

REVISI KETIGA

RENCANA STRATEGIS BISNIS

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

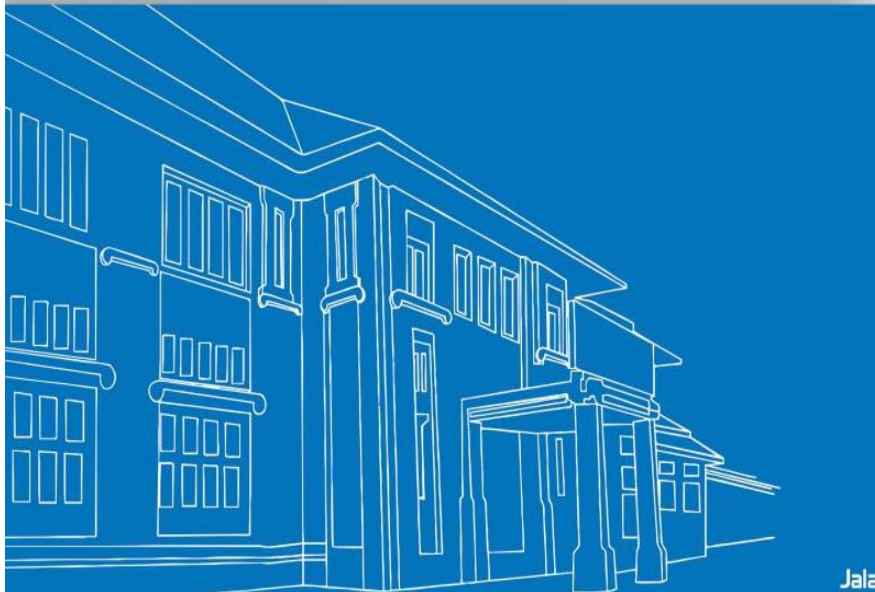
TAHUN 2020-2024

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

JANUARI 2023



Jalan Pasteur No.38 Bandung

Telp. (022) 2034953-55 Fax. (022) 2032216 SMS Hotline. 08112335555

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 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 telah mengalami tiga kali revidi yaitu tahun 2020, 2021 dan 2022. Pada Revisi ketiga RSB RSHS Tahun 2022 dilakukan perubahan yang terjadi karena adanya perubahan lingkungan organisasi terkait transformasi dan program pengampunan serta arahan dari Dewas RSHS.

RSB 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 ketiga 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 Bandung



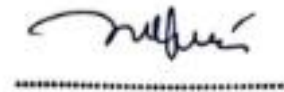
dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS.

LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI
REVISI KETIGA RSB RSHS TAHUN 2020-2024

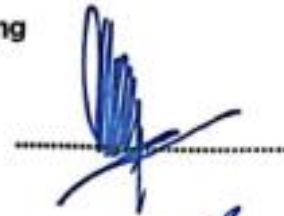
1. dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS.
Plt. Direktur Utama



2. Dr. dr. Zulvayanti, Sp. OG(IK), M.Kes.
Plt. 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

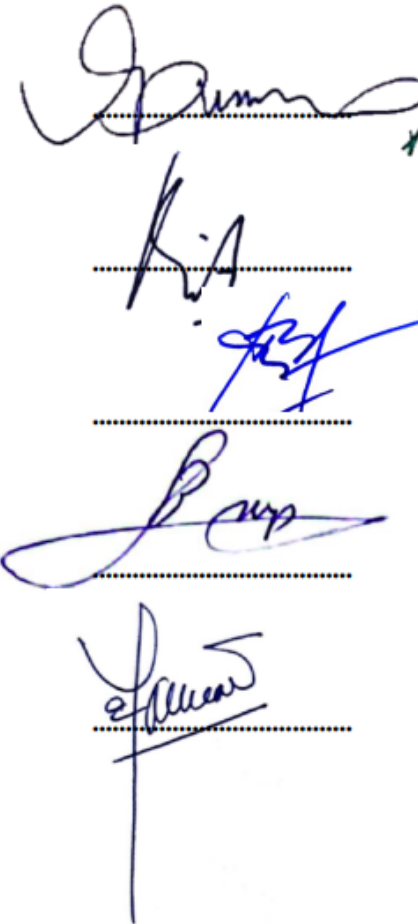


5. Drs. Sudarto, MM
Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara



**LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS
REVISI KETIGA RSB RSHS TAHUN 2020-2024**

1. Prof. Dr. dr. Agus Purwadianto, DFM., SH., M.Si., Sp.F(K)
(Ketua)
2. Prof. Dr. Rina Indiasuti, M. SIE
(Anggota)
3. dr. Yanti Herman SH., MH.Kes.
(Anggota)
4. Dr. Drs. Bilmar Parhusip, M.Si.
(Anggota)
5. Dra. Elly Fariani, Ak., M.Sc.
(Anggota)



The image shows five handwritten signatures in blue ink, each positioned above a horizontal dotted line. The signatures are: 1. A cursive signature for Agus Purwadianto. 2. A signature for Rina Indiasuti. 3. A signature for dr. Yanti Herman. 4. A signature for Dr. Drs. Bilmar Parhusip. 5. A signature for Dra. Elly Fariani.

DAFTAR ISI

	Hal
Kata Pengantar	i
Lembar Pengesahan	ii
Daftar isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	vii
Tim Penyusun	viii
Ringkasan Eksekutif	ix
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Resume Renstra K/L	1
1.2. Visi dan Misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	3
1.3. Target Rencana Stratgis Bisnis (RSB)	5
BAB II. ANALISIS DAN STRATEGIS	9
2.1. Evaluasi Kinerja BLU	9
2.2. Analisis SWOT dan Posisi Strategis	10
2.2. Inisiatif Strategi	12
BAB III. RENSTRA BISNIS 5 TAHUN	14

3.1. Program Strategis	14
3.2. Strategis Bisnis	15
3.3. Kegiatan dan Indikator	16
BAB IV. PENUTUP	36
LAMPIRAN-LAMPIRAN	37

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1.1 Tujuan Strategis dan Sasaran Strategis Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024	2
Tabel 1.2 Kesesuaian Misi RSHS dan Penjabaran Misi Presiden di Kemenkes	3
Tabel 1.3 Budaya Rumah Sakit (Nilai dan Perilaku)	4
Tabel 2.1 Capaian Target IKUT RSB Tahun 2015-2019	9
Tabel 2.2 Kekuatan (<i>Strength</i>)	10
Tabel 2.3 Kelemahan (<i>Weakness</i>)	10
Tabel 2.4 Peluang (<i>Opportunity</i>)	11
Tabel 2.5 Ancaman (<i>Threat</i>)	11
Tabel 2.6 Analisa TOWS	12
Tabel 3.1 Sasaran Strategis	16
Tabel 3.2 Matrik Indikator Sasaran Strategis	17
Tabel 3.3 Rincian Renstra Bisnis Selama 5 Tahun	20

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Diagram Posisi Strategis	12
Gambar 3.1 Peta Strategis RSHS	16

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	38
Lampiran 2 Program Strategis	39
Lampiran 3 Master Plan	43
Lampiran 4 Profil Indikator	46
Lampiran 5 Analisa Mitigasi Resiko	124
Lampiran 6 Proyeksi Keuangan	130
Lampiran 7 Roadmap Pengembangan layanan	149
Lampiran 8 Alur KISS	178
Lampiran 9 Program BKOM	182

TIM PENYUSUN

Pelindung	: Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin Plt. Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin
Penasehat	: Plt. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian Direktur Keuangan & BMN
Ketua	: drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc
Sekretaris	: dr. Nurul Wulandhani, MM.
Anggota	: <ol style="list-style-type: none">1. Dr. dr. Lina Lasminingrum, dr., SpTHT.KL(K), M.Kes.2. dr. Zulaehah Hidayati3. Yoice Novita Fritresnahandiyati, SH., LL.M.4. Dr. dr. Hikmat Permana, SpPD-KEMD5. dr. Dian Tjahyadi, Sp.OG(K), MMRS6. dr. Riyadi, SpAK., M.Kes.7. dr. Zulfayanti, SpOG(K), M.Kes.8. Dr. dr. Ahmad Ramdan, Sp.OT(K), MKM9. Siti Mahmudah, SH., MH.Kes.10. Elvira Ivantika, SKM., ME11. Tri Handajani, SE.Ak., MM12. Tanti Nutrianti, SE., MAK.13. Agus Suramto, S.Sos., MM14. dr. Sayu Wulan Sari Dewi, MH.Kes15. Dr. dr. Ruswana Anwar, SpOG-KFER., M.Kes.16. dr. Indriasari, SpAn., M. Kes.17. dr. Dominica Herlijana, SpM., M.Kes.18. dr. Tommy Ruchimat, SpB-KBD19. Dr. dr. Melati Sudiro. SpTHT-KL(K), M.Kes.20. dr. Edwin Armawan, SpOG(K). MM., MH.Kes

21. Asep Supriatna, S.ST., RMIK
22. Dadan Teja Nugraha, ST., M.Kom
23. Susi Sugiarti Puspitorini, SKM., MKM
24. dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An.,KNA.,M.Kes
25. dr. Dini Hidayat, SpOG(K)., M.Kes.
26. dr. Fiva Aprilia Kadi, Sp.A(K)., M.Kes.
27. dr. David Hadi Saputra
28. Lestari, SIP., MM
29. Dra. Pinpin Siti Pudjiawati, MAP.
30. Maya Mustikasari, SKM., MKM
31. Dra. Martin Takarini, MAB
32. Singgih Pambudi, S.Kep.Ners, M.Kep.
33. Leni Hartati, SAB., MAB.
34. dr. R. Maman Abdurahman, SpB(K)-Onk
35. Andi Priyadi, ST
36. Ignatius Kukuh Baruna Indrayana, ST., M.Si.

