lebih baik kepada pasien berupa kecepatan dan ketepatan response

	rujukan antar Faskes di Indonesia	
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☐ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Rujukan Masuk Sisrute IGD **Kriteria Eksklusi:**		

1) Duplikasi kasus rujukan masuk, 2) Data tidak lengkap

Penanggungjawab indikator: Kepala Instalasi Gawat Darurat **Pengumpul data indikator: dr. David Hadi Saputra**	**Area Monitoring:** **Instalasi Gawat Darurat**

Standar Indikator: 50%

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
60%	60%	100%	100%	100%

Baseline : 26%

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit:

1) Data diambil dari sisrute by system
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS

Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 14 Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana	Jenis Indikator (Pilih salah satu) Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☑ Proses dan outcome
Numerator: Persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruangan **Denominator:** **2** **Formula:** (Persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruanan) dibagi 2 **Sumber data:** Laporan Kondisi Sarana dan Prasarana	**Definisi Operasional:** Tingkat ketersediaan sarana dan prasarana sesuai Permenkes no. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit. Fasilitas umum adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang memiliki fungsi non spesifik (bukan fungsi layanan medis) Fasilitas ruangan adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang dibatasi oleh bidang-bidang fisik maupun non fisik yang memiliki fungsi spesifik (layanan medis)	**Dimensi Mutu:** ☑ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☐ Efficient ☑ Equitable

	Alasan Pemilihan Indikator: **Mengetahui tingkat pemenuhan persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit**	**Tujuaan:** **Terpenuhinya persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit**
Periode Waktu Pelaporan: Setiap☑1 Bulanan ☐ Lainnya 3 bulan **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☐ Retrospektif ☑Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan: 3 bulan
Rencana penggunaan grafik indikator ☑grafik garis ☐ grafik pie ☑grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi : semua kriteria bangunan dan prasarana standar RS Kelas A **Kriteria Eksklusi:……**		
Penanggungjawab indikator: Direktur Perencanaan, Operasional dan Umum **Pengumpul data indikator:** Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)		**Area Monitoring:** **seluruh bangunan dan prasarana rumah sakit**
Standar Indikator: **63,46% (**Baseline tahun 2019**)**		

Target Indikator

2020	2021	2022	2023	2024
65%	67%	70%	72%	74%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

Rencana Pengumpulan Data untuk tingkat unit:

1. Pengumpul data mengumpulkan hasil capaian dari tiap Instalasi
2. Pengumpul data mengidentifikasi capaian yang telah mencapai standar selama 3 bulan berturut-turut
3. Pengumpul data menghitung capaian sesuai formula
4. Pengumpul data melaporkan hasil capaian indikator kepada penanggungjawab indikator untuk disampaikan ke Direktur Utama RSHS

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan staf
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada SMF/Instalasi
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☐ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☑ Proses SMF/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 15 Persentase Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: **Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100%** **Denominator:** **Jumlah alat yang dihitung nilai OEE** **Formula:** 1. OEE per alat = (Ke x Ki x Ku) x 100% 2. Persentase Keandalan Peralatan Medis dan Non-Medis (OEE) = Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100%	**Definisi Operasional:** Kehandalan peralatan medis dan non medis (Overall Equipment Effectiveness – OEE) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses. Ketersediaan (Ke, *availability*) : adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam	**Dimensi Mutu:** ☑ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable

dibagi jumlah alat yang dihitung nilai OEE nya **Sumber data:** Buku catatan kegiatan pelayanan unit penunjang	rentang waktu yang telah ditentukan Kinerja (Ki, *performance*) : adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi. Kualitas (Ku, *quality*) : adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar	
	Alasan Pemilihan Indikator: Peralatan medis dan non medis yang berdampak pada pelayanan/ pendapatan rumah sakit diukur tingkat kehandalannya **Dasar Pemikiran:** Peralatan medis dan non medis canggih agar dapat memberikan keamanan, efisiensi dan pendapatan RS perlu diukur	**Tujuan:** Tercapai tingkat kehandalan sarana dan prasarana alat medis dan non medis yang baik

	kehandalannya, antara lain untuk peralatan : - Instalasi Radiologi: MRI, MSCT Hitachi 128, MSCT Siemens Somatom Definition Flash 128, X-Ray DR Caresteam DRX Evolution Plus, X-Ray DR Panoramic Instrumentarium - Instalasi Radoterapi: Linac, Cobalt, TPS, Pesawat Simulator, Pesawat Microselection - Instalasi Binatu : Mesin cuci CO - Instalasi CSSD: sterilisator steam - Instalasi Kedokteran Nuklir: Camera Gamma	
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** □Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:

Rencana Analisis Data:	**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):**
☑ grafik garis ☐ grafik pie ☐ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……	☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling

Kriteria Inklusi:

Peralatan medis dan non medis yang memenuhi kriteria OEE yang ditetapkan oleh Direktur Utama

Kriteria Eksklusi:

Peralatan medis dan non medis yang tidak masuk dalam kriteria pengukuran OEE

Penanggungjawab indikator: **Pengumpul data indikator:**	**Area Monitoring:**

Standar Indikator:

76% (Baseline tahun 2019)

Target indikator :

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
77%	78%	79%	80%	81%

(Berdasarkan referensi atau baseline)

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

Tahapan Pengumpulan dan Analisis data untuk tingkat unit: 4) Data diambil dari Instalasi Fasilitas Medis 5) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan 6) Data yang sudah diolah dianalisis setiap bulan 7) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien.
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: d. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja e. Laporan bulanan dari Instalasi Fasilitas Medis kepada pimpinan RS dan ditembuskan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien f. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS g.
Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator:	JUDUL INDIKATOR 16	Jenis Indikator (Pilih salah satu)
☐ **Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS)** ☑**Proses SMF/Instalasi/ Bagian**	***Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai***	☐ **Struktur** ☐ **Proses** ☑ **Outcome** ☐ **Proses dan outcome**
Numerator : Jumlah nilai yang diperoleh **Denomjnator :** Jumlah nilai maksimal **Formula:** $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{\text{Jumlah Nilai Maksimal}} x\ 100$ **Sumber data:** Sampel kuoesioner kepuasan pegawai dari unit kerja di lingkungan RSHS	**Definisi Operasional:** Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi : 1. Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS 2. Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS 3. Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS 4. Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS 5. Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS 6. Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS	**Dimensi Mutu:** ☐ **Safe** ☐ **Effective** ☑**Patient/klien centered** ☐ **Timely/accesible** ☐ **Efficient** ☐ **Equitable**

	7. Kepuasan terhadap Reward/ kompensasi di RSHS Data dan informasi diperoleh dari quesioner yang diisi oleh pegawai RSHS sesuai kriteria inklusi. Analisis dilakukan dengan menginterpretasikan pernyataan dari pegawai PNS dan non PNS. Dijelaskan juga bahwa masing2 indikator ada rentang nilai yang hrs dipilih oleh responden. Kemudian bagaimana menghitung nilai yg diperoleh dan nilai maksimal	
	Alasan Pemilihan Indikator: Untuk mengetahui hal2 apa yg mempengaruhi kepuasan pegawai dalam bekerja. Serta mempelajari, menganalisis, dan menginterpretasikan pernyataan pegawai terhadap kepuasan kerja. **Dasar Pemikiran :**	**Tujuan:** - Hasil pengukuran kepuasan pegawai memberikan informasi mengenai dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan termasuk biaya yang dipergunakan - Sasaran strategis *meningkatkan employee enggament*

	PERMENPAN DAN RB RI Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik	
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☐ Bulanan ☑ Lainnya (semester) **Cara** Pengumpulan data secara **:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☐ Bulanan ☑ Lainnya, sebutkan: semester
Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☐ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 ☐ 128 sampel ☐ populasi 320-639 ☐ 20% populasi ☐ populasi 64-319 ☐ 64 sampel ☑ populasi < 64 ☐ total sampling

Kriteria Inklusi:

Semua Pegawai PNS dan Non PNS yang bertugas pada seluruh unit kerja di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Kriteria Eksklusi:

Semua pegawai Outsourcing yang bertugas di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Penanggungjawab indikator: Kapala Bagian SDM

Pengumpul data indikator:

Area Monitoring:

Unit kerja di lingkungan RSHS

Standar Indikator:

78 (Baseline tahun 2019)

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
80	**82**	**84**	**84**	**85**

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:

1. Menyusun instrumen
2. Menentukan besaran dan teknik penarikan sample
3. Menentukan responden
4. Melaksanakan survey
5. Mengolah hasil survey
6. Menyajikan dan melaporkan hasil

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

1. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja

2. Laporan dari Kepala Bagian Sumber Daya Manusia kepada Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
Instrumen Pengambilan Data/ Formulir Pengumpulan Data: **No. Formulir :**

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	**JUDUL INDIKATOR 17** **Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana**	**Jenis Indikator (Pilih salah satu)** ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis **Denominator:** Tidak ada **Formula:** Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis **Sumber data:** Laporan kegiatan lean yang dilaksanakan	**Definisi Operasional:** Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun. Lean project ini dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari lintas fungsi yang dipimpin oleh kepala unit atau pemilik proses dan dibuat laporan evaluasi yang dilakukan pada saat akhir pelaksanaan lean project.	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable
	Alasan Pemilihan Indikator: Memberikan gambaran tentang upaya peningkatan efisiensi di rumah sakit	**Tujuan:** Peningkatan efisiensi dalam proses bisnis

Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☐ 3 Bulanan ☑ Lainnya (tahunan) **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren	**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☐ Bulanan ☑ Lainnya, sebutkan: tahunan
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……..	**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☑ populasi < 50 → total sampel ☐ Populasi >50 → sampling
Kriteria Inklusi: Proyek Lean yang dilaksanakan dan diterapkan oleh pemilik proyek dalam peningkatan efisiensi **Kriteria Eksklusi:** Peningkatan efisiensi yang terjadi dalam suatu proses bisnis sebagai dampak dari proses lain	
Penanggungjawab indikator: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum **Pengumpul data indikator:** Kepala Bagian Umum	**Area Monitoring:** Unit kerja pemilik proyek lean

Standar Indikator:

Baseline : Indikator Baru

Target Indikator

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
4	4	4	4	4

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

1) Pengumpul data mengumpulkan hasil capaian dari masing masing pemilik proyek lean
2) Data yang sudah terkumpul dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap triwulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat triwulanan b. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.
Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 18 Pertumbuhan Pendapatan Pertahun (PMK Nomor:191/Menkes/SK/V/2013)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Selisih Pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. **Denominator:** Pendapatan Tahun lalu **Formula:** ((pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) dibagi pendapatan tahun lalu)di kali 100% **Sumber data:** Laporan Pendapatan Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran (PEA)	**Definisi Operasional:** Merupakan prosentasi dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa, lembaga keungan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM.	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☑ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable

	Alasan Pemilihan Indikator: Pendapatan merupakan indikator utama dalam mengevaluasi perkembangan bisnis.	**Tujuan:** Mengevaluasi pencapaian kinerja dalam aspek keuangan
Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☐ 3 Bulanan ☑ Lainnya: 1 tahun **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☐ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☑ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☐ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi : Pendapatan total rumah sakit **Kriteria Eksklusi:** Pendapatan dari APBN		
Penanggungjawab indikator: Direktur Keuangan **Pengumpul data indikator :** Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran (PEA)		**Area Monitoring:** **Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Penunjang**
Standar Indikator: **>1%** (Baseline Tahun 2019)		

Target Indikator				
2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
3%	1%	2%	2%	3%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data:

Data pendapatan Rawat Inap, Rawat Jalan dan Pendapatan Penunjang lainnya

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

c. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja
d. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☐ Proses Perbaikan Pelayanan Klinis Prioritas (RS) ☑ Proses SMF/Instalasi	**JUDUL INDIKATOR 19** ***Persentase berkas pasien BPJS layak klaim***	**Jenis Indikator (Pilih salah satu)** ☐ Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Jumlah berkas pasien layak klaim terdiri dari : • Jumlah berkas pasien rwat jalan yang layak klaim • Jumlah berkas pasien rawat inap yang layak klaim **Denominator:** Jumlah SEP pasien yang berobat di RSHS • Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS • Jumlah SEP pasien rawat inap RSHS	**Definisi Operasional:** 1. Berkas pasien rawat jalan yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang berobat jalan, baik di poliklinik rawat jalan ataupun di Instalasi Gawat Darurat, yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim, pada tahap awal pengklaiman. Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS. (untuk rawat jalan : lembar individual pasien/SEP, resume medis, billing RS, persyaratan penunjang. Berkas klaim IGD : lembar individual pasien, SEP, SBPK, Resume Medis , Billing RS, Berkas Penunjang. 2. Berkas pasien rawat inap yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☐ Effective ☐Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable

Formula: {[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100 **Sumber data:** Instalasi Penjamin Klaim	dirawat inap di RSHS yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim. 3. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan : adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan 4. Jumlah SEP pasien rawat inap : adalah jumlah SEP pasien yang menjalai rawat inap di RSHS	
	Alasan Pemilihan Indikator: Pendapatan RSHS dari klaim BPJS belum memenuhi yang diharapkan **Dasar Pemikiran:** Terkait langsung terhadap pendapatan rumah sakit	**Tujuan:** Target pendapatan tahunan RS tercapai • Achievable • Sesuai dengan tupoksi IPK Sasaran strategis menjamin proses yang bermutu tidak sesuai tupoksi IPK Catatan diusulkan : ✓ Masuk dalam perspektif finansial

		✓ Sasaan strategis meningkatkan pendapatan RS ✓ Diusulkan masuk ke level 2 sebagai turunan dari IKU POBO
Periode Pelaporan dan Analisis Data: Setiap ☑ Bulanan ☐ Lainnya **Cara Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren		**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana Analisis Data: ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☐ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan…….		**Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑ populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi: Semua berkas yang memenuhi persyaratan BPJS **Kriteria Eksklusi:**		

Berkas non BPJS

Penanggungjawab indikator: Ka Instalasi Penjamin Klaim **Pengumpul data indikator:** **Lucki untuk berkas rawat inap,** **Fitri untuk berkas Rawat Jalan**	**Area Monitoring:** **IPK**

Standar Indikator:
Baseline : 75%

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
78	80	90	92	95

Tahapan Pengumpulan dan Analisis Data:
Rencana Pengumpulan Data untuk tingkat unit:

1) Pengumpul data mengumpulkan berkas pasien dari Instalasi rawat jalan dan Instalasi rawat Inap
2) Data yang sudah terkumpul diolah dan dijadikan grafik garis dan dilaporkan setiap bulan
3) Melaporkan hasil pengumpulan data kepada Komite Mutu dan Keselamatan pasien

Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf:

a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja
b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS
c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.