RINGKASAN EKSEKUTIF

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024 yang memuat visi, misi, sasaran strategis, dan program kegiatan yang dilengkapi dengan indikator kinerja dan target yang akan dicapai, yang selanjutnya menjadi acuan dalam penyusunan rencana kegiatan setiap tahunnya. Dalam rangka mewujudkan visi 2024 “Menjadi Rumah Sakit Yang Mandiri dengan Layanan Prima Pada Tahun 2024”, maka RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung memiliki misi yaitu “1) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima, yang Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian; 2) Meningkatkan pelayanan *revenue center* rumah sakit; dan 3) Menyelenggarakan pengampunan strata layanan rumah sakit jejaring”. Untuk mencapai Visi dan Misi tersebut, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menetapkan sasaran strategis, yaitu :

1. Meningkatnya kepuasan pelanggan
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
3. Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi
4. Terwujudnya proses yang inovatif
5. Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
6. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
7. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)
8. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal
9. Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara optimal
10. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan
11. Meningkatnya employee engagement
12. Terlaksananya Lean Culture
13. Meningkatnya pendapatan

14. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
15. Tercapainya Efisiensi biaya operasional

Sasaran strategis yang diperlukan pada perspektif finansial adalah meningkatnya pendapatan, meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan, dan efisiensi biaya operasional bisa ditempuh jika RSHS mampu meningkatkan kepuasan pasien dan derajat kesehatan masyarakat pada perspektif stakeholder. Untuk mewujudkan kedua sasaran strategis tersebut, RSHS harus dapat mewujudkan proses bisnis dan internal melalui tujuh aspek yaitu a) meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi; b) Terwujudnya proses yang inovatif; c) Terwujudnya proses yang inovatif; d) Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan rujukan; e) Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan; f) Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas); g) Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal; h) Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara optimal. Dari perspektif *learning and growth*, dapat dicapai melalui terpenuhinya standar SPA, meningkatnya a) Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan b) Meningkatnya employee engagement, dan c) terlaksananya lean culture, dengan masing-masing sasaran strategis memiliki ISS untuk mengukur pencapaiannya serta program dan kegiatan strategis untuk mencapai ISS yang telah ditetapkan.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Resume Renstra K/L

Dalam rangka mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur sesuai RPJPN 2005-2025, Presiden terpilih sebagaimana tertuang dalam RPJMN 2020-2024 telah menetapkan Visi Presiden 2020-2024 “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong”. Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi presiden di bidang kesehatan yaitu menciptakan manusia sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

Dalam rangka mencapai terwujudnya visi Presiden yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) misi Presiden 2020-2024, yaitu :

1. Peningkatan kualitas manusia Indonesia
2. Penguatan struktur ekonomi yang produkti, mandiri dan berdaya saing
3. Pembangunan yang merata dan berkeadilan
4. Mencapai lingkungan hidup yang berkelanjutan
5. Kemajuan budaya yang mencerminkan kepribadian bangsa
6. Penegakan sistem hukum yang bebas korupsi, bermartabar dan terpercaya
7. Perlindungan bagi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga
8. Pengelolaan pemerintahan yang bersih, efektif, dan terpercaya
9. Sinergi pemerintah daerah dalam kerangka negara kesatuan

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan visi Presiden tahun 2020-2024, sebagai berikut :

1. Meningkatkan kesehatan reproduksi, Ibu, anak dan remaja
2. Perbaiki gizi masyarakat
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit
4. Pembudayaan Germas
5. Memperkuat sistem kesehatan

Guna mewujudkan Misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan menetapkan 6 (enam) Tujuan Strategis dan 18 (delapan belas) sasaran strategis, sebagai berikut:

Tabel 1.1 Tujuan Strategis dan Sasaran Strategis Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

NO.	TUJUAN STRATEGIS	SASARAN STRATEGIS
1.	Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta penguatan pemberdayaan masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga 2. Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer 3. Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik
2.	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas	<ol style="list-style-type: none"> 4. Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan 5. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik 6. menguatnya dan terdistribusinya mutu rumah sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
3.	Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menguatnya produksi alat kesehatan bahan baku obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri 8. Menguatnya surveilans yang adekuat

		9. Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan
4.	Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan	10. Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif 11. Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>
5.	Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan	12. Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas 13. Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan 14. Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan
6.	Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif	15. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti 16. Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti 17. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik

1.2. Visi dan Misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

A. Visi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Visi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yaitu **“Menjadi Rumah Sakit Yang Mandiri Dengan Layanan Prima Pada Tahun 2024”**. Visi ini mencerminkan penjabaran visi Presiden di Kemenkes yaitu dengan menjadi rumah sakit yang mandiri dengan layanan prima pada tahun 2024 akan mendukung menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

B. Misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yaitu :

- 1) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima Yang Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian;
- 2) Meningkatkan pelayanan *revenue center* rumah sakit; dan

3) Menyelenggarakan pengampuan strata layanan rumah sakit jejaring

secara umum kesesuaian Misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan Penjabaran Misi Presiden di Kementerian Kesehatan adalah seperti dalam tabel berikut :

Tabel 1.2 Kesesuaian Misi RSHS dan Penjabaran Misi Presiden di Kemenkes

NO.	MISI RSHS	ANALISA	NO	PENJABARAN MISI PRESIDEN DI KEMENTERIAN
1.	Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima, Yang Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian	Mendukung Misi Kemenkes No. 1 dan 3	1.	Menurunkan angka kematian ibu dan bayi Memperbaiki pengelolaan jaminan kesehatan nasional Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit
2.	Meningkatkan pelayanan <i>revenue center</i> rumah sakit	Mendukung Misi Kemenkes No. 5	2.	Memperkuat sistem kesehatan
3.	Menyelenggarakan pengampuan strata layanan rumah sakit jejaring	Mendukung Misi Kemenkes No. 5	3.	Memperkuat sistem kesehatan

Hal tersebut sesuai dengan motto RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah **“Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami”**. Sedangkan budaya, nilai-nilai dan perilaku utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang disepakati menjadi **“PAMINGPIN PITUIN”** dalam arti menggambarkan siapa RSHS dan budaya Jawa Barat yang menjadi nilai dan panutan manajemen dan karyawan dalam memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien, dan sesama karyawan dan sesuai dengan transformasi SDM kesehatan **“BERAKHLAK”** yaitu :

Tabel 1.3 Budaya Rumah Sakit (Nilai dan Perilaku)

No.	Nilai	Makna Nilai
1.	Kepemimpinan	nilai yang menggambarkan kepeloporan dan menyiapkan talenta-talenta terbaik di bidangnya

2.	Profesional	nilai yang berorientasi pada pencapaian kinerja melalui penjalinan kemitraan
3.	Inovatif	nilai yang menggambarkan keinginan untuk menghasilkan suatu yang baru dan senantiasa melakukan perbaikan secara berkesinambungan
4.	Tulus	keinginan untuk memberi tanpa pamrih, proaktif dan responsive
5.	Unggul	keinginan untuk menjadi yang terbaik dan menghasilkan kualitas prima
6.	Integritas	nilai yang menggambarkan kejujuran, amanah dan menjunjung etika yang tinggi dalam menjalankan tugas

C. Tugas dan Fungsi

berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

1) Tugas

Pasal 3. RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

2) Fungsi

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 3, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyelenggarakan fungsi :

- a) penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b) pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c) pengelolaan pelayanan non medis;
- d) pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- e) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g) pengelolaan keuangan dan barang milik negara;

- h) pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i) pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat;
- j) pelaksanaan sistem informasi;
- k) pemantauan, evaluasi dan pelaporan; dan
- l) pelaksanaan urusan administrasi umum rumah sakit.

1.3 Target Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Revisi ketiga 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 umum, penyusunan RSB RSHS Tahun 2020-2024 bertujuan untuk mendapatkan :

- a. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode 5 tahunan dalam yang sejalan dengan program rencana Aksi Program Ditjen Pelayanan Kesehatan
- b. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan UPT Vertikal.
- c. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi UPT dan dalam pencapaian visi yang telah ditentukan
- d. Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para stakeholder inti UPT Vertikal

Adapun tujuan strategis dari RSB RSHS Tahun 2020-2024 sebagai berikut :

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 5 indikator kinerja yaitu 1) Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat; 2) Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit; 3) Persentase penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit; 4) Waktu tanggap operasi emergency sectio cesarea; 5) 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; 3) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan 4) Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan 5) Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas); 6) Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal; 7) Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara optimal. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin menggunakan 23 (dua puluh tiga) indikator kinerja yaitu 1) Persentase utilisasi ruangan operasi; 2) Jumlah hasil penelitian yang diterapkan pertahun; 3) Jumlah penelitian dengan publikasi internasional; 4) Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR); 5) Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital; 6) Persentase kejadian infeksi daerah operasi; 7) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit; 8) Persentase pasien yang memenuhi standar WTE \leq 48 jam; 9) Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun; 10) Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target; 11) Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol; 12) Jumlah laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester; 13) Jumlah capaian target strata utama dari 9 layanan penyakit prioritas; 14) Persentase kasus rujukan sirsute dengan keputusan final DPJP \leq 30 menit; 15) Jumlah RS umum daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketentuan; 16) Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna; 17) Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional; 18) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar; 19) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang; 20) Penundaan waktu operasi elektif; 21) Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik; 22) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap; dan 23) Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU.

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) Meningkatnya kualitas sarana, Prasarana dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan, 2) Meningkatnya employee engagement, 3) Terlaksananya Lean Culture. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin menggunakan 5 indikator kinerja yaitu : 1) Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Rumah sakit sesuai standar; 2) Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana; 3) Persentase peralatan medis dan non medis yang memenuhi standar keandalan alat (OEE); 3) Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai, 4) Jumlah keberhasilan 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 3 (tiga) sasaran strategis yaitu : 1) Meningkatnya pendapatan; 2) Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan; dan 3) Tercapainya Efisiensi biaya operasional. Dalam rangka mengukur pencapaian sasaran yang dimaksud, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menggunakan 10 indikator kinerja yaitu : 1) Pertumbuhan pendapatan pertahun; 2) persentase berkas pasien BPJS layak klaim; 3) Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran; 4) Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif 5) Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK; 6) Persentase realisasi target pendapatan BLU; 7) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni; 8) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU 9) Persentase nilai EBITDA margin; 10) Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional.

BAB II
ANALISIS DAN STRATEGIS

2.1 Evaluasi Kinerja BLU

Pencapaian target kinerja Indikator Kinerja (IKU) berdasarkan RSB RSHS Tahun 2015-2019 sebagai berikut :

Tabel 2.1 Capaian Target IKUT RSB Tahun 2015-2019

SASARAN STRATEGIS	KPI	CAPAIAN		
		2017	2018	2019
Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat	AKI – Maternal Mortality Ratio (MMR)	849/100.000 (penurunan 12%)	688/100.000 (penurunan 12%)	1.191/100.000 (penurunan 12%)
	AKB	78,75‰ (Penurunan 10%)	69‰ (Penurunan 10%)	75,4‰ (Penurunan 10%)
	Insidensi kanker serviks	0,007	0,0118	0,0062
Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat	Preferensi masyarakat	99,44%	95%	99,90%
	Akreditasi RSHS	Terakreditasi 100% KARS	Terakreditasi JCI (RSHS)	Terakreditasi JCI (RSHS)
	Tingkat kepuasan pasien	73,84	78,66	82,39
	Tingkat kepuasan peserta didik	79,6	80,32	85,42
Terwujudnya layanan unggulan	% keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan	90,12%	89,39%	88,92
	NDR rumah sakit	46,10‰	48,96‰ (Penurunan 5%)	53,30‰ (Penurunan 5%)
Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan	% kasus rujukan yang tepat	50%	52,39%	79,22%
Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)	Jumlah KSO alat medik > Rp.3 M	6	6	5
	Jumlah PPK (panduan praktek klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring	6	11	17
Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian	%Kepatuhan CP yang sejalan kurikulum	87,90%	94,1%	100%
	Jumlah publikasi riset	184	189	236

Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat	Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan	6	7	11
Terwujudnya sarana prasarana yang andal	Tingkat keandalan sarpras (<i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i>)	92,97	95,69	93,73
Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul	% kasus ditangani DPJP	89,04	89,93%	91,1%
Terwujudnya kemandirian finansial	POBO	68,69	84,55%	110,82%
Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan <i>cost-effective</i>	Hasil audit keuangan	WTP	WTP	WTP

Adapun analisa hambatan dan upaya perbaikan IKU RSB Tahun 2015-2019 terdapat dalam lampiran.

2.2 Analisa SWOT, BSC dan Posisi Organisasi

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. Berikut faktor-faktor yang membentuk Kekuatan, Kelemahan, Ancaman dan Peluang

Tabel 2.2 Analisa SWOT

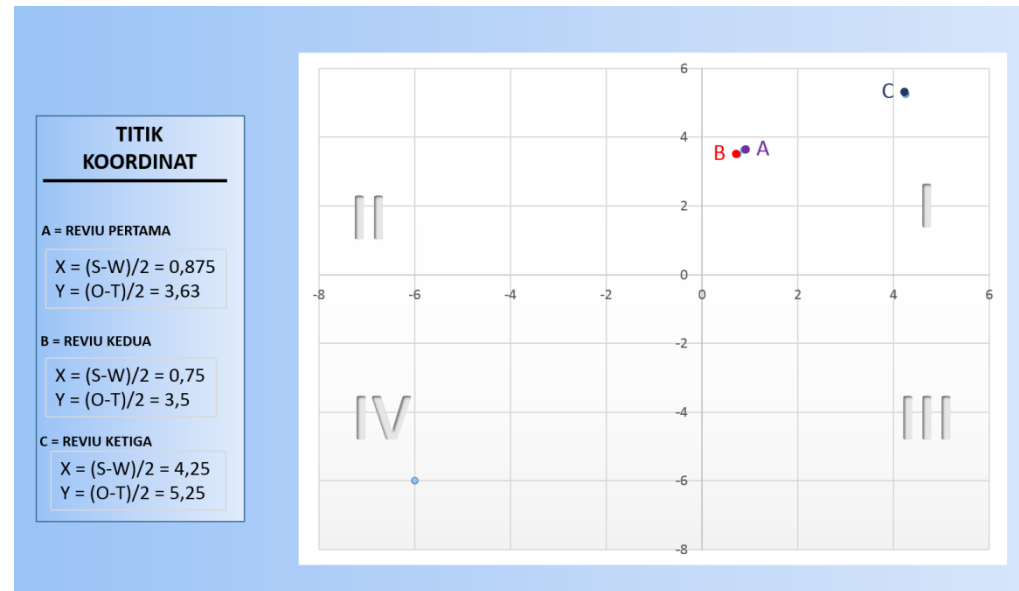
No	Kekuatan (Strength)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Sudah memiliki layanan sub spesialisik	20	80	16
2	Penetapan sebagai RS rujukan Nasional	10	50	5
3	Penetapan sebagai RS pendidikan utama	10	40	4
4	Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC	5	50	2,5
5	SDM yang berkompeten	20	70	14
6	Lokasi yang strategis	5	50	2,5
7	Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis)	10	70	7
8	Sistem layanan sudah berbasis IT	5	80	4
9	Sistem remunerasi terintegrasi	5	40	2
10	Kemandirian finansial	10	20	2
11	RSHS sebagai pengampu RS jejaring kab/Kota perujuk (jadi kekuatan)	5	30	1,5
		100		60,5

No	PELUANG (OPPORTUNITY)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Ragam kasus yang kompleks sesuai dengan tingkat severity level 3	15	70	10,5
2	Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan	10	60	6
3	Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar	10	60	6
4	Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS	15	80	12
5	AHS	5	50	5
6	Jalinan Kerjasama dan koordinasi dengan BPJS	15	70	10,5
9	Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital) (jadi peluang)	5	50	2,5
9	Kebijakan kementerian terkait transformasi pelayanan kesehatan	20	60	12
		100		64,5

	KELEMAHAN (WEAKNESS)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)	20	30	6
2	Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja	20	70	14
3	Penelitian belum berorientasi pada perbaikan pelayanan	20	60	12
4	Inefisiensi sumber daya rumah sakit	10	50	5
5	Lahan parkir yang terbatas	20	60	12
6	Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	10	30	3
		100		52

No	ANCAMAN (THREAT)	Bobot (%)	Rating (-1-100)	Nilai
1	Pengurangan dukungan dana pemerintah	30	60	18
2	Keberadaan lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien	30	70	21
3	Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien	5	30	1,5
4	Cyber crime/ kejahatan dunia maya	5	30	1,5
7	Instabilitas moneter	20	40	8
8	Brain drain tenaga kesehatan khusus	10	40	4
		100		54

Gambar 2.1 Diagram Posisi Strategis



Berdasarkan hasil perhitungan analisis TOWS, RSUP Dr. Hasan Sadikin untuk periode Tahun 2020-2024 berada pada Kuadran I kartesius yaitu Growth. Artinya RSHS dapat memanfaatkan kekuatan dan peluang yang ada dalam mendukung kebijakan optimalisasi pelayanan yang menunjang pertumbuhan pendapatan. Strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth oriented strategy*).

2.3 Inisiatif Strategis

Berdasarkan analisa SWOT yang disusun maka upaya dalam memanfaatkan faktor internal dan faktor eksternal tergambar dalam analisa TOWS sebagai berikut :

Tabel 2.6 Analisa TOWS

ANALISA TOWS	STRENGTH (S)	WEAKNESS (W)
OPPORTUNITY (O)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya Pendapatan 2. Meningkatnya kepuasan pelanggan 3. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat 4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan 5. Terselenggaranya pelayanan <i>center of excellence</i> di RS secara optimal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan 2. Terlaksananya Lean culture 3. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
THREAT (T)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional 2. Meningkatnya utilitasi fasilitas ruangan operasi 3. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukung manajemen kementerian kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya proses yang inovatif 2. Meningkatnya employee engagement 3. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)

Dengan memperhatikan dinamika harapan dan kekhawatiran stakeholder, informasi dari benchmark, evaluasi atas pelaksanaan RSB Tahun 2015 -2019 dan analisa SWOT dan TOWS, serta arahan Kemenkes terkait transformasi, *center of excellent* dan pengampuan maka dalam mengimplementasikan visi dan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2020-2024 memiliki sasaran strategis sebagai berikut:

1. Meningkatnya kepuasan pelanggan
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
3. Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi
4. Terwujudnya proses yang inovatif
5. Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
6. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan

7. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)
8. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal
9. Terselenggaranya pelayanan center of Excellence di RS secara optimal
10. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan
11. Meningkatnya employee engagement
12. Terlaksananya Lean Culture
13. Meningkatnya pendapatan
14. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan
15. Tercapainya Efisiensi biaya operasional

BAB III
RENSTRA BISNIS 5 TAHUN

3.1 Program Strategis

Program strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang merupakan gambaran program dan kegiatan yang bersifat strategis untuk mewujudkan visi, misi dan sasaran strategis pada setiap tahunnya dalam periode 2020-2024 dan mendukung program strategis nasional bidang kesehatan terdiri dari :

1. Center of Excellence

RS Vertical ditargetkan menjadi *center of excellence* sehingga RS Vertical diharapkan telah memiliki resources yang memadai dan harus dikelola dengan baik untuk menghasilkan kinerja rumah sakit yang efektif dan efisien. Center of Excellence adalah suatu layanan yang penuh dengan inovasi, didukung oleh teknologi terbaik dibidangnya, komprehensif pada layanan klinik dengan fokus pada penyakit tertentu, serta tidak dimiliki oleh pesaing. Center of Excellence RSUP Dr. Hasan Sadikin meliputi :

- layanan unggulan *robotic telesurgery* dan kedokteran nuklir & teranostik molekuler, Pengembangan teknologi terkini dalam diagnosis dan tatalaksana, sister hospital dan pengembangan teknologi pendukung.
- Pilar akses, transformasi sistem ketahanan kesehatan (peningkatan ketahanan sektor farmasi dan alat kesehatan), kebanggaan nasional yang dapat bersaing dengan negara lain (hospital tourism) negara asia tenggara,
- Sister hospital dengan dresden (PA) penelitian dan diagnostik pelayanan, terkait dengan layanan unggulan kedokteran nuklir melalui pelayanan diagnostik onkologi (penanganan kanker prostat), pelayanan pengampuan onkologi umum, pengembangan riset.

2. Revenue Center

Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada unit pelayanan diharapkan dapat berdampak pada adanya peningkatan volume pelayanan sehingga dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit. Program utama RSUP dr. Hasan Sadikin meliputi layanan :

- Pengembangan layanan non BPJS (MCU dan Estetik Terpadu)
- Peningkatan utilisasi kamar bedah non BPJS/Bedah Eksekutif
- Menghasilkan kinerja operasional dan keuangan RS efektif dan efisien
- Meningkatkan Layanan Non BPJS Mcu, Estetika, Layanan Rawat Inap, Rawat Jalan, OK (Eksekutif), BKOM (UPF, sport medicine, rehabilitation, and wellness centre), Invitro Fertilization Clinic, Kedokteran Nuklir.
- Pengembangan Sport Medicine, Rehabilitation and Wellness Center

3. Program Transformasi Layanan

Transformasi layanan Kesehatan dengan focus transformasi layanan rujukan yang telah diharapkan mampu meningkatkan layanan kesehatan yang nantinya dapat berimplikasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Transformasi layanan primer RSUP Dr. Hasan Sadikin memiliki program peningkatan kepuasan pelanggan diantaranya memperbaiki fasilitas pendukung (parkir, taman, toilet, ruang tunggu), memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end to end dan mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien serta program peningkatan kepuasan Pegawai (memperbaiki sistem remunerasi)

4. Program Pengampunan

Program pengampunan sebagai amanat dari Kemenkes untuk melakukan pengampunan terhadap RS ampunan strata utama, madya, dan dasar di wilayah Provinsi Jawa Barat. RSUP Dr Hasan Sadikin dalam pengampunan KJSU memiliki total pengampunan layanan KJSU sejumlah 83 layanan yang ditargetkan selesai pada 2 tahap.

- Wilayah Gorontalo, Sulawesi Tengah

3.2. Strategi Bisnis

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. 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:

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

Dalam mewujudkan visi, misi dan sasaran strategis maka strategi bisnis tergambar pada peta strategi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif, yakni perspektif Stakeholder, perspektif proses bisnis, perspektif learning & growth, dan perspektif finansial sebagai berikut :