Formulir Pengumpulan Data:

Kategori Indikator: ☑ Perbaikan Prioritas Strategis (RS) ☐ KSM/Instalasi	JUDUL INDIKATOR 20 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PER-24/PB/ 2018)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) ☐Struktur ☐ Proses ☑ Outcome ☐ Proses dan outcome
Numerator: Total Pendapatan PNBP per periode tertentu **Denominator:** Total Biaya Operasional per perode tertentu **Formula:** $C_n = \left\{\left(\alpha x \frac{S+(T-S)}{S}\right) + \left((1-\alpha) x \frac{T+(R-T)}{T}\right)\right\}$ S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP/ Biaya Operasional x 100%] α : Nilai Bobot kinerja 1- α : Nilai Bobot kinerja **Sumber data:** Laporan Keuangan SAIBA BLU setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh	**Definisi Operasional:** Membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya oprasional yang dikeluarkan. 1. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan	**Dimensi Mutu:** ☐ Safe ☑ Effective ☐ Patient centered ☐ Timely/accesible ☑ Efficient ☐ Equitable

	pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). 2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP satker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan	
	Alasan Pemilihan Indikator: Dengan mengetahui cost recovery dapat melihat kemampuan rumah sakit dalam membiayai operasionalnya dari pendapatan yang diterima.	**Tujuaan:** Mengetahui kemampuan pendapatan rumah sakit untuk menutupi biaya operasional yang dikeluarkan

Periode Waktu Pelaporan: Setiap ☑ 3 Bulanan ☐ Lainnya **Metodologi Pengumpulan Data:** **Pilih salah satu:** ☑ Retrospektif ☐ Konkuren	**Frekuensi Pengumpulan Data** ☐ Harian ☐ Mingguan ☑ Bulanan ☐ Lainnya, sebutkan:
Rencana penggunaan grafik indikator ☑ grafik garis ☐ grafik pie ☑ grafik batang ☐ lain-lain, sebutkan……	**Sampel Target dan Jumlah Sampel (n):** ☐ populasi ≥ 640 → 128 sampel ☐ populasi 320-639 → 20% populasi ☐ populasi 64-319 → 64 sampel ☑populasi < 64 → total sampling
Kriteria Inklusi : - **Kriteria Eksklusi: -**	
Penanggungjawab indikator: Direktur Keuangan & BMN **Pengumpul data indikator :** Bagian Akuntansi & BMN	**Area Monitoring:** **Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Penunjang**
Standar Indikator: 75% **75% (**Baseline tahun 2020**)** **Target Indikator**	

2020	**2021**	**2022**	**2023**	2024
85%	76%	80%	83%	85%

Rencana Pengumpulan dan Analisis Data: Analisis Cost Recovery dilakukan di bag Akt & BMN, dibawah direktorat keuangan dan BMN, laporan dibuat per triwulan, semester dan tahunan sebagai laporan berkala rumah sakit serta disajikan dalam laporan Analisa biaya per tahun
Bagaimana Hasil Data Akan Didiseminasikan Kepada Staf: a. Disampaikan pada rapat bulanan di unit kerja b. Laporan bulanan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada pimpinan RS c. Pemasangan pada papan-papan pengumuman intern RS.
Formulir Pengumpulan Data:

3.5. Roadmap 5 tahun kedepan

Roadmap pengembangan layanan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

1. **KEDOKTERAN NUKLIR TERANOSTIK MOLEKULER**

   - Menjadi kebanggaan nasional
   - Pelayanan yang belum dimiliki oleh RS lain secara nasional
   - Menjadi pusat rujukan nasional
   - Tersedia SDM yang mumpuni, serta sistem, alkes dan sar pras yang memungkinkan
   - Diharapkan menjadi revenue center

2. **ROBOTIC SURGERY**

   - Penambahan alkes terkait bedah minimal invasif
   - Training SDM Medis dan non medis
   - Penyusunan Panduan, Kebijakan, Prosedur dan SPO

- Penyusunan pola tarif
- Penambahan alat penunjang, sarana prasarana lainnya
- RSHS sebagai pengampu 1 Rumah Sakit di Jawa Barat dan 1 RS di luar Jawa Barat

Roadmap pengembangan layanan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Tabel 3.31 Matriks Roadmap Pengembangan Layanan

Nama Satker		:	RSUP Dr. Hasan Sadikin				
Visi		:	Pembangunan Sumber Daya Manusia				
Layanan Unggulan		:	**1. Pelayanan Telesurgery**				
			2. Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Theranostik Molekuler				
NO.	**URAIAN**			**ROADMAP**			
A. Pelayanan Telesurgery							
			2021	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
1.	Prioritas layanan yang akan ditingkatkan/dikembangkan a. Hospital Training Program for Surgeon, Resident Medical Physician and Fellow before practicing on the patients - In vitro - Pre clinical (using cadaver and animals) - Clinical (on the patients)						

	b. Training Program for Specialist physician for using advance medical equipment for performing minimal invasive high precision and high quality services c. Pelayanan bedah minimal invasive d. Pelayanan Robotic Surgery e. Telesurgery					
2.	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	a. Pengalihan fungsi dan renovasi COT Lantai 3		1,5 M			
	b. Pelaksanaan pengadaan peralatan non medis dan mebeler		8,9 M			
	c.Pelaksanaan pengadaan peralatan medis (alat kesehatan)					
	d. Manajemen Proyek - Pengadaan Konsultan Perencana - Pengadaan Konsultan Manajemen Proyek dan Pengawasan - Pengadaan Konsultan Peralatan Medis - Pengadaan Kontraktor Gedung		Termasuk pada poin a			
	f. Pelaksanaan Training (akomodasi, honorarium pembicara, konsumsi, biaya kebutuhan training untuk pembelian hewan percobaan, bmhp dan lainnya)			403,44 ratus juta		
3.	Kebutuhan Anggaran		10,4 M	403,44 ratus juta		
		Total			10,9 M	

		Total + Contingency (10%)			10,9 M + 1,1 M = 13 M	
3.	Proyeksi pendapatan					
	Bagian Keuangan menghitung Payback period dengan perkiraan bahwa mulai tahun 2022, akan mulai diselenggarakan pelatihan training bagi dokter spesialis dan residen dan fellow sebanyak 10 batch yang mana 1 batch terdiri atas 5 program untuk 4 dokter bedah. Sehingga proyeksi dokter yang mengikuti pelatihan adalah 40 orang. Pengeluaran yang berkaitan dengan pelaksanaan pelatihan menjadi tanggung jawab rumah sakit, industry dan universitas.					
4.	Kebutuhan SDM (PNS, BLU dan Outsourching)		175	120		
5.	Pelaksanaan Pengembangan SDM		55 dokter spesialis dan 100 perawat COT; 10 orang elektromedis, 10 orang kesling	100 dokter PPDS 1, 20 dokter PPDS 2		
B. Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Theranostik Molekuler						
		2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**

1.	Prioritas layanan yang akan ditingkatkan/dikembangkan a. b. c.					
2.	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	a. Pelaksanaan pembangunan gedung (%)					
	b. Pelaksanaan pengadaan peralatan non medis dan mebeler (%)					
	c.Pelaksanaan pengadaan peralatan medis (alat kesehatan) (%)					
	d. Manajemen Proyek - Pengadaan Konsultan Perencana - Pengadaan Konsultan Manajemen Proyek dan Pengawasan - Pengadaan Konsultan Alat - Pengadaan Penyedia Pekerjaan Konstruksi					
3.	Kebutuhan Anggaran					
		TOTAL				
4.	Proyeksi pendapatan					
5.	Kebutuhan SDM (PNS, BLU dan Outsourching)					

6.	Pelaksanaan Pengembangan SDM					

3.6 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 2020-2024. Penentuan program kerja strategis RSHS untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

a. **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.

b. **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.

c. **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.

PROGRAM STRATEGIS RSB RSHS 2020-2024

No	KPI	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Pengkuran Survei Kepuasan Masyarakat	• Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service exellence dan monev • Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait sarana prasarana • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras)	• Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service exellence dan monev • Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait sarana prasarana • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras)	• Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service exellence dan monev • Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait sarana prasarana • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras)	• Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service exellence dan monev • Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait sarana prasarana • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras)	• Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service exellence dan monev • Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait sarana prasarana • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling • Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras)
2.	Persentase Penurunan Jumlah kematian ibu di RS	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri

		• Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri • program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri	• Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri • program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri	• Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri • program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri	• Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri • program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri	• Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri • program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri
3.	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini • Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini • program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini • Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini • program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini • Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini • program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini • Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini • program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini	• Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini • Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini • program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini
4.	Persentase Utilisasi ruangan operasi	• Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral	• Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral	• Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral	• Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral	• Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral

		• Program pengembangan kamar operasi • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi	• Program pengembangan kamar operasi Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi	• Program pengembangan kamar operasi Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi	• Program pengembangan kamar operasi Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi	• Program pengembangan kamar operasi Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi
5.	Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun	• Penyusunan Prioritas Penelitian • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Hibah Penelitian	• Penyusunan Prioritas Penelitian • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf Hibah Penelitian	• Penyusunan Prioritas Penelitian • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf Hibah Penelitian	• Penyusunan Prioritas Penelitian • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf Hibah Penelitian	• Penyusunan Prioritas Penelitian • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf Hibah Penelitian
6.	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	• Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Penggunaan E-Precribing • Penggunaan EMR terintegrasi	• Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Penggunaan E-Precribing • Penggunaan EMR terintegrasi	• Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Penggunaan E-Precribing • Penggunaan EMR terintegrasi	• Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Penggunaan E-Precribing • Penggunaan EMR terintegrasi	• Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Penggunaan E-Precribing • Penggunaan EMR terintegrasi
7.	Persentase kejadian Infeksi daerah operasi	• Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	• Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	• Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	• Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	• Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO

		• Program surveilance aktif • Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO • Program kepatuhan cuci tangan • Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah • Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	• Program surveilance aktif • Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO • Program kepatuhan cuci tangan • Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah • Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	• Program surveilance aktif • Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO • Program kepatuhan cuci tangan • Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah • Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	• Program surveilance aktif • Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO • Program kepatuhan cuci tangan • Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah • Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	• Program surveilance aktif • Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO • Program kepatuhan cuci tangan • Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah • Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO
8.	Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	• Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan	• Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan	• Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan	• Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan	• Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan
9.	Waktu tunggu sebelum Operasi Elektif < 2 hari	• Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA) • Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap	• Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA) • Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap	• Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA) • Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap	• Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA) • Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap	• Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA) • Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap

		• Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi • Program peningkatan pelayanan persiapan operasi elektif pasien rawat inap	• Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi Program peningkatan pelayanan persiapan operasi elektif pasien rawat inap	• Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi Program peningkatan pelayanan persiapan operasi elektif pasien rawat inap	• Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi Program peningkatan pelayanan persiapan operasi elektif pasien rawat inap	• Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap • Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi Program peningkatan pelayanan persiapan operasi elektif pasien rawat inap
10.	Ketepatan waktu jam visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	• Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP • Program peningkatan ketepatan visite DPJP • Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite • Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP • Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi	• Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP • Program peningkatan ketepatan visite DPJP • Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite • Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP • Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi	• Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP • Program peningkatan ketepatan visite DPJP • Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite • Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP • Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi	• Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP • Program peningkatan ketepatan visite DPJP • Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite • Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP • Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi	• Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP • Program peningkatan ketepatan visite DPJP • Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite • Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP • Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi
11.	Persentase berkas pasien	• Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim	• Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim	• Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim	• Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim	• Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim

	BPJS layak klaim	• Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan kurang dari tanggal 5 setiap bulannya • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya	• Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan kurang dari tanggal 5 setiap bulannya • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya	• Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan kurang dari tanggal 5 setiap bulannya • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya	• Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan kurang dari tanggal 5 setiap bulannya • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya	• Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan kurang dari tanggal 5 setiap bulannya • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya
12.	Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker	• Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS • Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker • Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker • Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker	• Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS • Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker • Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker • Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker	• Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS • Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker • Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker • Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker	• Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS • Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker • Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker • Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker	• Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS • Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker • Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker • Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker
13.	Persentase evaluasicapaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	• Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit • Program pelayanan klinis prioritas	• Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit • Program pelayanan klinis prioritas	• Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit • Program pelayanan klinis prioritas	• Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit • Program pelayanan klinis prioritas	• Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit • Program pelayanan klinis prioritas

14.	Persentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	• Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD • Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD • Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS • Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi • Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE • Program peningkatan pelayanan SISRUTE	• Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD • Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD • Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS • Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi • Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE • Program peningkatan pelayanan SISRUTE	• Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD • Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD • Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS • Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi • Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE • Program peningkatan pelayanan SISRUTE	• Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD • Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD • Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS • Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi • Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE • Program peningkatan pelayanan SISRUTE	• Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD • Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD • Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS • Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi • Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE • Program peningkatan pelayanan SISRUTE
15.	Persentase Pemenuhan ketersediaan SPA	• Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kulitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan	• Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kulitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan	• Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kulitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan	• Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kulitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan	• Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kulitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan

		• Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit	• Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit	• Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit	• Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit	• Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit
16.	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	• Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit	• Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit	• Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit	• Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit	• Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit
17.	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	• Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi setiap jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan	• Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi setiap jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan	• Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi setiap jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan	• Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi setiap jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan	• Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi setiap jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan
18.	Jumlah Lean Project yang terlaksana	• Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit	• Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit	• Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit	• Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit	• Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit

		• Program peningkatan mutu pelayanan	• Program peningkatan mutu pelayanan	• Program peningkatan mutu pelayanan	• Program peningkatan mutu pelayanan	• Program peningkatan mutu pelayanan
19.	Pertumbuhan pendapatan pertahun	• Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung	• Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung • Layanan estetik terpadu • Layanan homecare • Layanan MCU terpadu • Layanan sleep lab • Layanan bedah eksekutif • Pengembangan bedah jantung	• Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung • Layanan estetik terpadu • Layanan homecare • Layanan MCU terpadu • Layanan sleep lab • Layanan bedah eksekutif • Pengembangan bedah jantung • Pengembangan layanan rehabilitasi medik • Layanan terapi nuklir	• Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung • Layanan estetik terpadu • Layanan homecare • Layanan MCU terpadu • Layanan sleep lab • Layanan bedah eksekutif • Pengembangan bedah jantung • Pengembangan layanan rehabilitasi medik • Layanan terapi nuklir	• Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung • Layanan estetik terpadu • Layanan homecare • Layanan MCU terpadu • Layanan sleep lab • Layanan bedah eksekutif • Pengembangan bedah jantung • Pengembangan layanan rehabilitasi medik • Layanan terapi nuklir • Layanan stem cell • Layanan ibu dan anak • Layanan klinik onkologi •
20.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	• Program standarisasi biaya operasional rumah sakit • Program pengembangan standirasi tarif rumah sakit • Program monitoring evaluasi biaya operasional rumah sakit • Program monitoring dan evaluasi pengembangan	• Program standarisasi biaya operasional rumah sakit • Program pengembangan standirasi tarif rumah sakit • Program monitoring evaluasi biaya operasional rumah sakit • Program monitoring dan evaluasi pengembangan	• Program standarisasi biaya operasional rumah sakit • Program pengembangan standirasi tarif rumah sakit • Program monitoring evaluasi biaya operasional rumah sakit • Program monitoring dan evaluasi pengembangan	• Program standarisasi biaya operasional rumah sakit • Program pengembangan standirasi tarif rumah sakit • Program monitoring evaluasi biaya operasional rumah sakit • Program monitoring dan evaluasi pengembangan	• Program standarisasi biaya operasional rumah sakit • Program pengembangan standirasi tarif rumah sakit • Program monitoring evaluasi biaya operasional rumah sakit • Program monitoring dan evaluasi pengembangan

		standarisasi tarif rumah sakit • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga • Program efisiensi biaya operasional	standarisasi tarif rumah sakit • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga • Program efisiensi biaya operasional	standarisasi tarif rumah sakit • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga • Program efisiensi biaya operasional	standarisasi tarif rumah sakit • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga • Program efisiensi biaya operasional	standarisasi tarif rumah sakit • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga • Program efisiensi biaya operasional

BAB IV. 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 2020 sampai dengan 2024, dengan base line tahun 2019, yang menjelaskan tentang estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran operasional dan kebutuhan anggaran investasi**.**

4.1 Estimasi Pendapatan

Prognosa sampai dengan Desember 2019, target penerimaan BLU sebesar Rp. 787.577.141.000,- atau sebesar 105,50% dari target pendapatan RSHS tahun 2018 yaitu Rp. 746.518.617.000,- sedangkan dari rupiah murni sebesar Rp. 170.162.703.000,- atau sebesar 96,13 % dari target rupiah murni tahun 2018 Rp. 177.014.461.969,-.

Estimasi kenaikan pendapatan PNBP-BLU yang didasarkan pada pencapaian kinerja 5 tahun sebelumnya, maka untuk lima tahun selanjutnya dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 rata-rata dicapai peningkatan pendapatan PNBP sebesar 4-5%. Pencapaian peningkatan ini belum dapat memenuhi seluruh kebutuhan biaya, khususnya biaya investasi sarana gedung dan alat, sehingga 3 tahun ke depan RSHS masih memerlukan dukungan pemerintah berupa rupiah murni sedang untuk 2 tahun terakhir 2023-2024 RSHS harus mandiri tanpa dukungan RM untuk investasi. Berdasarkan pencapaian tahun 2015-2018 dan prognosa tahun 2019, maka proyeksi pendapatan PNBP dan Rupiah Murni RSHS dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 sebagai berikut :

Tabel 4.1 Estimasi pendapatan RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2020-2024

No	SUMBER PENDAPATAN	2020	2021	2022	2023	2024
	A Pendapatan BLU	**788,295,742,000**	**868,303,797,000**	**852,620,673,000**	**886,725,499,000**	**922,194,519,000**
	1 Pendapatan Jasa Layanan BLU	**777,140,708,000**	**792,351,484,000**	**714,552,628,000**	**743,134,735,000**	**772,860,125,000**
	- Pasien Umum dan Non BPJS	296,065,021,000	115,356,953,983	112,884,061,000	117,399,424,000	122,095,401,000
	- Pasien BPJS	**481,075,687,000**	**676,994,530,017**	**601,668,567,000**	**625,735,311,000**	**650,764,724,000**
	a. Rawat Inap	267,092,563,267	375,866,436,875	332,423,959,000	345,720,918,000	359,549,755,000
	b. Rawat Jalan	213,983,123,733	301,128,093,141	269,244,608,000	280,014,393,000	291,214,969,000
	2. penerimaan Jasa Pelayanan pendidikan			-	-	-
	3. Penerimaan Hibah TIDAK TERIKAT DALAM NEGERI PERORANGAN-UANG	477,500,000	989,461,000	2,077,000	2,161,000	2,248,000
	4. Penerimaan Hibah TIDAK TERIKAT DALAM NEGERI BADAN USAHA-UANG	477,500,000	100,000,000	-	-	-
	5. Pendapatan Antar Satker BLU Lainnya	500,034,000	41,978,788,000	125,533,370,000	130,554,705,000	135,776,894,000
	6. Penerimaan Resiprokal antar BEDA KEMENTRIAN		3,215,733,000	8,522,000	8,863,000	9,218,000
	7. Pendapatan Kerjasama BLU	1,500,000,000		-	-	-
	8. Pendapatan BLU Lainnya	8,200,000,000		-	-	-
	9. Penerimaan Jasa BUNGA GIRO		8,926,563,000	10,401,111,000	10,817,156,000	11,249,843,000
	10. Penerimaan Jasa DEPOSITO			-	-	-
	11. Penerimaan KOMISI/POTONGAN/DENDA		10,390,626,000	34,202,000	35,571,000	36,994,000
	12. Penerimaan Pengembalian BARANG		726,312,000	613,018,000	637,539,000	663,041,000
	13. Penerimaan Pengembalian MODAL		266,007,000	-	-	-
	14. Penerimaan Pengembalian BLU LAIN-LAIN		6,395,803,000	153,429,000	159,567,000	165,950,000
	15. Penerimaan Sewa GEDUNG		1,564,750,000	55,379,000	57,595,000	59,899,000
	16. Penerimaan Sewa RUANGAN		850,355,000	542,371,000	564,066,000	586,629,000
	17. Penerimaan Sewa ASET TETAP LAINNYA		547,915,000	724,566,000	753,541,000	783,678,000

4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran RSHS Tahun 2020-2024

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 2020-2024, dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Estimasi anggaran operasional RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2020-2024

No	Jenis Kegiatan	Estimasi Belanja (Rp)				
		2020	2021	2022	2023	2024
I	**RM**	**383,709,875,000**	**152,652,766,000**	**169,800,334,000**	**312,199,707,000**	**166,440,169,000**
51	Belanja Pegawai PNS	145,413,919,000	141,385,367,000	155,377,305,000	160,038,624,000	166,440,169,000
52	Operasional Perkantoran	8,614,243,000	5,400,000,000	8,423,029,000	0	0
52	Tupoksi	73,159,224,000	0	0	0	0
53	Modal	156,522,489,000	5,867,399,000	6,000,000,000	152,161,083,000	-
II	**PLN**	**-**	**21,600,000**	**163,509,696,000**	**210,684,836,000**	**275,084,520,000**
51	Pegawai					
52	Barang		21,600,000	9,904,896,000		3,107,520,000
53	Modal			153,604,800,000	210,684,836,000	271,977,000,000
III	**PNBP-BLU**	**819,769,403,000**	**898,365,486,000**	**852,620,673,000**	**886,725,499,000**	**922,194,519,000**
A	**BELANJA BARANG**	**747,659,409,000**	**792,328,183,000**	**806,169,480,000**	**827,941,875,000**	**861,059,549,000**
525111	Belanja Pegawai	297,495,667,000	295,772,991,000	325,833,650,000	332,350,320,000	345,644,333,000
525112	Belanja Barang BLU	51,518,877,000	56,209,428,000	64,182,660,000	64,103,255,000	66,667,386,000
525113	Belanja Jasa/Daya	17,752,496,000	18,298,823,000	11,126,883,000	18,766,163,000	19,516,810,000
525114	Belanja Pemeliharaan	26,250,496,000	29,908,448,000	36,572,024,000	37,303,462,000	38,795,601,000

No	Jenis Kegiatan	Estimasi Belanja (Rp)				
		2020	2021	2022	2023	2024
525115	Belanja Perjalanan	1,025,696,000	600,000,000	600,000,000	612,000,000	636,480,000
525119	Belanja Barang/Jasa Lainnya	82,730,061,000	76,886,224,000	80,380,409,000	81,973,448,000	85,252,386,000
525121	Belanja Persediaan Konsumsi	262,553,486,000	275,019,615,000	240,168,154,000	244,581,417,000	254,364,674,000
525123	Belanja Persediaan Pemel	2,621,388,000	3,579,644,000	5,650,498,000	5,763,506,000	5,994,042,000
525124	Belanja BLU ke BLU Lain		-			
525152	Belanja Barang BLU Penanganan pandemi Covid-19	48,956,000	35,394,000	1,156,688,000	1,179,821,000	1,227,014,000
525153	Belanja Barang Persediaan BLU Penanganan Pandemi Covid-19	5,040,604,000	36,017,616,000	40,498,514,000	41,308,483,000	42,960,823,000
525154	Belanja Jasa penanganan pandemi Covid-19	54,357,000	-			
525155	Belanja pemeliharaan BLU penanganan pandemi Covid 19	567,325,000	-			
B	**BELANJA MODAL**	**72,109,994,000**	**106,037,303,000**	**46,451,193,000**	**58,783,624,000**	**61,134,970,000**
537112	Peralatan dan Mesin	35,902,630,000	46,546,527,000	38,495,999,000	55,576,354,000	57,799,409,000
537113	Gedung Dan Bangunan	28,468,313,000	30,345,221,000	7,135,594,000	3,207,270,000	3,335,561,000
537122	Belanja modal peralatan dan mesin (BLU) Covid-19	7,259,220,000	28,921,711,000	321,300,000		
537123	Belanja gedung dan dan bangunan (BLU) covid-19	479,831,000	223,844,000			
537115	Belanja Modal Lainnya			498,300,000		
	TOTAL	**1,203,479,278,000**	**1,051,039,852,000**	**1,185,930,703,000**	**1,409,610,042,000**	**1,363,719,208,000**

b. Anggaran Program Pengembangan

Anggaran program pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program-program strategis yang bersumber dari :

- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU berdasarkan program kerja strategis sampai lima tahun yang akan datang.
- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi risiko berdasarkan hasil butir 6.3. Program strategis yang dipilih adalah yang ditujukan untuk mitigasi risiko.