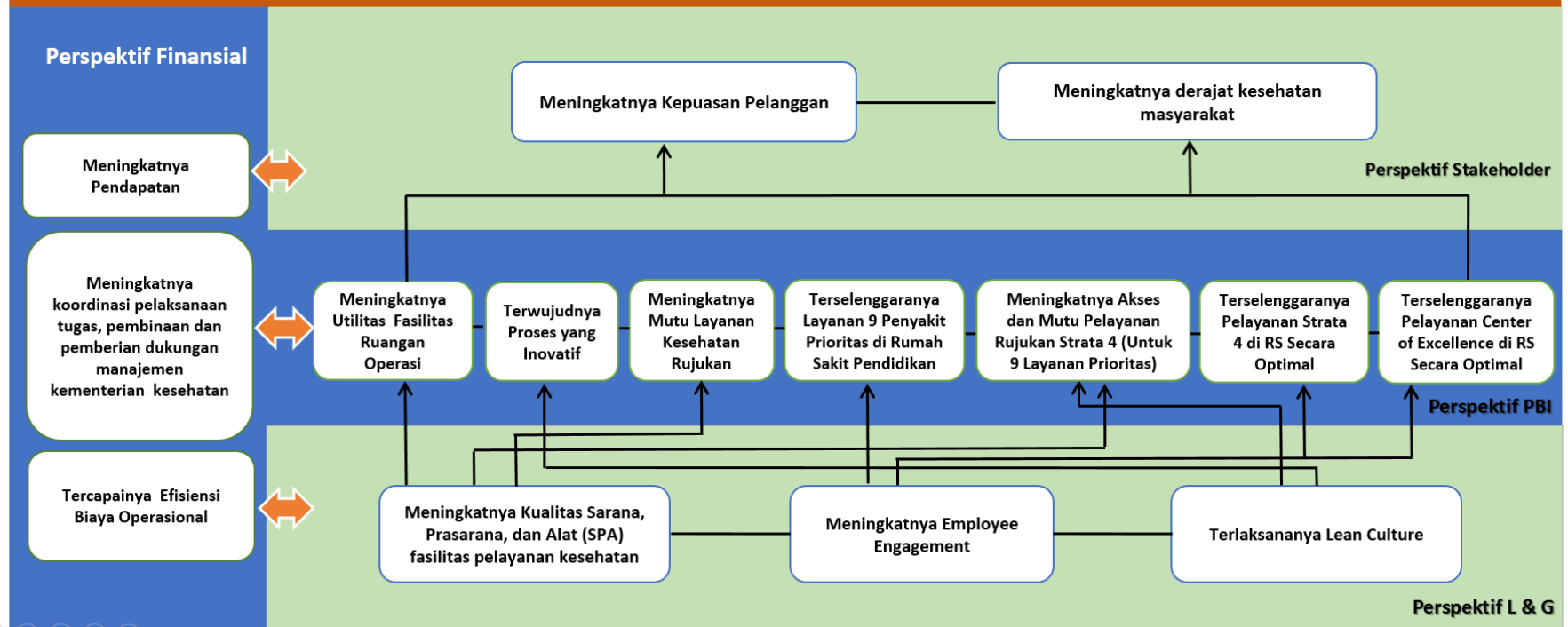
Gambar 3.1 Peta Strategis RSHS

Peta Strategis Revisi Ketiga

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

MISI RSHS :

- 1) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima Yang Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian;
- 2) Meningkatkan pelayanan *revenue center* rumah sakit; dan
- 3) Menyelenggarakan pengampunan strata layanan rumah sakit jejaring ”



Berdasarkan peta strategi tersebut maka dilakukan upaya berikut :

Tabel 3.1 Sasaran Strategis

Tujuan	Perspektif	Sasaran Strategis
Peningkatan Kualitas Pelayanan dan Derajat Kesehatan Masyarakat	Stakeholder	1. Meningkatnya kepuasan pelanggan
		2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
Peningkatan pelayanan kesehatan yang Inovatif dan Prima	Proses Bisnis internal	3. Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi
		4. Terwujudnya proses yang inovatif
		5. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
		6. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
		7. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)
		8. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal
		9. Terselenggaranya pelayanan center of Excellence di RS secara optimal
Peningkatan Sumber Daya Kesehatan	Pembelajaran dan Pertumbuhan	10. Meningkatnya kualitas sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan
		11. Meningkatnya employee engagement
		12. Terlaksananya Lean Culture
Peningkatan Capaian Pertumbuhan Pendapatan	Finansial	13. Meningkatnya pendapatan
		14. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan
		15. Tercapainya Efisiensi biaya operasional

3.3 Kegiatan dan Indikator

a. Indikator Sasaran Strategi

Berdasarkan peta strategi yang telah ditetapkan sebagai arah dan prioritas strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung demi mewujudkan visi pada tahun 2024, maka disusun Indikator sasaran strategi atau ISS beserta target. Target ISS digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan sasaran strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Tabel 3.2. Matrik Indikator Sasaran Strategis

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR SASARAN STRATEGIS	Baseline (2019)	TARGET				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	82	83	83	84	84	85
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2. Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit	-	-	-	-	< 2,5%	< 2%
		3. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	36%	50%	45%	20%	20%	20%
		4. Waktu tanggap operasi emergency sectio cesarea	-	-	-	-	≤ 30 menit	≤ 30 menit
		5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	74%	72%	67%	≤ 64%	≤ 61%	≤ 56%
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	6. Persentase utilisasi ruangan operasi	61,7%	70%	52%	65%	72%	75%
4	Terwujudnya proses yang inovatif	7. Jumlah hasil penelitian yang diterapkan pertahun	-	3	5	7	5	5
		8. Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional	-	-	-	-	2	3
		9. Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	0%	100%	100%	100%	100%	100%
		10. Sistem Informasi surveilans terintegrasi berbasis digital	-	-	-	-	1 sistem	1 sistem
5	Meningkatnya Mutu Pelayanan kesehatan rujukan	11. Persentase kejadian infeksi daerah operasi	1,30%	≤2%	≤2%	≤1,5%	≤1%	≤1%

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR SASARAN STRATEGIS	Baseline (2019)	TARGET				
				2020	2021	2022	2023	2024
		12. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit	75%	77%	80%	83%	85%	90%
		13. Persentase pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 jam	1,5	1,5	1,5	1,5	80%	80%
		14. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun	60%	65%	70%	70%	70%	75%
		15. Jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target	-	-	-	-	12	12
		16. Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol	-	-	-	-	12	12
		17. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester	-	-	-	-	2	2
6	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	18. Jumlah capaian target strata utama dari 9 layanan penyakit prioritas	-	-	-	-	1	2
7	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	19. Persentase kasus rujukan sistrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit	26%	50%	60%	100%	80%	70%
		20. Jumlah RS umum daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketentuan	-	-	-	-	1	1
8	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal	21. Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna	-	-	-	-	1	1
9	Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara optimal	22. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	-	-	-	-	1 layanan	1 layanan
		23. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	-	-	-	-	70%	70%
		24. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	-	-	-	-	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
		25. Penundaan waktu operasi elektif	-	-	-	-	$\leq 3\%$	$\leq 3\%$
		26. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	-	-	-	-	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
		27. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	-	-	-	-	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
		28. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	-	-	-	-	1	1

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR SASARAN STRATEGIS	Baseline (2019)	TARGET				
				2020	2021	2022	2023	2024
10	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan	29. Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar	-	-	-	-	95%	95%
		30. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	63,46 %	65%	67%	70%	70%	71%
		31. Persentase peralatan medis dan non medis yang memenuhi standar kehandalan alat (OEE)	76 %	77%	78%	79%	80%	81%
11	Meningkatnya employee engagement	32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	78	80	82	84	80	82%
12	Terlaksananya Lean Culture	33. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana	t.a	4	4	4	4	4
13	Meningkatnya pendapatan	34. Pertumbuhan pendapatan pertahun	>1%	3%	1%	2%	9,7%	4%
		35. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	75%	78%	80%	90%	95%	95%
		36. Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	-	-	-	-	1	1
		37. Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif	-	-	-	-	10%	10%
14	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan	38. Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK	-	-	-	-	95%	95%
		39. Persentase realisasi target pendapatan BLU	-	-	-	-	95%	95%
		40. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	-	-	-	-	97%	97%
		41. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	-	-	-	-	95%	95%
		42. Persentase nilai EBITDA margin	-	-	-	-	15%	15%
12	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	43. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	69%	85%	76%	80%	83%	85%

Selain kegiatan dalam mencapai ISS, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung juga melakukan program dan kegiatan lainnya antara lain :

1. Pemenuhan layanan unggulan

a. KEDOKTERAN NUKLIR & TERANOSTIK MOLEKULER

- 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
- Hospital Tourism

b. ROBOTIC TELESURGERY

- Menjadi kebanggaan nasional
- 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

2. Pendidikan dan Penelitian

- RSUP Dr. Hasan Sadikin sebagai rumah sakit pendidikan pada tahun 2022 terdapat jumlah peserta didik PPDS dan PPDGS sebanyak 1.264 dan PSPD sebanyak 503.
- Salah satu ISS Jumlah penelitian yang diterapkan berupa penelitian yang hasilnya dapat diterapkan dalam pelayanan RS dan menjadi acuan bagi pimpinan RS untuk membuat kebijakan dalam memperbaiki mutu layanan.

- Riset publikasi internasional yang terindek setara scopus Q1

3. Inovasi

Program inovasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menjadi suatu keharusan setiap unit kerja untuk membuat program inovasi sesuai dengan tupoksinya.

4. Sistem IT Terintegrasi

Sistem informasi terintegrasi atau sering disebut *Enterprise Integration (EI)* merupakan suatu konsep untuk membuat setiap aplikasi-aplikasi yang bekerja pada berbagai platform berbeda dapat bekerja sama dan berhubungan guna menghasilkan suatu kesatuan fungsionalitas, sehingga memungkinkan untuk saling berbagi informasi di dalam perusahaan atau organisasi maupun di luar perusahaan. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit merupakan sistem informasi terintegrasi mulai dari sistem pendaftaran, pemberian layanan pada pasien, penggunaan sumber daya, pemberian layanan lainnya menjadi suatu kesatuan fungsionalitas, sehingga data dan informasi dapat diperoleh dengan cepat, akurat dan akuntabel baik untuk internal rumah sakit maupun pihak luar.

5. Reviu Blokplan

Penyusunan konsep blokplan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berprinsip pada solusi yang realistik serta fleksibel, sehingga diwujudkan dalam beberapa tahap serta dapat memecahkan masalah utama (parkir) dan menjawab tantangan pelayanan pada masa yang akan datang.

6. Keuangan

Upaya strategis dalam mewujudkan tata kelola keuangan yang andal dilakukan upaya sebagai berikut :

- Pembayaran pasien melalui non tunai (Cashless dan Virtual account)
- Pengeluaran biaya melalui virtual account

Tabel 3.3 Rincian Renstra Bisnis Selama 5 Tahun

No	SASARAN STRATEGIS BISNIS	ISS	2020	2021	2022	2023	2024
			KEGIATAN DAN INDIKATOR	KEGIATAN DAN INDIKATOR	KEGIATAN DAN INDIKATOR	KEGIATAN DAN INDIKATOR	KEGIATAN DAN INDIKATOR
1.	Meningkatnya kepuasan pelanggan	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service excellence 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service excellence 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service excellence 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service excellence 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) • Terlaksananya Monitoring dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program survey Kepuasan Masyarakat • Kecepatan respon Keluhan • Terlaksananya service excellence 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) • Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Kepuasan

						Evaluasi Kepuasan masyarakat melalui QR Code secara berkala	masyarakat melalui QR Code secara berkala
2.	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit				<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus kegawatdaruratan • Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait pelayanan kegawatdaruratan • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kegawatdaruratan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus kegawatdaruratan • Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait pelayanan kegawatdaruratan • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kegawatdaruratan
		Persentase Penurunan Jumlah kematian ibu di RS	<ul style="list-style-type: none"> • 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 peningkatan sarana 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus maternal dengan gawat darurat obstetri • Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 obstetric • Program pembinaan edukasi eksternal RSHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri • Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri • Program pembinaan edukasi eksternal dan internal RSHS terkait kegawatdaruratan obstetri

			<ul style="list-style-type: none"> • prasarana pelayanan kasus gawat obstetric program peningkatan sarana prasarana pendukung pelayanan fetomaternal 	<ul style="list-style-type: none"> • kegawatdaruratan obstetric • Program pembinaan edukasi eksternal RSHS terkait ibu hamil risiko tinggi • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait ibu layak hamil • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetric • program peningkatan sarana prasarana pendukung pelayanan fetomaternal 	<ul style="list-style-type: none"> • terkait ibu hamil risiko tinggi • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait ibu layak hamil • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kasus gawat obstetri 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pembinaan edukasi eksternal RSHS terkait ibu hamil risiko tinggi • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait ibu layak hamil • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kegawatdaruratan obstetri 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pembinaan edukasi eksternal RSHS terkait ibu hamil risiko tinggi • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait ibu layak hamil • program peningkatan sarana prasarana pelayanan kegawatdaruratan obstetri
		Waktu Tanggap Operasi Emergency Section Cesarea				<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan emergency obstetry • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus emergency obstetry • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait emergency obstetry • Ketersediaan perawatan intensif care pasca operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan emergency obstetry • Program pengembangan kompetensi SDM penanganan kasus emergency obstetry • Program pembinaan edukasi internal RSHS terkait emergency obstetry • Ketersediaan perawatan intensif care pasca operas
		Angka Kematian	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program komprehensif penanganan 	<ul style="list-style-type: none"> • Update SOP, PPK dan clinical pathway 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Update SOP, PPK dan clinical pathway

		Neonatal Dini (AKND)	<p>kegawatdaruratan neonatal dini</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>kegawatdaruratan neonatal dini</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>kegawatdaruratan neonatal dini</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Permintaan penambahan SDM dokter subspecialis neonatus dan perawat neonatus • Permohonan penambahan sarana dan prasarana pendukung pelayanan neonatus seperti alat2 resusitasi, alat perawatan dan diagnostik • Program pelatihan inhouse training resusitasi neonatus, stabilisasi dan rujukan dan asuhan nutrisi secara berkala • Pendidikan berkelanjutan bagi dokter spesialis anak dan dokter subspecialis anak • Pemenuhan/ optimalisasi perbandingan jumlah pasien/bayi yang dirawat dan jumlah perawat/dokter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permintaan penambahan SDM dokter subspecialis neonatus dan perawat neonatus ○ Permohonan penambahan sarana dan prasarana pendukung pelayanan neonatus seperti alat2 resusitasi, alat perawatan dan diagnostik ○ Program pelatihan inhouse training resusitasi neonatus, stabilisasi dan rujukan dan asuhan nutrisi secara berkala ○ Pendidikan berkelanjutan bagi dokter spesialis anak dan dokter subspecialis anak • Pemenuhan/ optimalisasi perbandingan jumlah pasien/bayi yang dirawat dan jumlah perawat/dokter
3.	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	Persentase Utilisasi ruangan operasi	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi peningkatan utilisasi pelayanan operasi • Program peningkatan utilisasi pelayanan kamar operasi dari berbagai multidisiplin

			<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral • Program pengembangan kamar operasi • Program evaluasi utilisasi kamar operasi secara intensif 	<p>operasi dari berbagai multidisiplin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral • Program pengembangan kamar operasi • Program evaluasi utilisasi kamar operasi secara intensif 	<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral • Program pengembangan kamar operasi • Program evaluasi utilisasi kamar operasi secara intensif 	<p>operasi dari berbagai multidisiplin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral • Program pengembangan kamar operasi • Program evaluasi utilisasi kamar operasi secara intensif 	<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan sarana dan prasarana ruangan operasi Bedah Sentral • Program pengadaan dan pengembangan SDM Bedah Sentral • Program pengembangan kamar operasi • Program evaluasi utilisasi kamar operasi secara intensif
4.	Terwujudnya proses yang inovatif	Jumlah Hasil penelitian yang diterapkan pertahun	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Prioritas Penelitian Yang Diterapkan • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Bantuan Dana Penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Prioritas Penelitian Yang Diterapkan • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Bantuan Dana Penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Prioritas Penelitian Yang Diterapkan • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Bantuan Dana Penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Prioritas Penelitian Yang Diterapkan • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Bantuan Dana Penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Prioritas Penelitian Yang Diterapkan • Penguatan Penelitian • Percepatan proses ijin penelitian • Pelatihan Kapasitas Penelitian Staf • Bantuan Dana Penelitian
		Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional				<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan Clinical Research Unit • Peningkatan Kapasitas Peneliti Melalui Pelatihan • Penelitian Klinik ISDB • Penelitian Klinis Non ISDB • Penelitian Manajerial ISDB • Penelitian Staf 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan Clinical Research Unit • Peningkatan Kapasitas Peneliti Melalui Pelatihan • Penelitian Klinik ISDB • Penelitian Klinis Non ISDB • Penelitian Manajerial ISDB • Penelitian Staf

						<ul style="list-style-type: none"> • Bantuan Biaya Publikasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Bantuan Biaya Publikasi
		Persentase Pelayana pasien yang menggunakan Elektronik Medical Record (EMR)	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programmer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Sosialisasi Penggunaan EMR untuk PRA PPDS dan PPA • Penggunaan EMR di Rawat Jalan • Penggunaan EMR di Rawat Darurat • Penggunaan EMR di Rawat Inap 	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programmer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Sosialisasi Penggunaan EMR untuk Pra PPDS dan PPA • Penggunaan EMR terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programmer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Sosialisasi Penggunaan EMR untuk Pra PPDS dan PPA • Penggunaan EMR terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programmer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Sosialisasi Penggunaan EMR untuk Pra PPDS dan PPA • Penggunaan EMR terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenklatur Master data EMR • Tersedianya hardware untuk EMR • Penggunaan pendaftaran terintegrasi dengan SIMRS • Tersedia Tenaga Programmer IT • Pelatihan untuk SDM IT • Sosialisasi Penggunaan EMR untuk Pra PPDS dan PPA • Penggunaan EMR terintegrasi
		Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi berbasis digital				<ul style="list-style-type: none"> • Program monitoring evaluasi sistem pelaporan surveilans online 	<ul style="list-style-type: none"> • Program monitoring evaluasi sistem pelaporan surveilans online
5.	Terwujudnya proses yang bermutu	Persentase kejadian Infeksi daerah operasi	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi penanganan perawatan pasca • Program peningkatan mutu pelayanan IDO di pelayanan bedah • Program peningkatan pengembangan SDM

			<p>terkait pencegahan IDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program surveillance aktif • Program optimalisasi pencegahan IDO di pelayanan bedah 	<p>pengembangan SDM terkait pencegahan IDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program surveillance aktif • Program optimalisasi pencegahan IDO di pelayanan bedah 	<p>terkait pencegahan IDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program surveillance aktif • Program optimalisasi pencegahan IDO di pelayanan bedah 	<p>pengembangan SDM terkait pencegahan IDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program surveillance aktif • Program optimalisasi pencegahan IDO di pelayanan bedah 	<p>terkait pencegahan IDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program surveillance aktif • Program optimalisasi pencegahan IDO di pelayanan bedah
		<p>Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan reservasi online pasien rawat jalan • Program peningkatan sarana dan prasarana pasien rawat jalan • Program sosialisasi dan edukasi ke Fasyankes perujuk terkait ketepatan pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan melalui aplikasi absensi dokter di klinik • Program peningkatan mutu pelayanan rawat jalan melalui e-konsul EMR • Program pemantauan penyelesaian layanan di klinik 	
		<p>Persentase Pasien yang memenuhi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan percepatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan percepatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan percepatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan percepatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan percepatan

		Standar WTE ≤ 48 jam	<p>pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>pengurusan administrasi pulang (SARIKSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
		Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien per tahun • Pemilihan dan penetapan indikator 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien per tahun • Pemilihan dan penetapan indikator 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien per tahun • Pemilihan dan penetapan indikator 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien per tahun • Pemilihan dan penetapan indikator 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien per tahun • Pemilihan dan penetapan indikator

		<p>klinis prioritas pertahun</p>	<p>mutu area pelayanan prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi capaian indikator area pelayanan klinis prioritas setiap triwulan • Memberikan umpan balik dan rekomendasi pada upaya perbaikan capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas • Menindaklanjuti usulan perbaikan dan pengadaan sarana prasarana dari PIC area pelayanan klinis prioritas kepada Direktur Utama • 	<p>mutu area pelayanan prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi capaian indikator area pelayanan klinis prioritas setiap triwulan • Memberikan umpan balik dan rekomendasi pada upaya perbaikan capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas • Menindaklanjuti usulan perbaikan dan pengadaan sarana prasarana dari PIC area pelayanan klinis prioritas kepada Direktur Utama • 	<p>mutu area pelayanan prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi capaian indikator area pelayanan klinis prioritas setiap triwulan • Memberikan umpan balik dan rekomendasi pada upaya perbaikan capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas • Menindaklanjuti usulan perbaikan dan pengadaan sarana prasarana dari PIC area pelayanan klinis prioritas kepada Direktur Utama • Menyusun Laporan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) per tahun sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 	<p>mutu area pelayanan prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi capaian indikator area pelayanan klinis prioritas setiap triwulan • Memberikan umpan balik dan rekomendasi pada upaya perbaikan capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas • Menindaklanjuti usulan perbaikan dan pengadaan sarana prasarana dari PIC area pelayanan klinis prioritas kepada Direktur Utama • Menyusun Laporan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) per tahun sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 	<p>mutu area pelayanan prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi capaian indikator area pelayanan klinis prioritas setiap triwulan • Memberikan umpan balik dan rekomendasi pada upaya perbaikan capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas • Menindaklanjuti usulan perbaikan dan pengadaan sarana prasarana dari PIC area pelayanan klinis prioritas kepada Direktur Utama • Menyusun Laporan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) per tahun sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit
		<p>Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran 13 indikator mutu nasional 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran 13 indikator mutu nasional

		Mencapai Target					
		Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol				<ul style="list-style-type: none"> Menyusun laporan insiden keselamatan pasien (kejadian sentinel) 	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun laporan insiden keselamatan pasien (kejadian sentinel)
		Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Per Semester				<ul style="list-style-type: none"> Pengkajian dokumen Pelaksanaan audit dan pemberian rekomendasi 	<ul style="list-style-type: none"> Pengkajian dokumen Pelaksanaan audit dan pemberian rekomendasi
6	Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas				<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi layanan 9 penyakit prioritas strata utama Pemenuhan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian Penyusunan kajian kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi layanan 9 penyakit prioritas strata utama Pemenuhan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian Penyusunan kajian kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan peralatan kesehatan