Anggaran belanja program pengembangan disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarannya per tahun. Contoh estimasi belanja program kelangsungan operasi dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Estimasi Anggaran Pengeluaran Program Kerja Strategis

IKU	INDIKATOR	2020	2021	2022	2023	2024
IKU 1	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	Rp 153.712.326.265	Rp 161.802.448.700	Rp 169.892.571.135	Rp 178.387.199.692	Rp 187.306.559.676
IKU 2	Persentase Penurunan Jumlah kematian ibu di rumah sakit	Rp 39.419.547.342	Rp 41.494.260.360	Rp 43.568.973.378	Rp 45.747.422.047	Rp 48.034.793.149
IKU 3	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	Rp 39.419.547.342	Rp 41.494.260.360	Rp 43.568.973.378	Rp 45.747.422.047	Rp 48.034.793.149
IKU 4	Persentase Utilisasi ruangan operasi	Rp 40.548.162.210	Rp 42.682.276.010	Rp 44.816.389.811	Rp 47.057.209.301	Rp 49.410.069.766
IKU 5	Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun	Rp 20.351.755.950	Rp 21.422.901.000	Rp 22.494.046.050	Rp 23.618.748.353	Rp 24.799.685.770
IKU 6	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Rp 34.714.379.685	Rp 36.541.452.300	Rp 38.368.524.915	Rp 40.286.951.161	Rp 42.301.298.719
IKU 7	Persentase kejadian Infeksi daerah operasi	Rp 28.409.250.671	Rp 29.904.474.390	Rp 31.399.698.110	Rp 32.969.683.015	Rp 34.618.167.166
IKU 8	Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	Rp 83.613.128.858	Rp 88.013.819.850	Rp 92.414.510.843	Rp 97.035.236.385	Rp 101.886.998.204
IKU 9	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	Rp 36.743.501.044	Rp 38.677.369.520	Rp 40.611.237.996	Rp 42.641.799.896	Rp 44.773.889.891
IKU 10	Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	Rp 6.469.070.733	Rp 6.809.548.140	Rp 7.150.025.547	Rp 7.507.526.824	Rp 7.882.903.166
IKU 11	Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	Rp 6.324.575.828	Rp 6.657.448.240	Rp 6.990.320.652	Rp 7.339.836.685	Rp 7.706.828.519
IKU 12	Persentase Response Time rujukan Sisrute IGD RSHS ≤ 5	Rp 25.190.906.458	Rp 26.516.743.640	Rp 27.842.580.822	Rp 29.234.709.863	Rp 30.696.445.356
IKU 13	Jumlah pasien deteksi dini kanker	Rp 30.355.169.253	Rp 31.952.809.740	Rp 33.550.450.227	Rp 35.227.972.738	Rp 36.989.371.375
IKU 14	Persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	Rp 66.165.085.670	Rp 69.647.458.600	Rp 73.129.831.530	Rp 76.786.323.107	Rp 80.625.639.262
IKU 15	Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana Alat (SPA)	Rp 35.093.817.684	Rp 36.940.860.720	Rp 38.787.903.756	Rp 40.727.298.944	Rp 42.763.663.891
IKU 16	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Rp 16.579.808.605	Rp 17.452.430.110	Rp 18.325.051.616	Rp 19.241.304.196	Rp 20.203.369.406
IKU 17	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	Rp 59.589.965.915	Rp 62.726.279.910	Rp 65.862.593.906	Rp 69.155.723.601	Rp 72.613.509.781
IKU 18	Jumlah Lean Project yang terlaksana	Rp 7.384.932.094	Rp 7.773.612.730	Rp 8.162.293.367	Rp 8.570.408.035	Rp 8.998.928.437
IKU 19	Pertumbuhan pendapatan pertahun	Rp 41.536.349.388	Rp 43.722.473.040	Rp 45.908.596.692	Rp 48.204.026.527	Rp 50.614.227.853
IKU 20	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	Rp 6.549.920.958	Rp 6.894.653.640	Rp 7.239.386.322	Rp 7.601.355.638	Rp 7.981.423.420
Total		**Rp 778.171.201.950**	**Rp 819.127.581.000**	**Rp 860.083.960.050**	**Rp 903.088.158.053**	**Rp 948.242.565.955**

4.3 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.

Tabel 4.4 Rencana Pendanaan

No	Jenis Kegiatan	Estimasi Pendapatan (Rp)				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	**BIAYA**					
	RM	383,709,875,000	152,652,766,000	169,800,334,000	312,199,707,000	166,440,169,000
	PLN	-	21,600,000	163,509,696,000	210,684,836,000	275,084,520,000
	PNBP	788,295,742,000	819,827,571,000	852,620,673,000	886,725,499,000	922,194,519,000
	Jumlah Kebutuhan	**1,172,005,617,000**	**972,501,937,000**	**1,185,930,703,000**	**1,409,610,042,000**	**1,363,719,208,000**
2	**Pendapatan**					
	RM	383,709,875,000	152,652,766,000	169,800,334,000	312,199,707,000	166,440,169,000
	PLN	-	21,600,000	163,509,696,000	210,684,836,000	275,084,520,000
	PNBP	788,295,742,000	868,303,797,000	852,620,673,000	886,725,499,000	922,194,519,000
	Jumlah Pendapatan	**1,172,005,617,000**	**1,020,978,163,000**	**1,185,930,703,000**	**1,409,610,042,000**	**1,363,719,208,000**
3	**Selisih**	**-**	**48,476,226,000**	**-**	**-**	**-**

Rencana penganggaran tahun 2020 sd 2024 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.

BAB IV. PENUTUP

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2020-2024 mengacu pada visi dan misi Pemerintah Kabinet Indonesia Maju 2020-20204 disusun dengan tujuan agar dapat menjawab dan memfokuskan upaya RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menghadapi tantangan pembangunan kesehatan global yang semakin kompleks. RSB ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam 5 tahun ke depan. Melalui upaya penetapan kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang lebih terarah dan terukur diharapkan hasil pembangunan kesehatan lebih bermakna dan bermanfaat.

Kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan reviu kedua RSB ini disampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya atas dedikasi serta kerja keras demi tercapainya visi dan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan Pemerintah Pusat dalam meningkatkan kualitas kesehatan manusia Indonesia. Akhir kata semoga Reviu RSB Tahun Kedua ini dapat diimplementasikan dengan baik sesuai tahapan-tahapan yang telah ditetapkan secara konsisten dalam rangka mendukung terwujudnya *Good Governance* dan *Good Goverment.*

Plt. Direktur Utama

dr. Irayanti, Sp.M., MARS
NIP. 196201231989012001

LAMPIRAN
Program Kerja dan Kegiatan

Nama IKU	**:**	**Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat**
No IKU	**:**	**1**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur Umum dan Operasional**

NO	Program Strategis	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Program survey Kepuasan Masyarakat	- Survey Kepuasan Masyarakat	15.000.000	16.000.000	17.000.000	18.000.000	19.000.000
2	Kecepatan respon Keluhan	- Terwujudnya Akses Pengaduan Masyarakat secara mudah (sosmed twitter, facebook, wa, kotak saran, banner, sms hotline)	125.000.000	125.000.000	125.000.000	125.000.000	125.000.000
		- Terlaksananya Mapping Signage di seluruh area RS	0	125.000.000	90.000.000	70.000.000	60.000.000
3	Terlaksananya service exellence dan monev	- Pelatihan/ sosialisasi service exellence dan monev (untuk mengcover seluruh pegawai)	40.000.000	41.000.000	45.750.000	60.000.000	64.000.000
6	Program peningkatan sumber daya alat kesehatan dan pengembangan SDM	Pilot project telesurgery center di Indonesia : • Robotic telesurgery system • Sina robotic surgery simulator-supplementary model exw Pengembangan SDM	0	9.732.500.000	13.293.440.000	0	0
4	Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Unit Instalasi Rawat Jalan	- %Ketepatan memulai pelayanan diklinik Rawat Jalan	0	0	0	0	0

NO	Program Strategis	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		- % Pengembalian buku rekam medis melalui aplikasi tracking rekam medis	0	0	0	0	0
		- Program kemudahan prosedur layanan	0	0	0	0	0
		- Program kejelasan informasi Layanan	0	0	0	0	0
5	Terpenuhinya tindak lanjut indeks kepuasan masyarakat di Instalasi Rawat Inap	- Perbaikan Prosedur Pelayanan	100.000	150.000	200.000	200.000	200.000
		- Perbaikan tanggung jawab dan kemampuan petugas dalam melakukan pelayanan	250.000	0	0	0	0
7	Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Keamanan dan ketertiban	- Perbaikan dan penambahan CCTV	185.000.000	198.972.000	218.869.200	218.869.200	218.869.200
		- Pengadaan Jasa Keamanan (satpam)	10.208.195.000	11.208.195.000	11.544.440.850	11.890.774.000	12.247.497.000
8	Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait Kesling	- Peningkatan kebersihan sarana publik	14.131.282.00	14.568.332.000	15.005.381.960	15.455.543.500	15.919.250.000
9	Terpenuhinya tindak lanjut hasil survey IKM terkait pelayanan penunjang (non sarpras	- Waktu tunggu pelayanan radiologi (foto thoraks dan ekstremitas) ≤ 3 jam	2.500.000.000	0	0	0	0
		- terlaksananya kesesuaian pengkondisian suhu dan kelembaban	848.300.000	848.300.000	873.750.000	900.000.000	926.960.000
		- Waktu tunggu pelayanan CT-Scan abdomen (≤ 36 jam)	4.300.000.000	0	0	0	0
		JUMLAH BIAYA	**18.221.845.000**	**36.863.449.000**	**41.213.832.010**	**28.738.386.700**	**29.580.776.200**

Nama IKU	**:**	**Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di rumah sakit**
No IKU	**:**	**2**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur Medik dan Keperawatan**

NO	Progran	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri	ELANG (Kenali dan tatalaksana kasus maternal dengan gawat darurat Obstetri (yang akan membuat Ibu kembali sehat)	3.320.000	5.000.000	6.000.000	5.000.000	6.000.000
		Penanganan kasus maternal dengan gawat darurat Obstetri oleh tim khusus yang melibatkan unit terkait (OK,RR dan ketersediaan Ruang Insensive Care)	0	0	0	0	0
		NO DEATH	0	0	0	0	0
		Kebijakan kamar operasi HARUS ADA untuk kasus gawat darurat Obstetri	0	0	0	0	0
		Peningkatan kewaspadaan petugas kesehatan dengan pelabelan pasien dengan kategori gawat darurat	0	0	0	0	0
		Koordinasi dan verifikasi pembuatan SOP pengelolaan kasus maternal dengan gawat darurat Obstetri	0	0	0	0	0
		Revitalisasi tim Hipertensi dan Penyakit Jantung dan Tim lainnya yang terkait yang sudah ada sebelumnya)	0	0	0	0	0
		Percepatan waktu menjawab konsul kasus hipertensi dan penyakit jantung serta komplikasi lainnya	0	0	0	0	0

NO	Progran	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Percepatan waktu menjawab konsul kasus maternal dengan gawat darurat Obstetri khusunya preeklamsia	0	0	0	0	0
2	Program pengembangan PENGADAAN SDM & kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri	Perekrutan petugas triase dokter umum	360.000.000	0	0	0	0
		Pelatihan dan pembekalan Kegawat daruratan Obstetri dokter triase	25.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000
		Peningkatan kompetensi perawat/bidan dalam menangani kasus-kasus kebidanan dan neonatus di PONEK	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit
		Peningkatan kompetensi perawat/bidan dalam perawatan metode kanguru untuk bayi berat badan lahir	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit	Anggaran Dikit
3	Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri	Kesepakatan bahwa kasus maternal dengan perdarahan masif langsung di cap PONEK dan Kasus PONEK	0	0	0	0	0
		Melakukan Audit semua kematian Maternal dan Neonatal	800.000	1.000.000	2.000.000	5.000.000	5.000.000
		- Percepatan waktu pemeriksaan dan hasil kasus dengan cap PONEK	0	0	0	0	0

NO	Progran	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		- Koordinasi dan verifikasi pembuatan SOP pengelolaan kasus maternal dengan gawat darurat Obstetri	0	0	0	0	0
		- Revitalisasi tim Hipertensi dan Penyakit Jantung dan Tim lainnya yang terkait yang sudah ada sebelumnya)	0	0	0	0	0
4	Program peningkatanan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri	- penambahan sarana dan prasarana untuk monitoring kasus dengan gawat darurat Obstetri (sarana prasarana		526.000.000	LOAN	LOAN	0
		- Menyediakan sarana/prasarana ruang intensif khusus dan SDM untuk kasus maternal dengan gawat darurat		1.000.000.000	LOAN	LOAN	0
		- Memfasilitasi pasien-pasien yang membutuhkan tindakan					
		JUMLAH	**389.120.000**	**1.562.000.000**	**38.000.000**	**40.000.000**	**41.000.000**

Nama IKU	**:**	**Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)**
No IKU	**:**	**3**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur Medik dan Keperawatan**

NO	Program	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan neonatal dini	Joint Conference Kasus Risiko Tinggi (dgn KSM Obgin)	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
		Perinatal Conference (Bulanan)	2.400.000	2.400.000	2.400.000	2.400.000	2.400.000
		Hello Baby Program (Data Maternal Neonatal)	JICA				
		Perioperatif Conference (Bulanan dgn KSM Bedah)	2.400.000	2.400.000	2.400.000	2.400.000	2.400.000
2	Program pengadaan dan pengembangan SDM terkait neonatal dini	Reqruitment Staf Divisi Neonatologi					
		pedidikan dokter sub specialis perinatologi	-	3.400.000.000	0	0	0
3	program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus neonatal dini	Standarisasi Sarana dan Prasarana Resusitasi, Stabilisasi Pasca Resusitasi, Rujukan Neonatus: 1 Unit Radiant warmer + Kit Resusitasi Neonatus + Portable Bedside monitor + Inkubator transport + Set Ventilator Transport	0	IsDB	IsDB	IsDB	0
		Alkes, Instalasi Rawat Inap (ANTHURIUM) Level 1 (Special Care Neonatus) Level 2 (HCU Infeksi) Level 2(HCU Non Infeksi).	0	IsDB	IsDB	IsDB	0
		Sarana Transport Neonatus	0	IsDB	IsDB	IsDB	0

NO	Program	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Alkes VK- RUANG BERSALIN	200.000.000	IsDB	IsDB	IsDB	0
		Alkes Rawat intensif Level 3 - Neonatal ICU	0	IsDB	IsDB	IsDB	0
		Sarana Non Medik ruang anthurium dan Ruang intensif	0	IsDB	IsDB	IsDB	0
4	Program pembinaan dan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait penanganan kasus kegawatdaruratan neonatal dini	Tim RSSIB - PONEK					
		Pembinaan Tim PONEK RS Jejaring	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
		JUMLAH	**214.800.000**	**3.414.800.000**	**14.800.000**	**14.800.000**	**14.800.000**

Nama IKU	**:**	**Persentase Utilisasi Ruangan Operasi**
No IKU	**:**	**4**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur Medik dan Keperawatan**

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program peningkatan sumber daya alat kesehatan dan pengembangan SDM	Layanan Unggulan Robotic Surgery	Pilot project telesurgery center di Indonesia : • Robotic telesurgery system • Sina robotic surgery simulator-supplementary model exw • Pengembangan SDM	0	9.732.500.000	13.293.440.000	0	0
2	Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin		Pilot project: 1 kamar bedah onkologi (310) dengan 2 shift (jam 7-21) untuk perawat bedah dan anestesi	0	0	0	0	0
			Pilot project: 2 kamar bedah (306 dan 310) untuk ketepatan jam induksi dan insisi	0	0	0	0	0
		Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan insisi pada operasi elektif pertama	Mengaktifkan peran Penangung jawab kamar bedah	0	0	0	0	0
			Real time monitoring	70.000.000	70.000.000	70.000.000	70.000.000	70.000.000
			Pemanggilan pasien selanjutnya pada saat	0	0	0	0	0