						<ul style="list-style-type: none"> peralatan kesehatan Laporan pelaksanaan layanan 9 penyakit prioritas strata utama 	<ul style="list-style-type: none"> Laporan pelaksanaan layanan 9 penyakit prioritas strata utama
7	Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Strata 4 (Untuk 9 Layanan Prioritas)	Persentase kasus rujukan sirsute dengan keputusan final DPJP \leq 30 menit RS UPT Vertikal	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Program sosialisasi indikator kinerja Sirsute tahun 2023 kepada Petugas Sirsute dan KSM. Program evaluasi alur pelayanan Sirsute dan revisi alur jika dibutuhkan. Program sosialisasi alur pelayanan Sirsute kepada Petugas Sirsute dan KSM. Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD Program pengampunan kepada Faskes Jejaring bekerja sama dengan Dinkes Provinsi/Kota/Kabupaten untuk meningkatkan pemanfaatan Sirsute oleh Faskes Jejaring Program pengembangan data rawat inap yang 	<ul style="list-style-type: none"> Program sosialisasi indikator kinerja Sirsute tahun 2024 kepada Petugas Sirsute dan KSM. Program evaluasi alur pelayanan Sirsute dan revisi alur jika dibutuhkan. Program sosialisasi alur pelayanan Sirsute kepada Petugas Sirsute dan KSM. Program pengembangan sarana dan prasarana pelayanan SISRUTE IGD Program pengampunan kepada Faskes Jejaring bekerja sama dengan Dinkes Provinsi/Kota/Kabupaten untuk meningkatkan pemanfaatan Sirsute oleh Faskes Jejaring Program pengembangan data rawat inap yang

						terkoneksi dengan SISRUTE	terkoneksi dengan SISRUTE
		Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan				<ul style="list-style-type: none"> • Program Monitoring dan Evaluasi SISRUTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Program Monitoring dan Evaluasi SISRUTE
						<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi program pengampuan RS jejaring sesuai kewilayahan yang ditetapkan • Pembinaan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Pengembangan kemitraan dan usaha dalam rangka peningkatan pelayanan, pendidikan dan penelitian • Penyusunan kajian dan pemberian rekomendasi kepada rumah sakit yang diampu terkait progres pengampuan • Penyusunan registry berbasis rumah sakit dan populasi melalui sistem pencatatan terpadu • Laporan pelaksanaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi program pengampuan RS jejaring sesuai kewilayahan yang ditetapkan • Pembinaan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Pengembangan kemitraan dan usaha dalam rangka peningkatan pelayanan, pendidikan dan penelitian • Penyusunan kajian dan pemberian rekomendasi kepada rumah sakit yang diampu terkait progres pengampuan • Penyusunan registry berbasis rumah sakit dan populasi melalui sistem pencatatan terpadu • Laporan pelaksanaan pengampuan secara berkala

						pengampuan secara berkala	
8	Terselenggara nya pelayanan strata 4 di RS secara optimal	Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna				<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi program pengampuan RS kepada tim pengampu layanan prioritas internal • Pembinaan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Pengembangan kemitraan dan usaha dalam rangka peningkatan pelayanan, pendidikan dan penelitian • Penyusunan kajian dan pemberian rekomendasi kepada koordinator pengampu terkait target tahunan, kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan peralatan kesehatan • Penyusunan registry berbasis rumah sakit dan populasi melalui 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi program pengampuan RS kepada tim pengampu layanan prioritas internal • Pembinaan pelayanan prioritas termasuk bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Pengembangan kemitraan dan usaha dalam rangka peningkatan pelayanan, pendidikan dan penelitian • Penyusunan kajian dan pemberian rekomendasi kepada koordinator pengampu terkait target tahunan, kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan peralatan kesehatan • Penyusunan registry berbasis rumah sakit dan populasi melalui sistem pencatatan terpadu

						<ul style="list-style-type: none"> sistem pencatatan terpadu Laporan pelaksanaan pengampuan secara berkala 	<ul style="list-style-type: none"> Laporan pelaksanaan pengampuan secara berkala
9	Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara Optimal	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional				<ul style="list-style-type: none"> MOU sister hospital di bidang onkologi dan cardiology nuklir dengan Seoul National Cancer Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> MOU sister hospital di bidang onkologi dan cardiology nuklir dengan Seoul National Cancer Hospital
		Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				<ul style="list-style-type: none"> Penataan sistem perparkiran Kerjasama dengan pihak ketiga untuk memperluas lahan parkir Pengaturan peruntukkan lahan parkir bagi pegawai dan peserta didik 	<ul style="list-style-type: none"> Perluasan lahan parkir melalui demolis bangunan Penataan sistem perparkiran Kerjasama dengan pihak ketiga untuk memperluas lahan parkir Pengaturan peruntukkan lahan parkir bagi pegawai dan peserta didik
		Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi program waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Reservasi online berdasarkan 	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi program waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Reservasi online berdasarkan

						<p>kedatangan pasien perjam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program E-prescribing terintegrasi • Monev pelaksanaan kegiatan 	<p>kedatangan pasien perjam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program E-prescribing terintegrasi • Monev pelaksanaan kegiatan
		Penundaan waktu operasi elektif				<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif • Program penjadwalan operasi elektif secara online dan sistem pasien cadangan • Monev penjadwalan operasi elektif • Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif • Monev pelaksanaan kegiatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi dan edukasi pelayanan persiapan operasi elektif • Program penjadwalan operasi elektif secara online dan sistem pasien cadangan • Monev penjadwalan operasi elektif • Program peningkatan sarana dan prasarana pelayanan persiapan operasi elektif
		Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik				<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik • Program reward dan punishment DPJP • Absensi online DPJP di Poliklinik • Monev pelaksanaan kegiatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik • Program reward dan punishment DPJP • Absensi online DPJP di Poliklinik

							<ul style="list-style-type: none"> • Monev pelaksanaan kegiatan
		Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap				<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi ketepatan waktu pelayanan di rawat inap • Program reward dan punishment DPJP • Absensi online DPJP di rawat inap • Monev pelaksanaan kegiatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program sosialisasi ketepatan waktu pelayanan di rawat inap • Program reward dan punishment DPJP • Absensi online DPJP di rawat inap • Monev pelaksanaan kegiatan
		Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU				<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi indikator klinis layanan KJSU • Program pemenuhan layanan prioritas KJSU dalam bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Penyusunan kajian kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan peralatan kesehatan • Monev laporan kegiatan indikator klinis KJSU 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi indikator klinis layanan KJSU • Program pemenuhan layanan prioritas KJSU dalam bidang manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian • Penyusunan kajian kebutuhan SDM termasuk peningkatan kompetensi, sarpras dan peralatan kesehatan • Monev laporan kegiatan indikator klinis KJSU

10.	Meningkatnya kualitas sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar				<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit (pemenuhan KRIS-JKN terkait toilet ruang ranap) • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal (pemenuhan persyaratan suhu dan pencahayaan ruang ranap) • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program kesehatan lingkungan (pemenuhan persyaratan ACH, kelembapan ruang ranap) • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pemenuhan KRIS-JKN terkait gas medis sentral • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program kesehatan lingkungan (pemenuhan persyaratan ACH, kelembapan ruang ranap) • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit
		Persentase Pemenuhan ketersediaan SP	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pemeliharaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal • Program pengadaan dan pengembangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit (pemenuhan KRIS-JKN terkait toilet ruang ranap) 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan bangunan RS • Program renovasi bangunan rumah sakit • Program pemeliharaan

			<p>fasilitas perkantoran rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan kualitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit 	<p>peralatan mekanikal elektronikal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program peningkatan kualitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit 	<p>fasilitas perkantoran rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan kualitas udara indoor lingkungan rumah sakit • Program peningkatan pelayanan sarana prasarana rumah sakit • Program kesehatan lingkungan • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan peralatan mekanikal elektronikal (pemenuhan persyaratan suhu dan pencahayaan ruang ranap) • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program kesehatan lingkungan (pemenuhan persyaratan ACH, kelembapan ruang ranap) • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit 	<p>peralatan mekanikal elektronikal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program pemenuhan KRIS-JKN terkait gas medis sentral • Program pengadaan dan pengembangan fasilitas perkantoran rumah sakit • Program kesehatan lingkungan (pemenuhan persyaratan ACH, kelembapan ruang ranap) • Program keselamatan kebakaran di lingkungan rumah sakit
		Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan alat kesehatan • Program kontrak service alat kesehatan • Program pengembangan kompetensi tenaga elektromedik rumah sakit
11.	Meningkatnya employee engagement	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi dan remunerasi yang terintegrasi

			<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pemberian penghargaan kepada nakes teladan ke Kemenkes • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pemberian penghargaan kepada nakes teladan ke Kemenkes • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pemberian penghargaan kepada nakes teladan ke Kemenkes • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan aplikasi sistem informasi (simpeg) dan aplikasi layanan pegawai • Program pengembangan aplikasi standar kompetensi jenis jabatan pegawai • Program MCU pegawai • Program pemberian penghargaan kepada nakes teladan ke Kemenkes • Program pengembangan pegawai • Program akreditasi pelatihan
12.	Terlaksananya Lean Culture	Jumlah keberhasilan Lean Project yang terlaksana	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit • Program peningkatan mutu pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit • Program peningkatan mutu pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit • Program peningkatan mutu pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit • Program peningkatan mutu pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program digitalisasi pelayanan rumah sakit • Program percepatan alur pelayanan administrasi rumah sakit • Program efisiensi biaya operasional pelayanan rumah sakit • Program peningkatan mutu pelayanan

13.	Meningkatnya pendapatan	Pertumbuhan pendapatan pertahun	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan layanan radioterapi • Pengembangan layanan bedah • Pengembangan layanan estetik • Layanan telemedicine • Layanan klinik vaksin • Pengembangan layanan darah • Pengembangan bedah jantung 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan BOR rawat inap dan kunjungan rawat jalan • Program peningkatan utilisasi kamar operasi • Program pengembangan layanan eksekutif, estetika, medical cek up • Program pemasaran untuk layanan eksekutif • Optimalisasi kualitas klaim 	<ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan BOR rawat inap dan rawat jalan • Program peningkatan utilisasi kamar operasi • Program pengembangan layanan eksekutif, estetika, medical cek up • Program pemasaran untuk layanan eksekutif • Optimalisasi kualitas klaim • Pengembangan pelayanan BKOM (sport medicine, rehabilitation and wellness center)
		Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim • Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim • Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim • Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim • Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas Klaim • Kelengkapan berkas Rekam Medis pasien pulang dalam 24 jam • Kelengkapan Isi Resume Medis layak klaim : Diagnosa, Bukti, tatalaksana. • Percepatan koding klaim rawat jalan

			<p>kurang dari tanggal 5 setiap bulannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya 	<p>kurang dari tanggal 5 setiap bulannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya 	<p>kurang dari tanggal 5 setiap bulannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya 	<p>kurang dari tanggal 5 setiap bulannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya 	<p>kurang dari tanggal 5 setiap bulannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepatan koding klaim rawat inap kurang dari tanggal 5 setiap bulannya
		Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan rencana bisnis anggaran	•	•	•	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan layanan poliklinik eksekutif terpadu (estetika, dan MCU) • Program branding dan marketing secara rutin dan berkala pada sosial media informasi RSHS • Program service excellent bagi pemberi layanan unggulan di poliklinik eksekutif 	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan layanan poliklinik eksekutif terpadu (estetika, dan MCU) • Program branding dan marketing secara rutin dan berkala pada sosial media informasi RSHS • Program service excellent bagi pemberi layanan unggulan di poliklinik eksekutif
		Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif				<ul style="list-style-type: none"> • Program branding dan marketing secara rutin dan berkala pada sosial media informasi RSHS • Program service excellent bagi pemberi layanan unggulan di poliklinik eksekutif • Kerjasama dengan pihak ketiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Program branding dan marketing secara rutin dan berkala pada sosial media informasi RSHS • Program service excellent bagi pemberi layanan unggulan di poliklinik eksekutif • Kerjasama dengan pihak ketiga
14	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan	Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi				<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi hasil rekomendasi pemeriksaan BPK • Laporan tindak lanjut hasil 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi hasil rekomendasi pemeriksaan BPK

	dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan	pemeriksaan BPK				rekomedasi pemeriksaan BPK	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan tindak lanjut hasil rekomedasi pemeriksaan BPK
		Persentase realisasi target pendapatan BLU				<ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya Monev pemenuhan sarana dan prasarana dalam pelayanan peningkatan jumlah kunjungan • Terlaksananya Monev Peningkatan BOR rawat inap dan kunjungan rawat jalan • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pengembangan pelayanan eksekutif • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pengembangan pelayanan MCU • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pelayanan Estetik terpadu • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan Layanan Sleep Lab 	<ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya Monev pemenuhan sarana dan prasarana dalam pelayanan peningkatan jumlah kunjungan • Terlaksananya Monev Peningkatan BOR • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pengembangan pelayanan eksekutif • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pengembangan pelayanan MCU • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan pelayanan Estetik terpadu • Tersedianya alokasi anggaran dalam pemenuhan Layanan Sleep Lab • Tersedianya alokasi Anggaran dalam

						<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya alokasi Anggaran dalam pemenuhan layanan Rehabilitasi Medik • Tersedianya Alokasi Anggaran dalam pemenuhan peningkatan Utilisai Kamar Operasi • Terlaksananya Monev Pemanfaatan Aset • Terlaksananya Monev Idle Cash • Terlaksananya Monev percepatan pengiriman berkas Klaim • Tersedianya Monev dan updating Tarif layanan • Terlaksananya Monev Peningkatan kualitas berkas Klaim • Terlaksananya Monev kelengkapan berkas rekam medis pasien pulang • Terleksananya Monev kelengkapan isi resume medis layak klaim • Terlaksananya monev percepatan koding berkas pasien 	<p>pemenuhan layanan Rehabilitasi Medik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya Alokasi Anggaran dalam pemenuhan peningkatan Utilisai Kamar Operasi • Terlaksananya Monev Pemanfaatan Aset • Terlaksananya Monve Idle Cash • Terlaksananya Monev percepatan pengiriman berkas Klaim • Tersedianya Monev dan updating Tarif layanan • Terlaksananya Monev Peningkatan berkas Klaim • Terlaksananya Monev kelengkapan berkas rekam medis pasien pulang • Terleksananya Monev kelengkapan isi resume medis layak klaim • Terlaksananya monev percepatan koding berkas pasien • Terlaksananya monev peningkatan Non Layanan
--	--	--	--	--	--	---	--

						<ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya monev peningkatan Non Layanan 	
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni				<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengiriman berkas Klaim • Peningkatan Kualitas Berkas 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
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU				<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengadaan pradipa • Monitoring realisasi program melalui sistem perencanaan dan anggaran terintegrasi • Monev penagihan dan pembayaran melalui optimalisasi aplikasi Saur Sepuh 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepatan pengadaan pradipa • Monitoring realisasi program melalui sistem perencanaan dan anggaran terintegrasi • Monev penagihan dan pembayaran melalui optimalisasi aplikasi Saur Sepuh
		Persentase nilai EBITDA margin				<ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi biaya operasional medik dan non medik 	<ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi biaya operasional medik dan non medik

15	Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Program pengembangan bridging SIMRS dengan E claim BPJS sebagai tool dalam monitoring evaluasi POBO unit di rumah sakit – menyusun Sistem/Proses Bisnis pengklaiman • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Program updating unit cost sebagai dasar penentuan tarif rumah sakit – pengiriman usulan tariff ke Kemenkes RI dengan Unit Cost 2020 • Program pengembangan bridging SIMRS dengan E claim BPJS sebagai tool dalam monitoring evaluasi POBO unit di rumah sakit – revisi dan penyesuaian proses bisnis pengklaiman, optimalisasi EMR sebagai dasar E Klaim • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Program updating unit cost sebagai dasar penentuan tarif rumah sakit- revisi Unit Cost menggunakan UC 2021 sesuai arahan Kemenkes RI • Program pengembangan bridging SIMRS dengan E claim BPJS sebagai tool dalam monitoring evaluasi POBO unit di rumah sakit – simulasi e kalim • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Program updating unit cost sebagai dasar penentuan tarif rumah sakit – Usulan Tarif kedua • Program pengembangan bridging SIMRS dengan E claim BPJS sebagai tool dalam monitoring evaluasi POBO unit di rumah sakit – dashboard pendapatan • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Program updating unit cost sebagai dasar penentuan tarif rumah sakit – Tarif menggunakan PMK terbaru • Program peningkatan kerjasama operasional dengan pihak ketiga
----	---	---	--	---	---	--	---

BAB IV

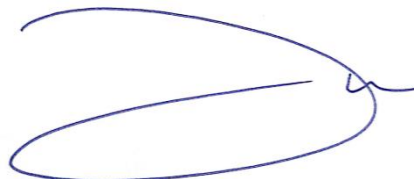
PENUTUP

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2020-2024 mengacu pada visi dan misi Pemerintah Kabinet Indonesia Maju 2020-2024 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 Government*.

Plt. Direktur Utama,

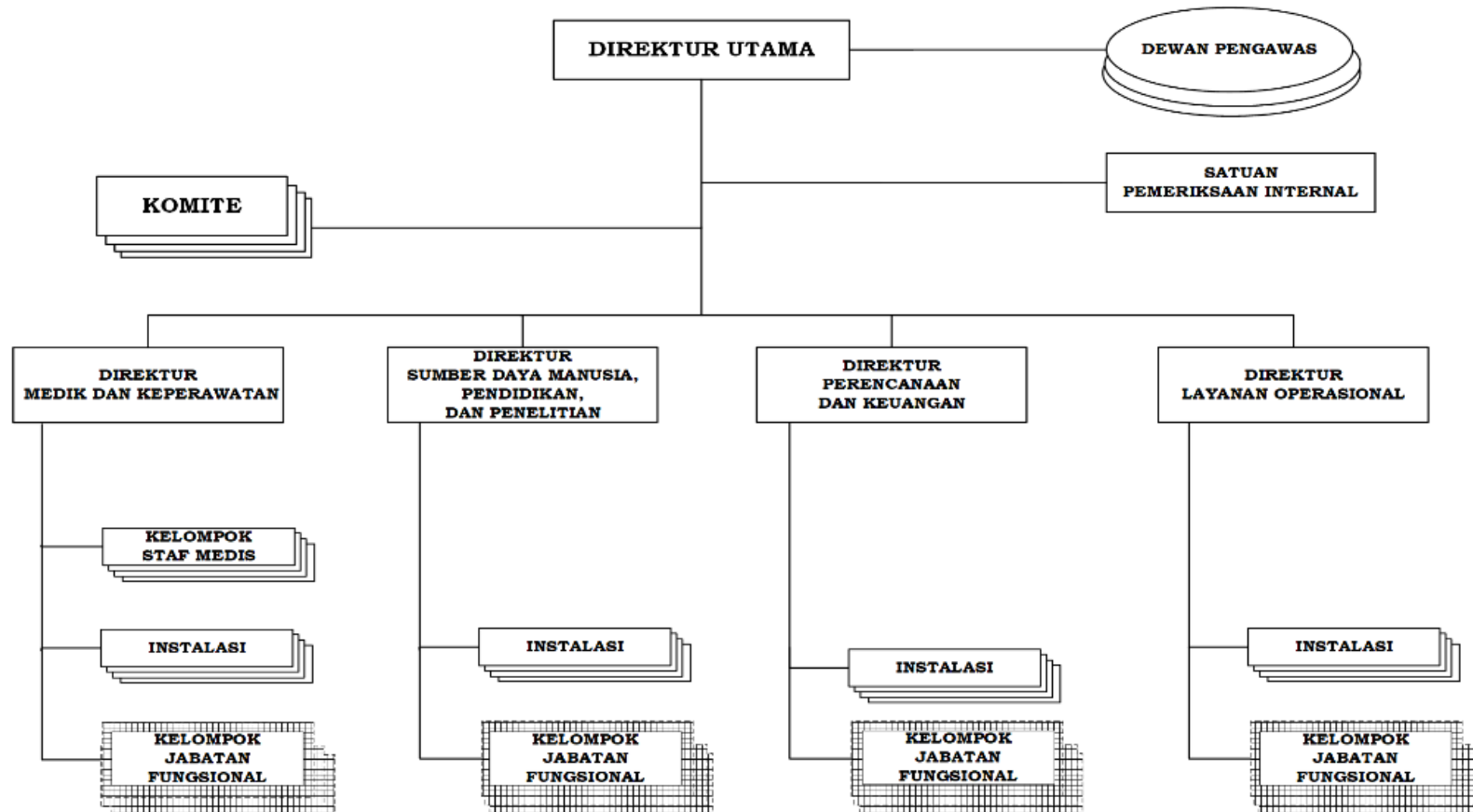


dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS
NIP. 1963102819989031003

LAMPIRAN

Lampiran 1. Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

B. BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT TIPE II



Ruang Lingkup Tanggung Jawab (Tugas dan Fungsi)

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Tugas : Melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan nonmedis

Fungsi :

- a. pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
- b. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
- d. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat

2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

Tugas : Melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan

Fungsi :

- a. penataan organisasi dan tata laksana;
- b. pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
- c. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan
- e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan

Tugas : Melaksanakan urusan perencanaan dan pengelolaan keuangan

Fungsi :

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. pelaksanaan urusan perbendaharaan;

- d. pelaksanaan anggaran;
- e. pelaksanaan urusan akuntansi;
- f. pengelolaan barang milik negara;
- g. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan
- h. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

4. Direktorat Layanan Operasional

Tugas : Melaksanakan urusan layanan operasional

Fungsi :

- a. pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- b. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- c. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- d. pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- e. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- f. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- g. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- h. pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; dan
- i. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Masterplan

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



***Bird Eye View* Maket RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung**

Dari Arah Jalan Pasirkaliki dan Jalan Pasteur



**The Development of Mother and Child Health Care Center, Dr. Hasan Sadikin
Hospital Bandung
under Islamic Development Bank (IsDB) Financing Assistance IDN 1031
The Strengthening of National Referral Hospitals and Vertical Technical Units Project**