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			penjahitan luka operasi oleh petugas nurse station					
			Pemanggilan cleaning service ketika anestesi melakukan ekstubasi	0	0	0	0	0
			Persiapan obat dan alat2 anestesi					
		Pelaksanaan turn over time kurang dari 30 menit	Pemanggilan pasien kedua sebelum pasien pertama didorong keluar kamar operasi					
			Persiapan set instrumen untuk operasi berikutnya sebelum pasien pertama didorong keluar kamar operasi	0	0	0	0	0
			Real time monitoring (Rapat Bulanan)	0	0	0	0	0
3	Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral		Penambahan beberapa peralatan medis sehingga tidak terjadi penundaan operasi akibat alat sedang digunakan atau belum disterilkan	2.350.000.000	2.350.000.000	11.300.000.000	60.000.000.000	60.000.000.000
4	Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral		Penambahan Perawat Kamar Operasi dan Perawat Anestesi sesuai ABK 2020	33 orang	25 orang	25 orang	25 orang	25 orang
5	Program pengembangan kamar operasi	Re-utilisasi kamar operasi yang tidak terpakai	Melengkapi sarana yang tidak ada					
		Kesesuaian lama operasi dengan	Apabila operasi berlangsung 1.5x norma operasi, PJ OK akan menghubungi DPJP Pembedah					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		perkiraan lama operasi						
			Penggunaan SIRS dalam dokumentasi kegiatan di kamar operasi					
		Meningkatkan utilisasi kamar operasi kamar yang utilisasinya rendah	Mengaktifkan sistem pasien cadangan operasi elektif					
		Program dari Setiap KSM/Unit	**KSM dan Instalasi**					
			Kepatuhan pelaksanaan insisi sebelum jam 8.15 pada operasi elektif pertama					
			Kesesuaian lama operasi dengan perkiraan lama operasi					
			Kepatuhan pelaksanaan induksi anestesi sebelum jam 08.00 pada operasi elektif pertama (KSM Anestesi)					
			Ketepatan kesiapan BMHP dan AMHP untuk tindakan operasi dan anestesi pk.07.30 untuk operasi elektif pertama (Inst Farmasi)					
			Ketepatan ketersediaan alat untuk kebutuhan kamar operasi pk.07.30 untuk operasi elektif pertama (CSSD)					
			Kesiapan alat tenun untuk operasi pertama elektif pk. 07.30 (Binatu)					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Kehadiran CS sebelum operasi selesai dan pasien meninggalkan kamar operasi (Kesling)					
			Pelaporan hasil swab kamar operasi					
			FASMED					
			Kepatuhan pemeliharaan alat kesehatan sesuai jadwal					
			Kecepatan petugas fasmed dalam menyelesaikan permasalahan di IBS					
			Rawat Inap					
			Kepatuhan pengantaran pasien rawat inap ke kamar operasi sebelum jam 7:15					

Ajuan Melengkapi sarana yang tidak ada :

- 3 Lampu Operasi (302,405,401) x 400jt	1.200.000.000
- 5 Meja Operasi x 700jt	3.500.000.000
- 1 buah C'Arm x 1,3 M	1.300.000.000
- 10 Blankar x 48 jt	480.000.000
- 10 Mesin Anestesi x 800jt	8.000.000.000
- 9 Warm Airx70jt	630.000.000
- Instrument Set dan Pembuatan Loker Staf	890.000.000

Nama IKU	**:**	**Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun**
No IKU	**:**	**5**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur SDM dan Pendidikan**

NO	Progran	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Penyusunan Prioritas Penelitian	Penetapan Prioritas Topik Penelitian Yang Berangkat Dari Kebutuhan Rumah Sakit Sehingga Hasilnya Dapat Diterapkan (Operasional Research) didapat dari Gap Analysis atau Market Analysis	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
		Pendataan penelitian yang sudah dilakukan dan dapat diimplementasikan serta dibuat kebijakan	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
2	Program Penelitian RSHS Disinergiskan Dengan Program Penelitian Yankes Kemenkes dan AHS		Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
3	Penguatan Penelitian	Pengusulan SDM Yang Khusus Mengurusi Di Bidang Penelitian Di RSHS (Full Time)	52.000.000	52.000.000	52.000.000	52.000.000	52.000.000
		Monitoring & evaluasi Penelitian	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
		Pengembangan Sarana Uji Klinik	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
		1. Komputer					
		2. Pengembangan program pencatatan penelitian					

NO	Progran	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
4	Percepatan proses ijin penelitian	1. Pemanfaatan E-office	-	-	-	-	-
		2. Koordinasi dengan Litbangkes	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
		3. Koordinasi Komite Etik Penelitian RSHS	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
5	Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf	- Good Clinical Practise	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000
		- Kursus Epidemologi Klinik	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000
		- Pelatihan Pembuatan Naskah Publikasi	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
		- Pelatihan Pembuatan Artikel Ilmiah Populer	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
6	Hibah Penelitian	- Dana Bantuan Untuk Penelitian Yang	120.000.000	200.000.000	280.000.000	360.000.000	440.000.000
		- Diimplementasikan (Kompetisi Penelitian)	(3 penelitian)	(5 penelitian)	(7 penelitian)	(9 penelitian)	(11 penelitian)
7	Penyediaan literatur jurnal online	Penyediaan literatur jurnal online	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000
		Total	**682.000.000**	**762.000.000**	**842.000.000**	**922.000.000**	**1.002.000.000**

Nama IKU : Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (EMR)
No IKU : 6
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Medik dan Keperawatan

NO	Program L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
	Penggunaan EMR terintegrasi di RSHS		- Penyusunan Panduan dan SPO EMR					
			- Pelatihan untuk SDM IT	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000
			- Pelatihan untuk SDM perekam medis (menjadi coder dan pengelola data digital)	52.500.000	52.500.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000
			- Pelatihan EMR untuk user (seluruh PPA dan unit terkait)	54.000.000	54.000.000	54.000.000	54.000.000	54.000.000
			- Study Banding EMR ke RS lain	20.000.000		20.000.000		
			- Monitoring dan evaluasi implementasi EMR (KSM, Unit Kerja terkait PPA lainnya: Perawat, Apoteker, Nutrisionis, Fisioterapis)	0	0	0	0	**0**
			- Pelaksanaan Review Kualitas Rekam Medis (OMRR dan CMRR)	0	0	0	0	**0**
		Tersusunnya Rencana Pengembangan dan Penggunaan EMR di RSHS	- Terbentuknya Tim Monev & Pengembangan Rekam Medis	0	0	0	0	**0**
			- Tersusunnya Proposal Rencana Pengembangan EMR di RSHS	0	5.000.000	5.000.000	0	**0**

NO	Program L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			- Penyusunan Kebijakan asesmen rekam medis yang harus dalam format digital	0	2.500.000	2.500.000	0	**0**
			- Study Banding EMR ke RS lain	0	20.000.000	20.000.000	0	**0**
		Tersedianya software EMR terintegrasi	- Tersedia Tenaga Programer IT	271.687.500	271.687.500			
			- Tersedianya PACS & RIS	5.600.000.000				
			- Maintennance RIS (Radiologi dan Nuklir)		730.000.000	730.000.000	730.000.000	730.000.000
			- Maintenance LIS				250.000.000	
			- Lisensi Sophos		200.000.000	200.000.000	200.000.000	
			- Pengadaan SAMRS			500.000.000		
			- Pengadaan Aplikasi Clinical Pathway Online			300.000.000		
		Tersedianya Hardware EMR	- Tersedianya data center	5.200.000.000			6.700.000.000	
			- Maintenance Data Center		165.000.000	165.000.000	165.000.000	165.000.000
			- Tersedianya hardware untuk EMR	250.000.000	5.947.043.900	600.000.000	600.000.000	600.000.000
			- Internet		700.000.000	700.000.000	700.000.000	700.000.000
			- Maintenance Jaringan		100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000
			- Pengadaan Infra jaringan			12.000.000.000		

NO	Program L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			- Pemeliharaan hardware			300.000.000	300.000.000	300.000.000
			JUMLAH	**11.478.187.500**	**8.277.731.400**	**15.751.500.000**	**9.854.000.000**	**2.704.000.000**

Nama IKU : Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi
No IKU : 7
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Medik dan Keperawatan

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca bedah	Terlaksananya sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan paska bedah		3.600.000	3.600.000	3.600.000	4.000.000	4.000.000
2	Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah	Terjadi peningkatan mutu pelayanan perioperatif di pelayanan bedah		840.000	840.000	900.000	900.000	900.000
3	Program peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	Peningkatan pengembangan SDM terkait pencegahan IDO	Pelatihan Pencegahan IDDO	Koordinasi dengan diklat	Koordinasi dengan diklat	Koordinasi dengan diklat	Koordinasi dengan diklat	Koordinasi dengan diklat
4	Program surveilance aktif	Peningkatan survailens aktif		0	0	0	0	0
5	Program peningkatan sarana dan prasaarana terkait IDO	Terlaksananya pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana terkait IDO	Pemeliharaan Sarana & Prasaran RS	Anggaran IPRS	Anggaran IPRS	Koordinasi dengan diklat	Anggaran IPRS	Anggaran IPRS
6	Program kepatuhan cuci tangan	Terjadi peningkatan kepatuhan cuci tangan	Pelatihan dan sosialisasi cuci tangan					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
7	Program optimalisasi audit bundle IDO di area OK dan pelayanan bedah	Terjadi peningkatan penerapan kepatuhan bundle IDO		0	0	0	0	0
8	Program pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	Terjadi peningkatan pengembangan kompetensi nakes mengenai IDO	Pelatihan Kompetensi Nakes IDO	Anggaran Diklat	Anggaran Diklat	Anggaran Diklat	Anggaran Diklat	Anggaran Diklat
		Terlaksananya sosialisasi dan edukasi tentang pelaporan dan pencatatan IDO	Rapat Koordinasi & sosialisasi pelaporan dan pencatatan	Anggaran KSM	Anggaran KSM	Anggaran KSM	Anggaran KSM	Anggaran KSM
		Adanya metoda penandaan pada kasus IDO pada rekam medis	Rapat Koordinasi & sosialisasi kepatuhan penandaan	Anggaran bagian Umum	Anggaran bagian Umum	Anggaran bagian Umum	Anggaran bagian Umum	Anggaran bagian Umum
		JUMLAH		4.440.000	4.440.000	4.500.000	4.900.000	4.900.000

Nama IKU : **Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 Menit**
No IKU : **8**
Penanggungjawab : **Direktur Medik dan Keperawatan**
Pencapaian IKU

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan	Penyelesaian Aplikasi Registrasi Online	Modul Registrasi Online	0	0	0	0	0
			Re-eginering RSHS Go dan Reservasi online	0	45.000.000	0	0	0

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Penyusunan proses bisnis registrasi online (termasuk bagi pasien offline, back-up bila sistem down)	0	0	0	0	0
			Finalisasi proses bisnis	0	0	0	0	0
			Pengesahan Proses Bisnis	0	0	0	0	
			Pengembangan Modul	0	0	0	0	0
			User Acceptance	0	0	0	0	0
			Go Live	0	0	0	0	0
2	Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan		Pengadaan Gedung	900.000.000	16.000.000.000	153.308.160.000	153.308.160.000	0
			Pemeliharan Gedung	Biaya IPSRS	1.400.000.000	2.800.000.000	Biaya IPSRS	Biaya IPSRS
			Fasilitas Kantor	563.000.000	285.000.000	0	0	0
3	Program sosialisasi dan edukasi terkait ketepatan pelayanan rawat jalan	Persentase ketepatan memulai pelayanan di klinik	Pelatihan pendaftaran melalui APM bagi Petugas pendaftaran, PU, residen dan DPJP	10.000.000	0	0	0	0
			Monitoring pendaftaran online pada kunjungan berikutnya	0	5.000.000	0	0	0
			Absensi DPJP/residen saat masuk Klinik dengan cara scan barcode melalui Handphone	0	265.000.000	0	0	0

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Monitoring ketepatan memulai pelayanan di klinik	0	5.000.000	0	0	0
4	Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan	Kepatuhan pembuatan Daftar Piket DPJP di poliklinik per bulan Ke IRJ	Data DPJP terkini	0	0	0	0	0
			1. Penunjukan PIC KSM yang bertanggung jawab pembuatan daftar DPJP di Klinik.	0	0	0	0	0
			2. Pembaharuan data DPJP harian sesuai kegiatan DPJP sesuai aplikasi HFIS	0	0	0	0	0
		Persentase Dokter datang sesuai jadwal	Pemeriksaan oleh Dokter tepat Waktu	0	0	0	0	0
			Pemantauan Kedatangan Dokter di klinik	0	5.000.000	0	0	0
			Pengembangan Sistem Komunikasi IRJ dan KSM	5.000.000	0	0	0	0
5	Program peningkatan ketepatan penyediaan, distribusi dan pengembalian rekam medis rawat jalan	Persentase Pengembalian Buku Rekam Medis Melalui aplikasi Tracking RM	Tertib Rekam Medis	0	0	0	0	0

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Pelatihan proses scanning buku RM	600.000	0	0	0	0
			Monitoring kepatuhan PU melakukan scanning Buku RM sebelum pengembalian ke Penyimpanan	5.000.000	0	0	0	0
		Ketepatan Waktu Penyediaan RMRJ	Ketepatan pengambilan berkas RMRJ	585.000.000	585.000.000	604.500.000	67.600.000	715.000.000
			Pengambilan berkas RMRJ dari penyimpanan					
			Ketepatan pendistribusian berkas RMRJ ke klinik					
			Pengiriman berkas RMRJ dari rak sementara ke klinik					
			Ketepatan pengembalian berkas RMRJ					
			Penyerahan berkas RMRJ dari klinik rekam medis					
			Total	**2.068.600.000**	**18.595.000.000**	**156.712.660.000**	**153.375.760.000**	**715.000.000**

Nama IKU	**:**	**Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari**
No IKU	**:**	**9**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	**:**	**Direktur Medik dan Keperawatan**

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
	Program peningkatan mutu pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap	Persentase ketepatan pasien rencana operasi masuk rawat inap H-1	Optimalisasi peran Admission					
			Pengembangan sistem informasi bed secara real time (khususnya ketersediaan bed untuk pasien pre op)	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000
		Bed Turn Over (per bulan)	Monev *discharge process*					
			Monev pelaksanaan discharge coordinator sesuai SOP					
		Bed Turn Over	Monev *discharge process*					
			Pengembangan tim mutu	40.000.000				
			Penjaringan ide perbaikan pada aspek mutu					
			Melakukan 3 kali Kaizen event	50.000.000				
			Pengembangan dashboard alur pasien masuk-keluar		20.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
			Week end service – dari *admission centre*					
			SARIKSA (Sistem Akuntansi Rawat Inap Kanggo Sadaya)					
			Pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		Persentase pasien yang reservasi online ke poli Anestesi H-1	Revisi alur masuk pasien rencana operasi H-1 (skrining di poli Anestesi)	20.000.000	20.000.000			
			Kordinasi pemeriksaan sebelum masuk ranap di ruang transit					
			Peningkatan komunikasi IRJ dengan Admission					
		Pengembangan penjadwalan kamar operasi	Pengembangan penjadwalan kamar operasi	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.00
			Optimalisasi operasi hari sabtu-minggu	Biaya lembur	Biaya lembur	Biaya lembur	Biaya lembur	Biaya lembur
			Percepatan cutting time		8.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
			Optimalisasi penjadwalan operasi					
		Kepatuhan terhadap clinical pathway	Membuat panduan pre operatif asesmen	15.000.000	15.000.000			
			Integrasi penjadwalan online dengan jadwal DPJP yang bertugas	5.000.000	50.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
		Persentase pembatalan operasi	Peningkatan optimalisasi poli Anestesi (Skrining H-1)					
			Week end service -					
			Penambahan kapasitas pemeriksaan pasien masuk ranap hari sabtu-minggu					
		Ketepatan pengiriman dan penjemputan pasien operasi	Penyesuaian perawat sesuai ABK					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Penambahan SDM sesuai ABK					
	Program penurunan persentase kasus pembatalan operasi	Prosentasi pembatalan operasi akibat ketidak tersediaan ICU	Integrasi pelayanan ICU					
			Penambahan kapasitas TT ICU dan perlengkapannya					
			Pengembangan SOP pemilihan prioritas kasus yang akan diakomodir ICU					
	Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif di rawat inap		Pembangunan Discharge Lounge Fresia 2 (ruang transit pulang)			187.515.723		
			Pembuatan SPO pasien masuk Discharge Lounge			147.960.112		
			Pengadaan alat yang bisa mempercepat lama operasi					
			Penambahan alat untuk memenuhi kebutuhan operasi					
	Program pengembangan dan kompetensi SDM pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap		Pelatihan kompetensi perawat bedah	55.000.000	87.839.000	87.839.000	87.839.000	87.839.000
			Pelatihan kompetensi perawat bedah	22.000.000	26.624.200	30.000.000	30.000.000	30.000.000
	Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif rawat inap		Workshop pre operasi elektif	15.000.000	42.000.000	42.000.000	42.000.000	42.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
	Program pengembangan percepatan pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)		Pengadaan Program IT pasien rawat Inap		50.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
			JUMLAH	**445.475.835**	**356.463.200**	**562.314.835**	**226.839.000**	**226.839.000**

Nama IKU : Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP
No IKU : 10
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Medik dan Keperawatan

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Program peningkatan mutu pelayanan ketepatan visite DPJP	Penyusunan rancangan kebijakan/panduan/SPO ketepatan waktu jam visite Dokter Spesialis	1.000.000	1.050.000	1.150.000	1.250.000	1.350.000
		Evaluasi dan analisa indikator kepatuhan waktu jam visite Dokter Spesialis	500.000	500.000	550.000	600.000	650.000
		Evaluasi praktik klinis tahunan Dokter Spesialis dalam melakukan visite harian					
3	Program peningkatan ketepatan visite DPJP	Optimalisasi capaian ketepatan waktu jam visite DPJP di masing-masing KSM					
		Kepatuhan input DPJP pada Sensus Harian Pasien					
		Ketepatan pelaporan pasien yang belum di visite ke Kepala KSM					
		Peningkatan kinerja case manager					

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
2	Program pengembangan sistem aplikasi visite DPJP	Penyempurnaan Aplikasi Visite Dokter Spesialis	50.000.000	52.000.000	55.000.000	60.000.000	60.000.000
4	Program sosialisasi dan edukasi terkait pelayanan ketepatan jam visite	- Pelatihan Service Excellent	15.000.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000
		- Pelatihan Kepatuhan Visite DPJP	12.500.000	12.500.000	12.500.000	12.500.000	12.500.000
5	Program pengembangan aplikasi e-remun yang terintegrasi	- Penyempurnaan aplikasi e-remun yang terintegrasi dengan indikator kinerja individu					
		JUMLAH	**79.000.000**	**81.050.000**	**84.200.000**	**89.350.000**	**89.500.000**

Nama IKU : Persentase Berkas pasien BPJS Layak klaim
No IKU : 11
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Keuangan

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Percepatan pengiriman berkas Klaim	Penyederhanaan alur berkas klaim	0	0	0	0	0
		Optimalisasi proses verifikasi	0	0	0	0	0
2	Peningkatan Kualitas Berkas Klaim	Monitoring dan evaluasi	0	0	0	0	0
		Roadshow ke Unit Kerja terkait	0	0	0	0	0
3	Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam						

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
	Peningkatan Sapras Instalsi Klaim	Renovasi Instalasi Penjamin Klaim	157.000.000	20.000.000	0	0	0
		Pengadaan Faskan IPK	145.000.000	9.000.000	0	0	0
4	Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana.	Optimalisasi Pengadministrasi Umum	0	0	0	0	0
		Meningkatkan OMRR	0	0	0	0	0
		Monitoring dan Evaluasi	0	0	0	0	0
6	Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya	Optimalisasi proses koding berkas rawat jalan	0	0	0	0	0
7	Percepatan pengiriman berkas Klaim	Optimalisasi Pengadministrasi Umum	0	0	0	0	0
		Meningkatkan OMRR	0	0	0	0	0
		Monitoring dan Evaluasi	0	0	0	0	0
		JUMLAH	**302.000.000**	**29.000.000**	**-**	**-**	**-**

Nama IKU : Jumlah Pasien Deteksi Dini Kanker
No IKU : 12
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Umum dan Operasional

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		KSM Bedah Onkologi						
1	Program sosialisasi dan edukasi deteksi dini kanker secara interan dan eksternal RSHS	Mendorong keluarga pasien untuk melakukan SADANIS & IVA test bagi keluarga pasien onkologi (CA mammae dan atau CA serviks)						
		Deteksi dini kanker payudara	Sadani					
			USG					
			Mammografi					
		Deteksi dini kanker cerviks	Iva test					
			Papsmear					
		KSM	Deteksi dini kanker lainnya oleh KSM masing-masing					
			Menyediakan Pelayanan Sederhana deteksi dini Ca Mammae (SADANIS) & Ca Cervix (IVA Tes)					
		Promosi Kesehatan dan Pemasaran	Pembuatan media promosi dan pemasaran deteksi	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			dini kanker cervix dan mammae					
		Patologi Anatomi	Pemeriksaan Pap smear dengan liquid-based					
			Pemeriksaan Pap smear dengan menggunakan tarif kelas 3 bagi keluarga pasien kanker yang berobat ke RSHS					
2	Program Pelatihan dan peningkatan kompetensi pegawai dalam melakukan deteksi dini kanker	Diklat	Pelatihan petugas					
3	Pengembangan aplikasi android deteksi dini kanker	Instalasi SIRS	Aplikasi android untuk deteksi dini					
4	Program pengembangan sarana dan prasarana deteksi dini kanker	Bagian Umum	Ruang deteksi dini di Anggrek		75.000.000	150.000.000		
		KSM Obgyn						
		Rawat Jalan						

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		Radiodiagnostik						
		KSM Bedah Urologi						
		Kedokteran Nuklir						
		KSM IPD						
		Laboratorium Klinik						
		Penanggulangan Kanker						
		Medik						
			JUMLAH	**100.000.000**	**175.000.000**	**250.000.000**	**100.000.000**	**100.000.000**

Nama IKU : Persentase evaluasi Capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun
No IKU : 13
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Umum dan Operasional

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program pelayanan klinis prioritas	Penetapan program pelayanan klinis prioritas tahun 2021	Penetapan unit terkait pelayanan onkologi bedah	7.000.000	7.000.000	7.000.000	7.000.000	7.000.000
		Program pelayanan klinis prioritas	Penyusunan indikator mutu pelayanan	3.750.000	3.750.000	3.750.000	3.750.000	3.750.000
			Pelaksanaan pengukuran					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			indikator mutu pelayanan					
		Program percepatan pencapaian mutu pelayanan klinis prioritas	Usulan renovasi sarpras	200.000.000	200.000.000	400.000.000	400.000.000	400.000.000
			Usulan Fasilitas	300.000.000	300.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000
2	Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien							
3	Monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit	Pemantauan dan pemeliharaan mutu pelayanan klinis prioritas sebelumnya		9.000.000	9.000.000	9.000.000	9.000.000	9.000.000
		Pengembangan SDM terkait program peningkatan mutu	Workshop internal	83.040.000	83.040.000	83.040.000	83.040.000	83.040.000
			Workshop eksternal	302.712.000	302.712.000	302.712.000	302.712.000	302.712.000
			Pekan Ilmiah Tahunan dan Semiloka KARS	3.168.000	3.168.000	3.168.000	3.168.000	3.168.000
		Pengelolaan manajeman risiko	Penyusunan program	12.250.000	12.250.000	12.250.000	12.250.000	12.250.000
			Workshop	48.816.000	48.816.000	48.816.000	48.816.000	48.816.000
		Pengelolaan akreditasi RS	Pertemuan evaluasi	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Pemantapan standar akreditasi	399.092.000	99.600.000	99.600.000	399.092.000	399.092.000
			Pelatihan	619.570.800	-	-	-	-
			Survey	6.518.300.000	-	-	456.000.000	-
			Pit Stop	130.500.000	156.600.000	156.600.000	156.600.000	156.600.000
			Usulan renovasi sarpras	0	0	0	0	0
			Usulan materi & Fasilitas	-	855.691.920	855.691.920	855.691.920	855.691.920
			JUMLAH	**8.645.198.800**	**2.089.627.920**	**2.489.627.920**	**3.245.119.920**	**2.789.119.920**

Nama IKU : Persentase Response Time Rujukan Sisrute IGD RSHS ≤ 5 menit
No IKU : 14
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Umum dan Operasional

NO	Sasaran Strategis L2	Sasaran Strategis L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
	IGD							
1	Program peningkatan pelayanan SISRUTE	Revisi SPO dan Kebijakan tentang sisrute	Menyusun SPO Kebijakan sisrute	0	-	0	0	0
		Decision time sisrute IGD						

NO	Sasaran Strategis L2	Sasaran Strategis L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		Monitoring dan Evaluasi Decision Time Sisrute	Pengumpulan/penarikan Data Response Time Sisrute	0	0	0	0	0
			Pengumpulan/penarikan Data Decision Time Sisrute	0	0	0	0	0
			Analisa Data Decision Time Sisrute	0	0	0	0	0
			Penyusunan Laporan Sisrute per Bulan	0	0	0	0	0
2	Program pengadaan SDM dan peningkatan kompetensi khusus SISRUTE IGD	Pelatihan tenaga Sisrute	Pengajuan perpanjangan kontrak petugas sisrute sebagai Petugas Harian Lepas (PHL)	170.400.000	192.400.000	192.400.000	192.400.000	192.400.000
			Pelatihan komunikasi yang efektif untuk petugas sisrute	12.500.000	12.500.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000
			Pembuat pelatihan pengisian data sisrute yang baik untuk petugas sisrute	12.500.000	12.500.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000
3	Program pengembangan jejaring komunikasi SISRUTE internal dan eksternal RSHS	Pengembangan Jejaring Komunikasi Sisrute	Membuat Grup WA KSM	0	0	0	0	0
			Sosialisasi Panduan dan SPO Sisrute ke KSM	0	0	0	0	0
			Jadwal jaga PJ Sisrute KSM selalu terupdate	0	0	0	0	0
	Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)							

NO	Sasaran Strategis L2	Sasaran Strategis L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
4	Program pengembangan aplikasi Siranap/TT Online RSHS yang terkoneksi dengan SISRUTE	Downtime jaringan < 30 menit						
		Data tempat tidur selalu terupdate	Aplikasi TT online	50.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000
	Penyusunan Panduan dan SPO Pembaharuan Data Siranap/TT Online		Membuat draft panduan dan SPO Pembaharuan Data Siranap/TT Online	0	0	0	0	0
			Verbal Konsep Panduan dan SPO Pembaharuan Data Siranap/TT Online	0	0	0	0	0
			Pengesahan Panduan dan SPO Pembaharuan Data Siranap dan TT Online	0	0	0	0	0
			Sosialisasi Panduan dan SPO Siranap	0	0	0	0	0
5	Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD	Pengadaan Sarana komunikasi untuk operasional petugas sisrute	Pengadaan Handphone untk petugas sisrute	0	4.000.000	0	0	0
			Pengadaan Pulsa dan Kuota internet petugas Sisrute	0	1.200.000	0	0	0
		Pemeliharaan Komputer dan Jaringan Sisrute	Maintenance Rutin Komputer dan Jaringan	0	0	0	0	0
			Pencatatan dan Pelaporan Jaringan Sisrute Error	0	0	0	0	0

NO	Sasaran Strategis L2	Sasaran Strategis L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
6	Program pengembangan kerjasama antar RSHS dengan Dinkes Provinsi		Menyusun PKS Kerjasama	0	0	0	0	0
			JUMLAH	**245.400.000**	**242.600.000**	**242.400.000**	**242.400.000**	**242.400.000**

Nama IKU : Pemenuhan Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana Alat (SPA)
No IKU : 15
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Umum dan Operasional

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program pemeliharaan bangunan RS	Pemenuhan keandalan bangunan	Pemeliharaan bangunan	2.519.121.000	2.525.000.000	2.550.000.000	2.550.000.000	2.550.000.000
2	Program renovasi bangunan yang dikapitalisasi		Renovasi bangunan yang dikapitalisasi	3,964,788,000	5.000.000.000	5.100.000.000	5.200.000.000	5.300.000.000
			Pengadaan fasilitas perkantoran (*water heater*, pompa air)					
3	Program pemeliharaan mekanikal dan elektrikal peralatan nonmedik	Pemenuhan keandalan prasarana	Pemeliharaan prasarana nonmedik	3.129.000.000	3.600.526.600	3.848.079.260	4.230.387.186	4.650.925.905

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Pemeliharaan mekanikal dan elektrikal	9.088.802.484	10.532.406.591	11.107.347.050	10.781.931.755	11.380.124.931
4	Program peningkatan dan penngembangan sarana prasarana rumah sakit (pembangunan dan pengadaan barang modal/fasilitas perkantoran)							
5	Program pemantauan dan peningkatan kualitas udara indoor lingkungan rumah sakit	Pemantauan kualitas udara (*indoor* dan *outdoor*)	Pemantauan kualitas air	41.900.000	41.900.000	46.090.000	50.699.000	55.768.900
			- Air bersih	82.458.000	88.328.000	97.160.800	106.876.880	117.564.568
			- Air RO					
			- Air limbah					
6	Program pengelolaan kebersihan lingkungan	Pengelolaan kebersihan lingkungan		14.634.703.580	14.682.623.264	16.150.885.590	17.765.974.149	19.542.571.564
7	Program pengelolaan limbah (padat, cair, gas)	Pengelolaan limbah padat						
		- Limbah B3		2.858.580.725	3.115.961.200	3.427.557.320	3.770.313.052	4.147.344.357
		- Limbah nonB3		299.821.129	299.821.129	329.803.242	362.783.566	399.061.922

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
8	Program pemenuhan fasiltas keselamatan kebakaran	Peningkatan ketersediaan sarana proteksi kebakaran aktif	Identifikasi, inventarisasi dan pengkajian sarana proteksi aktif (APAR, hidran, alarm kebakaran) di seluruh rumah sakit					
	Program pemeliharaan sarana proteksi kebakaran		Penambahan APAR clean agent	86.200.000				
			Perbaikan sistem alarm kebakaran Gedung EU-COT	197.000.000				
			Penambahan APAR clean agent	86.200.000				
			Penambahan sistem alarm kebakaran Gedung EU-COT	48.500.000				
			Perbaikan sistem alarm kebakaran Gedung EU-COT	48.500.000				
			Perbaikan Sistem Pompa	60.000.000				

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Hidran Gedung EU-COT					
			Penambahan Selang Outdoor Gedung EU-COT	10.400.000				
			Penambahan Selang Indoor Gedung EU-COT	110.200.000				
			Penambahan Lampu dan MCV Gedung RIK	7.500.000				
			Penambahan Selang Hidran Indoor Gedung RIK	57.000.000				
			Penambahan Selang Hidran Outdoor Gedung RIK	10.400.000				
			Penambahan Battery MCFA Gedung Patologi Anatomi	3.000.000				
		Peningkatan ketersediaan sarana proteksi kebakaran pasif	Identifikasi dan inventarisasi tangga darurat, ram, rambu evakuasi di					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			seluruh rumah sakit					
			Tangga Darurat RSHS (Seluruh Unit)					
			- Door Closer	10.000.000				
			- Panic Handle	35.000.000				
			- Set Kunci Pintu Darurat	12.000.000				
			- Engsel Pintu Darurat	7.000.000				
			- Emergency Lamp (Tangga Darurat + Ramp)	93.000.000				
			- Rambu Nomor Lantai dan Arah Evakuasi	7.000.000				
			Ramp					
			- Lampu Penerangan	3.000.000				
			Cardiac					
			- Lobang pinggir tangga darurat barat dan timur	15.000.000				

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Cardiac, Kemuning, Anggrek					
			Penutupan kaca di tangga darurat	8.000.000				
			Kemuning					
			Rembesan air di tangga darurat	10.000.000				
			Anggrek					
			- Instal l Ulang Program MCFA dan Penggantian Heat Detector	9.000.000				
			- Otom atisasi Panel Hidran dan Penggantian Pressure Switch	22.500.000				
			Cardiac					
			- Instal l Ulang Program MCFA, Penggantian Modul dan Wire Modul	50.000.000				
			- Peng ecekan Sistem	30.000.000				

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			RSHS (Seluruh Unit)					
			Penambahan APAR Clean Agent	86.200.000				
			Kemuning					
			- Perbaikan Alarm dan Penggantian Sparepart	50.000.000				
			- Perbaikan dan Otomatisasi Pompa	81.000.000				
			Fresia					
			Perbaikan Alarm dan Penggantian Sparepart	31.000.000				
			Penyambungan Pompa dengan Instalasi Hidran	74.500.000				
			RSHS (Seluruh Unit)					
			- Penambahan APAR Clean Agent	86.200.000				
			- Penambahan APAR Clean Agent	86.200.000				
			JUMLAH	34.185.886.918	39.886.566.784	42.656.923.262	44.818.965.588	48.143.362.147

Nama IKU	:	**Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)**
No. IKU	:	**16**
Penanggungjawab Pencapaian IKU	:	**Direktur Umum dan Operasional**

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Program kontrak service alat kesehatan	**Instalasi Radiodiagnostik**					
		Kontrak Service MRI	1.485.000.000	1.522.000.000	1.560.000.000	1.599.000.000	1.638.975.000
		Kontrak Service MSCT Hitachi 128	1.551.000.000	1.589.775.000	1.630.000.000	1.670.000.000	1.712.000.000
		Kontrak Service MSCT Siemens Somatom Definition Flash 128	2.990.625.000	3.065.000.000	3.140.000.000	3.220.000.000	3.300.000.000
		Kontrak Service X-Ray DR Caresteam DRX Evolution Plus	280.000.000	287.000.000	294.000.000	300.000.000	307.500.000
		Kontrak Service X-Ray DRPanoramic Instrumentarium	150.000.000	155.000.000	160.000.000	165.000.000	170.000.000
		Instalasi Kedokteran Nuklir					
		Kontrak Service Gamma camera Siemens Symbia T6	190.000.000	198.000.000	200.000.000	205.000.000	210.000.000
		Kontrak Service Gamma camera GE Infinia II Hawkeye	765.000.000	784.000.000	803.000.000	823.000.000	843.000.000
		Instalasi Radioterapi					

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Kontrak Service Linac		2.800.000.000	2.870.000.000	8.940.000.000	3.015.000.000
		Kontrak Service Cobalt		400.000.000	410.000.000	420.000.000	430.000.000
		Kontrak Service Simulator	400.000.000	410.000.000	420.250.000	430.756.250	441.525.156
		Pemeliharaan Brachiterapy	1.000.000.000	1.025.000.000	1.050.000.000	1.075.000.000	1.100.000.000
		Instalasi Rawat Intensif					
		Kontrak service Labour Only Ventillator Merk Maquet Type servo I (8 unit)	345.000.000	353.000.000	350.000.000	358.000.000	367.000.000
		Kontrak Service All Risk Ventilator Merk Hamilton Type C2 (8 unit)	640.000.000	656.000.000	672.000.000	688.000.000	705.000.000
		Instalasi Bedah Sentral					
		Kontrak Service Anastesi Ventilator (17 unit)	1.200.000.000	1.230.000.000	1.260.000.000	1.290.000.000	1.320.000.000
2	Program pemeliharaan alat kesehatan	Pemeliharaan Laparaskopi	80.500.000	82.500.000	84.500.000	86.500.000	885.00.000
		Instalasi CSSD					
		Pemeliharaan Steam Sterilisator	246.000.000	252.000.000	258.000.000	264.000.000	270.000.000
		Instalasi Binatu					
		Pemeliharaaan Binatu	274.000.000	280.000.000	287.000.000	294.000.000	300.000.000
3	Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit	**Instalasi Diklit**					

NO	PROGRAM	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Pelatihan Pemeliharaan Peralatan Radiologi					
		Pelatihan Pemeliharaan Peralatan Life Support					
		Pelatihan Pemeliharaan Peralatan Kamar Bedah					
		Pelatihan Pengelolaan Peralatan Medik					
		Pelatihan Perhitungan OEE					
		Pelatihan Pengoperasian dan Pemeliharaan Peralatan Medik					
		TOTAL	**11.597.125.000**	**15.089.275.000**	**15.448.750.000**	**21.828.256.250**	**16.130.000.156**

Nama IKU : Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai
No IKU : 17
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur SDM dan Pendidikan

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Terlaksanaan ya survey Kepuasan pegawai	Survey Kepuasan pegawai	Pelaksanaan Survey	15.000.000	16.000.000	17.000.000	18.000.000	19.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
2	Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi	Terlaksananya Penyempurnaan aplikasi E-remunerasi yang terintegrasi	Menyempurnakan aplikasi E remunerasi yang terintegrasi dengan indikator kinerja individu					
			- Menyediakan mesin fingerprint di area pelayanan (COT, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan)	48.260.000	24.130.000	24.130.000	24.130.000	24.130.000
			- Pemeliharaan mesin fingerprint di area pelayanan (COT, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan)	-	2.413.000	2.413.000	2.413.000	2.413.000
			- pertemuan evaluasi remunerasi :	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
			- Workshop komponen penilaian remunerasi yaitu IKI, grading dan IKU	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
			- Menyempurnakan aplikasi E-remunerasi	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS
3	Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai	Terlaksananya Penyempurnaan aplikasi sistem informasi pegawai (SIMPEG) dan aplikasi	Penyempurnaan aplikasi sistem informasi pegawai (SIMPEG) dan membangun aplikasi layanan kepegawaian RSHS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
		layanan kepegawaian RSHS						
			Workshop Penyempurnaan aplikasi sistem informasi pegawai (SIMPEG) dan membangun aplikasi layanan kepegawaian RSHS	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi	Sesuai tupoksi
4	Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai	Terlaksananya Mapping jenis pengembangan kompetensi yang dibutuhkan (belum adanya standard kompetensi yang harus dimiliki untuk setiap jenis jabatan)	Membangun aplikasi pengembangan kompetensi					
			- workshop Penyusunan standar kompetensi dan kamus kompetensi	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
			- Mengembangkan aplikasi pengembangan kompetensi	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS	Anggaran SIRS

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
5	Program MCU pegawai	Terlaksananya Pemeriksaan kesehatan bagi pegawai (MCU)	Pemeriksaan kesehatan pegawai RSHS	503.974.000	524.043.000	524.043.000	524.043.000	524.043.000
			Pemeriksaan kesehatan BAPETEN radioterapi					
			Pemeriksaan kesehatan BAPETEN Cathlab					
			Pemeriksaan kesehatan BAPETEN Radiologi					
			Pemeriksaan kesehatan BAPETEN Nuklir					
			Pemeriksaan Kesehatan Petugas Khemo					
			Pemeriksaan Kesehatan Airbone					
			Pemeriksaan kesehatan petugas berisiko tinggi					
			Pemeriksaan kesehatan petugas					
			Vaksin Hepatitis B					
6	Program pengembangan pegawai	Terlaksananya Pendidikan dan Pelatihan	Pendidikan dan Pelatihan					
			PENDIDIKAN FORMAL	1.491.220.000	3.321.479.000	3.417.408.000	3.054.528.000	3.054.528.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			S-1		(ISDB)	(ISDB)	(ISDB)	(ISDB)
			1. Profesi Ners					
			2. Rekam Medis					
			S-2					
			1. Farmasi Klinik					
			2. Program Spesialis Keperawatan Anak					
			3. Program Spesialis Keperawatan Kritikal					
			4. Program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah					
			5. Program Spesialis Keperawatan Maternitas					
			6. Kebidanan					
			7. Gizi					
			8. Teknik Elektro					
			9, Teknik Mesin					
			10. Teknik Sipil					
			Pendidikan Kedokteran Sub Spesialis					
			1. Pediatric Anestesi					
			2. Neonatologi					
			3. Emergency dan Rawat Intensif Anak					
			4. Bedah Anak					
			5. Bedah Onkologi					
			6. Bedah Digestive					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			7. Bedah Vaskuler					
			8. Geriatri					
			PELATIHAN DI DALAM RSHS (IHT)	2.540.166.000	1.853.076.000	3.050.000.000	3.355.000.000	3.690.500.000
			1. Pelaksanaan in house training keperawatan	1.223.395.500	1.266.076.895	1.400.500.000	1.400.500.000	1.400.500.000
			2. Pelatihan in house training : Farmasi	74.500.000	80.378.500	90.000.000	90.000.000	90.000.000
			3. Pelatihan in house training : Gizi	70.200.000	35.900.000	90.000.000	90.000.000	90.000.000
			4. Pelatihan in house training : Nakes lainnya	377.502.500	270.733.105	500.000.000	500.000.000	500.000.000
			5. Pelatihan in house training : Administrasi	422.068.000	119.478.5	500.000.000	500.000.000	500.000.000
			6. Pelatihan in house training : medis	372.500.000	80.500.000	469.300.000	469.300.000	469.300.000
			PELATIHAN KE LUAR RSHS	2.052.929.000	208.152.000	1.196.687.300	1.436.024.760	1.795.030.950
			1. Medis			(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)
			2. Keperawatan					
			3. Nakes Lain					
			4. Administrasi					
			SEMINAR LOKAKARYA					
			1. Medis	991.594.620	239.100.000	1.196.412.500	1.375.875.000	1.788.636.700
			2. Non Medis			(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)
			STUDI BANDING	210.000.000	108.249.000	221.087.000	265.303.500	344.900.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			1. Dalam Negeri			(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)	(+untuk ISDB)
			2. Luar Negeri					
			BIAYA PENDIDIKAN BERKELANJUTAN	700.000.000	250.000.000	300.000.000	390.000.000	526.500.000
			1. Dalam Negeri					
			2. Luar Negeri					
			PELATIHAN PENINGKATAN KAPASITAS SDM	900.000.000	2.100.000.000	2.200.000.000	2.860.000.000	3.718.000.000
			Dalam Negeri					
7	Program akreditasi pelatihan	Pengusulan akreditasi pelatihan	Bimbingan oleh PPSDM	61.750.000				
			Penyusunan Dokumen					
			Visitasi					
			Penyempurnaan Dokumen					
			Usulan Akreditasi Institusi					
			Penilaian oleh PPSDM					
			Akreditasi Institusi Pelatihan Kesehatan	36.500.000	98.500.000	23.500.000	23.500.000	68.500.000
			Pengembangan staf /pimpinan dengan mengikuti pelatihan/workshop/konsultasi terkait	5.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			dengan akreditasi institusi, penyusunan dokumen mutu dan audit mutu internal					
			Sosialisasi program akreditasi institusi kepada unit terkait oleh Puslatkes PPSDM Kemenkes RI, dengan tujuan mensosialisasikan dan membangun komitmen antara pimpinan dan seluruh jajaran organisasi	5.000.000	5.000.000			
			Menetapkan tim penyusun dokumen mutu dan tim pengendali mutu sebagai tim audit mutu internal dalam surat keputusan Direktur Utama	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
			Melaksanakan penyusunan dokumen mutu oleh tim penyusun dokumen sesuai dengan dipersyaratkan pada masing masing parameter dengan difasilitasi oleh	10.000.000	25.000.000			

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Puslatkes PPSDM Kemenkes RI					
			Tim Pengendali Mutu melakukan audit mutu internal tahap 1	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
			Melaksanakan self assesment oleh tim pengendali mutu	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
			Melaksanakan Audit mutu internal tahap 2 oleh Tim Pengendali mutu	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
			Pelaksanaan Visitasi akreditasi institusi penyelenggaran pelatihan	4.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000
			Melaksanakan Penilaian akreditasi institusi penyelenggaraan pelatihan	10.000.000	45.000.000			45.000.000
			Tim Pengendali mutu melakukan audit mutu internal ke 1	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
			Tim Pengendali mutu melakukan audit mutu internal ke 2		500.000	500.000	500.000	500.000
			Melaksanakan penilaian mandiri		500.000	500.000	500.000	500.000

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			TOTAL	**12.129.799.620**	**10.627.230.500**	**15.295.980.800**	**16.452.117.260**	**18.724.481.650**

Nama IKU : Jumlah Lean Project yang Terlaksana
No IKU : 18
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Umum dan Operasional

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit	**Program Sistem Administrasi Rawat Inap Kanggo Sadaya (Sariksa) Tahap I s.d IV di RSHS Bandung**	Perencanaan Analisis kebutuhan	0	0	0	0	0
			• Instalasi SIRS					
			• Bagian PPA					
			• Instalasi Penjamin Klaim					
			• Instalasi Rawat Inap					
			• Instalasi Rekam Medik					
			Desain & Development Program	15.000.000	0	0	0	0
			• Inst. SIRS					
			• Bagian PPA					
			• Instalasi Rawat Inap					
			Implementasi					
			• Bagian PPA Biling pasien					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			• Instalasi Rawat Inap					
			Maintenance & Monev	11.700.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000
			• Bagian PPA					
			• Instalasi SIRS					
			Tahap pengembangan	15.000.000	25.000.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000
			• pembentukan tim pengembangan					
			• analisa dan					
			• desain aplikasi e-office					
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• Monitoring dan evaluasi					
		Program Pengembangan Kompetensi dan Organisasi di RSHS Bandung	Tahap Pengembangan	0	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
			• pembentukan tim pengembangan					
			• analisa dan desain Aplikasi					
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• Monitoring dan evaluasi					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
2	Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit	**Program Sistem Aplikasi Pelaporan Rumah Sakit Terintegrasi (Siparkit) di RSHS Bandung**	Perencanaan Analisis kebutuhan	0	0	0	0	0
			Desain & Development Program	32.602.500	0	0	0	0
			Implementasi	0	5.000.000	5.000.000	0	0
			Maintenance & Monev	10.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000
			• Instalasi SIRS					
			• Bagian PE					
			• Komite Mutu					
			• Bidang Pelayanan Medik					
			• Konsultan IT (sesuai SBM)					
			Tahapan Pengembangan	0	40.000.000	0	0	0
			• pembentukan tim pengembangan					
			• analisa dan					
			• desain aplikasi Siparkit					
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• monitoring dan evaluasi					
		Program Integrasi IT Perencanaan, Pengadaan dan Pembayaran di RSHS Bandung	Perencanaan Analisis kebutuhan					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Desain & Development Program	0	192.000.000	0	0	0
			Implementasi	0	0	5.000.000	0	0
			Maintenance & Monev	0	12.000.000	12.000.000	12.000.000	0
			• Inst. SIRS					
			• Bagian PE					
			• ULP					
			• PPA					
			• Konsultan IT					
			• Direktorat Keuangan					
			Tahapan Pengembangan	0	0	40.000.000	50.000.000	0
			• pembentukan tim pengembangan					
			• analisa dan					
			• desain aplikasi Siparkit					
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• monitoring dan evaluasi					
3	Program peningkatan mutu pelayanan	**Program Penetapan Mata Anggaran di RSHS Bandung**	Perencanaan Analisis kebutuhan	0	250000	0	0	0
			Desain & Development Program	0	6.000.000	0	0	0
			Implementasi	0	0	0	0	0

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			Maintenance & Monev	0	250.000	0	0	0
			• Instalasi SIRS					
			• Bagian Akuntansi dan BMN					
			• Bagian Perencanaan dan Evaluasi Anggaran					
			• Instalasi Fasilitas Medik					
			• Bagian Akuntansi dan BMN					
			Tahapan Pengembangan	0	250.000	0	0	0
			• pembentukan tim pengembangan					
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• monitoring dan evaluasi					
4	Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit	**Aplikasi Tata Naskah DInas Elektronik (TNDE)**	Implementasi	-	4.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
			Maintenance & Monev	0	8.500.000	8.500.000	8.500.000	8.500.000
			• Biro Umum (Sekretariat Jenderal, Kemenkes)					
			• Bagian Umum					
			• Instalasi SIRS					
			Tahapan Pengembangan	0	11.000.000	6.000.000	6.000.000	6.000.000
			• pembentukan tim pengembangan					

NO	Progam L2	Progam L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
			• pengembangan dan pemrograman					
			• Uji coba					
			• Sosialisasi dan implementasi					
			• Monitoring dan evaluasi					
			TOTAL	**84.302.500**	**378.250.000**	**168.500.000**	**168.500.000**	**106.500.000**

Nama IKU : Pertumbuhan Pendapatan Pertahun
No IKU : 19
Penanggungjawab Pencapaian IKU : Direktur Keuangan

No.	Program	Kegiatan	Estimasi Biaya				
			2020	2021	2022	2023	2024
1.	Pengembangan layanan radioterapi		Menunggu Ijin Bapeten	9.900.000.000 (Alat untuk Brakhiterapi)	3.000.000.000 (Pemeliharaan)	3.000.000.000 (Pemeliharaan)	3.000.000.000 (Pemeliharaan)
2	Pengembangan layanan bedah /Minimal Invasive		33.596.000 (Hardware)	43.710.000 (Faskan)	13.100.000.000 (Alkes)	-	-

No.	Program	Kegiatan	Estimasi Biaya				
			2020	2021	2022	2023	2024
3	Pengembangan layanan estetik		470.375.526 (Faskan)	17.454.877.646 (Gedung, Faskan)	9.845.267.892 (Alkes, BMHP)	6.000.000.000 (BMHP)	6.000.000.000 (BMHP)
4	Layanan telemedicine		-	-	-	-	-
5	Layanan klinik vaksin		1.112.310.419 (Faskan, IT & Vaksin)	558.304.109 (Vaksin)	600.000.000 (Vaksin)	675.000.000 (Vaksin)	750.000.000 (Vaksin)
6	Pengembangan layanan darah		2.169.449.000 (Gedung, Faskan, Hardware, BMHP, konsumsi)	524.705.000 (Faskan, konsumsi untuk pendonor)	120.000.000 (Konsumsi untuk Pendonor)	120.000.000 (Konsumsi untuk pendonor)	120.000.000 (Konsumsi untuk pendonor)
7	Layanan MCU terpadu		437.119.048 (BMHP)	516.571.048 (Faskan,BMHP)	450.000.000 (BMHP)	480.000.000 (BMHP)	528.000.000 (BMHP)
8	Pengembangan layanan rehabilitasi medik		-	-	7.000.000.000 (Alkes)	-	-
9	Pengembangan bedah jantung		-	-	700.000.000 (Alkes)	-	-
10	Layanan sleep lab		-	-	-	Layanan sleep lab	Layanan sleep lab
11	Layanan stem cell		-	-	-	-	Layanan stem cell

No.	Program	Kegiatan	Estimasi Biaya				
			2020	2021	2022	2023	2024
		TOTAL	4.222.849.993	28.998.167.803	34.815.267.892	10.275.000.000	10.398.000.000

Nama IKU : **Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional**

No IKU : **20**

Penanggungjawab Pencapaian IKU : **Direktur Keuangan**

NO	PROGRAM L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
	2020							
1	Penurunan biaya perkantoran	Penurunan biaya perkantoran selama setahun dgn target 9.683.526.255	Pembuatan SK, Pedoman Standar Biaya Perkantoran	0				
		penetapan standar biaya perkantoran per coorporate						
2		pengembangan IT standarisasi biaya operasional RS pada biaya keperluan sehari-hari perkantoran melalui system IT Logistik yang ada	Pembuatan Aplikasi / Pengembangan Aplikasi	10.000.000				

NO	PROGRAM L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
3		Pemanfaatan sistem informasi logistic untuk manajemen	Monitoring Aplikasi Logistik					
	2021							
4	Efisiensi biaya keperluan sehari hari sebesar 10% dari tahun sebelumnya, dengan target Biaya Rp 3.118.130 /OT	Penurunan biaya perkantoran selama setahun dgn target 8.715.173.630	SK Dirut, sesuaikan dengan RKAKL		0			
5	Monev Biaya perkantoran sehari hari per direktorat		Monev biaya per direktorat (laporan Biaya per direktorat)		0			
6	Modifkasi sistem IT logistic untuk Monev dan feedback Biaya perkantoran sehari hari per direktorat		Modifikasi IT Logistic		10.000.000			
	2022							
7	Program Efisiensi biaya keperluan sehari hari sebesar 10% dari tahun sebelumnya, dengan target Biaya Rp 2.771.671/OT	Penurunan biaya perkantoran selama setahun dgn target 7.746.821.004				0		
8	Program monev Biaya perkantoran sehari hari per unit kerja		Monev biaya per unit kerja (laporan biaya per unit kerja)					

NO	PROGRAM L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
9	Program modifkasi sistem IT logistic untuk Monev dan feedback Biaya perkantoran sehari hari per unit kerja		Modifikasi IT Logistic			10.000.000		
	2023							
10	Program Efisiensi biaya keperluan sehari hari sebesar 10% dari tahun sebelumnya dengan target Biaya Rp 2.425.212/OT	Penurunan biaya perkantoran selama setahun dgn target 6.778.468.379					0	
11	Program monev Biaya perkantoran sehari hari per unit kerja		Monev biaya per unit kerja (laporan biaya per unit kerja)					
12	Program modifkasi sistem IT logistic untuk Monev dan feedback Biaya perkantoran sehari hari per unit kerja		Modifikasi IT Logistic				10.000.000	
	2024							
13	Program penerapan standar biaya keperluan sehari hari perkantoran dlm kinerja unit, dengan target Biaya Rp 2.425.212/OT	Penurunan biaya perkantoran selama setahun dgn target 6.778.468.379	Revisi standart biaya perkartoran					0

NO	PROGRAM L2	Program L3	Kegiatan	ESTIMASI BIAYA				
				2020	2021	2022	2023	2024
14	Program perhitungan kinerja unit melalui efisiensi biaya keperluan perkantoran sehari hari		Menyusun IKU unit kerja melalui efisiensi Biaya perkantoran					0
15	Program audit sistem IT dalam monev kendali biaya perkantoran sehari hari		Audit sistem IT					10.000.000
			JUMLAH	**10.000.000**	**10.000.000**	**10.000.000**	**10.000.000**	**10.000.000**