8 Floors + 1 Basement

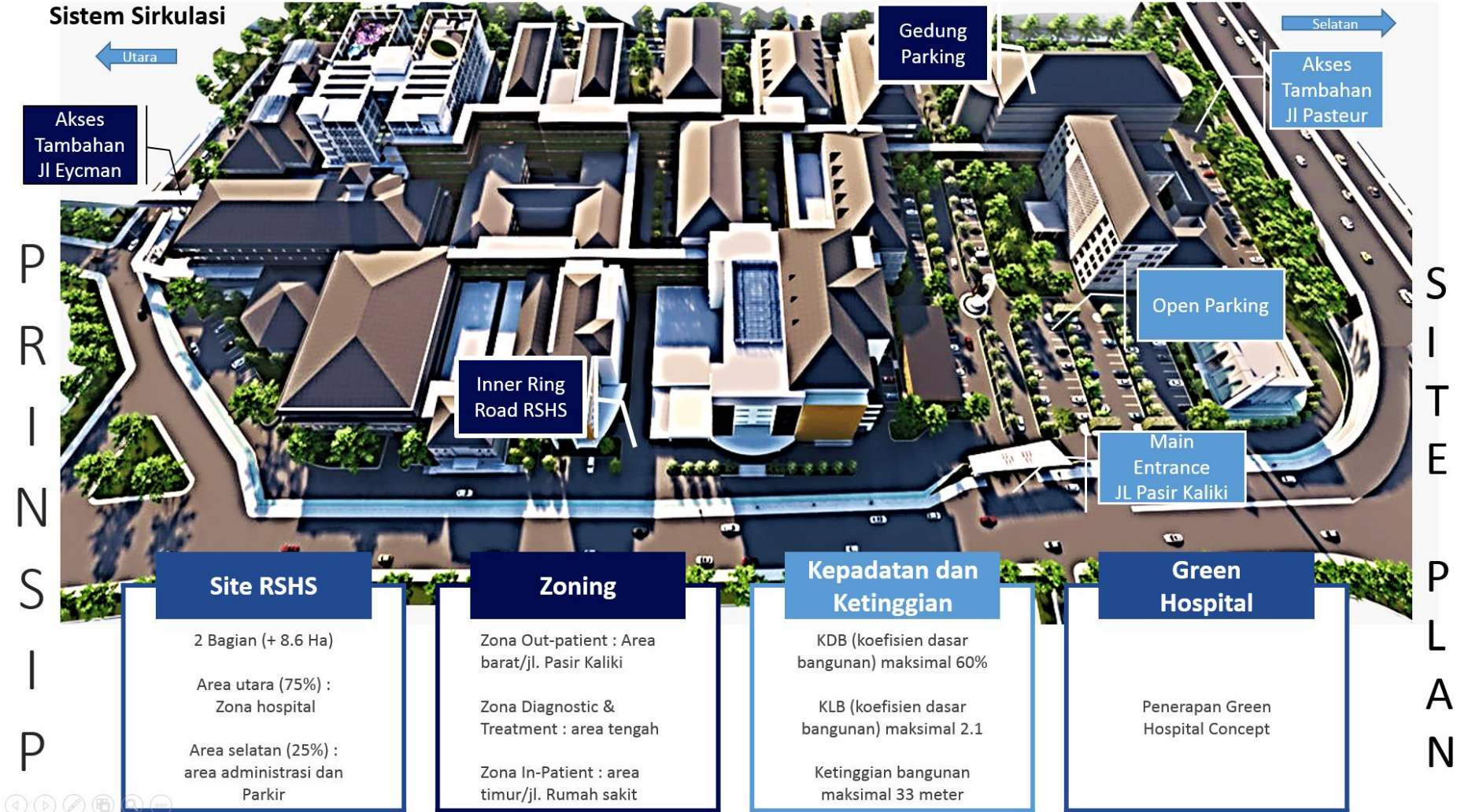
Floor Area
25,397 m²

Supporting Facility Area
6.603 m²

Total Building Area
32.000 m²



No	Services	Cap.
A. Intensive Care		
1	Maternal ICU	10
2	PICU	14
3	NICU	26
4	Regional NICU	2
Subtotal A		52
B. High Care		
1	Paediatric HCU	15
2	Neonatal HCU	45
3	Neonatal Special Care Unit	10
4	Maternal HCU	10
Subtotal B		80
C. Wards		
1 Non-Isolation		
a.	Obstetrics and Gynecology	100
b.	Pediatrics	112
c.	Women Surgery	50
d.	Pediatric Surgery	50
2 Isolation		
a.	Obstetrics	10
b.	Gynecology	10
c.	Pediatrics	10
d.	Pediatric Surgery	10
e.	Women Surgery	10
Subtotal C		362
Total A + B + C		494
E. Other Services		
a.	Delivery Room	24
b.	Hybrid operating theater	1
c.	Fetal therapy	1
d.	Stem Cell	1
e.	IVF	1



P
R
I
N
S
I
P

S
I
T
E
P
L
A
N

Site RSHS

2 Bagian (+ 8.6 Ha)

Area utara (75%) :
Zona hospital

Area selatan (25%) :
area administrasi dan
Parkir

Zoning

Zona Out-patient : Area
barat/jl. Pasir Kaliki

Zona Diagnostic &
Treatment : area tengah

Zona In-Patient : area
timur/jl. Rumah sakit

**Kepadatan dan
Ketinggian**

KDB (koefisien dasar
bangunan) maksimal 60%

KLB (koefisien dasar
bangunan) maksimal 2.1

Ketinggian bangunan
maksimal 33 meter

**Green
Hospital**

Penerapan Green
Hospital Concept



Pengembangan



Sesuai dengan Regulasi

KDB \leq 60%, KLB \leq 2.4%, KDH \leq 25%

Luas Persil 87.200, Luas TOT Bangunan 195.045 M2

55%
KDB

2,1%
KLB

24,9%
KDH

TAHAPAN PEMBANGUNAN GEDUNG 2012-2032



Lampiran 3. Profil Indikator

KAMUS IKU

1. Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p>JUDUL INDIKATOR 1</p> <p>Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Mengacu pada :</p> <p>1) 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; dan SPO No. X/2/0.9/0010 tanggal 7 Januari 2019 yang ditandatangani oleh Direktur Utama</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Mengidentifikasi kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di setiap unit-unit layanan.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input type="checkbox"/> Timely/acesible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan • Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan 		<p>Numerator:</p> <p>Total dari nilai persepsi seluruh responden</p> <p>Denominator:</p> <p>dengan total unsur yang terisi dari seluruh responden</p> <p>Formula:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Besaran sample ditentukan dengan menggunakan menggunakan sample dari Morgan dan Krejcie • Survei Kepuasan pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien • Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan survei kepuasan 	<p>Total dari nilai persepsi seluruh responden dibagi dengan total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25</p>										
<p>Kriteria Inklusi: Pengunjung/pasien yang mendapatkan pelayanan di Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Intensif & penunjang.</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>	<p>Sumber Data: Hasil survei kepuasan pelanggan.</p>										
<p>Standar Indikator: 82 (baseline tahun 2020)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="206 863 1438 970"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>83</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>84</td> <td>84</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	83	83	84	84	84	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
83	83	84	84	84							
<p>Pengumpul Data: Pihak ketiga (eksternal rumah sakit)</p>	<p>Area Pengamatan: Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Intensif dan Pelayanan Penunjang.</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar observasi</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling</p>									

	<input type="checkbox"/> Lainnya:	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Perhitungan sampel tersendiri
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Semester	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input checked="" type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya :
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat penyampaian hasil survey pihak ketiga dengan unit kerja. b. Laporan capaian tahunan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum Unit Kerja: Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat

2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 2 Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
--	--	---

<p>Dasar Pemikiran: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengetahui prediksi jumlah kematian sehingga menghasilkan kebijakan atau kegiatan untuk mengurangi jumlah kematian.</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable 										
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Penyebab langsung (direct obstetric deaths)</p> <p>Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)</p>		<p>Numerator:</p> <p>Denominator:</p> <p>Formula:</p>										
<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p>		<p>Sumber Data:</p>										
<p>Standar Indikator:</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="206 1185 1440 1294"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>< 2,5</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024				< 2,5		<p>Satuan Pengukuran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
			< 2,5									

		<input type="checkbox"/> Lainnya:
Pengumpul Data:		Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

3. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

<p>Kategori Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit 	<p>JUDUL INDIKATOR 3</p> <p>Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengetahui prediksi jumlah kematian ibu sehingga menghasilkan kebijakan atau kegiatan untuk mengurangi jumlah kematian ibu.</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Untuk mengetahui jumlah kematian ibu dalam setiap triwulan.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p> <p>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).</p> <p>Penyebab langsung (direct obstetric deaths)</p> <p>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</p>		<p>Numerator:</p> <p>Jumlah kematian ibu tahun berjalan</p> <p>Denominator:</p> <p>Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya</p> <p>Formula:</p>

<p>disebabkan oleh hal tersebut. Contoh Perdarahan, tekanan darah tinggi dalam kehamilan, Komplikasi anestesi atau seksio sesarea.</p> <p>Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)</p> <p>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 ginjal.</p>		$100\% - \left[\frac{\text{Jumlah kematian ibu tahun berjalan}}{\text{Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya}} \times 100\% \right]$										
<p>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.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Kematian ibu yang disebabkan oleh kecelakaan/cedera.</p>		<p>Sumber Data: Data Divisi Obstetri & Ginekologi Sosial</p>										
<p>Standar Indikator: 36 (jumlah kematian ibu tahun 2019, baseline)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>45</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	50	45	20	20	20	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
50	45	20	20	20								
<p>Pengumpul Data: dr. Dini Hidayat, SpOG(K), MKes dr. Windi Nurdiawan, SpOG(K), MKes</p>		<p>Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi</p>										

<input type="checkbox"/> Prospektif	<input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: KSM Obstetri dan Ginekologi

4. Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 4 Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered

		<input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional: SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC Kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent (RUI) dan Ruptur uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.</p> <p>Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS</p> <p>Penyebab langsung (direct obstetric deaths)</p> <p>Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)</p>	<p>Numerator:</p> <p>Denominator:</p> <p>Formula: Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100 dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2</p>	
<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p>	<p>Sumber Data: Laporan Kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2</p>	
<p>Standar Indikator:</p> <p>Target Indikator:</p>	<p>Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p>	

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	<input type="checkbox"/> Permil (%) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
			≤ 30 menit		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi ≥ 640 → 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 → 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

<p>Kategori Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit 	<p>JUDUL INDIKATOR 5</p> <p>Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) terkait pelayanan Antepartum, Intrapartum, dan tatalaksana The First Golden Week.</p> <p>Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) mencakup 2/3 Angka Kematian Neonatal (AKN).</p> <p>AKN mencakup 2/3 Angka Kematian Bayi (AKB).</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Mendapat data dasar untuk rencana perbaikan AKND.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Kematian neonatal dini adalah kematian bayi usia 0-6 hari.</p> <p>Angka kematian neonatal dini adalah jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS.</p>		<p>Numerator:</p> <p>Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari</p> <p>Denominator:</p> <p>Jumlah kelahiran hidup</p> <p>Formula:</p> $\frac{\text{Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}} \times 1000\%$
<p>Kriteria Inklusi:</p>		<p>Sumber Data:</p>

-					Data Divisi Neonatologi
Kriteria Eksklusi: -					
Standar Indikator: 74 (Baseline tahun 2019)					Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input checked="" type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
72	67	64	61	56	
Pengumpul Data: Divisi Neonatologi, KSM Ilmu Kesehatan Anak					Area Pengamatan: IGD, NICU, Anturium, OK, Ruang Bersalin
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat:

<p>b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.</p> <p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	<p>Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja: KSM Ilmu Kesehatan Anak</p>
---	--

6. Persentase Utilisasi Ruang Operasi

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p>JUDUL INDIKATOR 6</p> <p>Persentase Utilisasi Ruang Operasi</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>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.</p>	<p>Tujuan:</p> <p>1. Menilai utilisasi ruangan operasi. Menilai efisiensi sumber daya yang ada.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Utilisasi kamar operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.</p>		<p>Numerator:</p> <p>Jumlah Waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi</p>

		<p>Denominator: Jumlah waktu kerja efektif</p> <p>Formula: $\frac{\text{Jumlah Waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi}}{\text{Jumlah waktu kerja efektif}} \times 100\%$</p>										
<p>Kriteria Inklusi: Semua pasien operasi elektif yang dilakukan operasi di dalam kamar operasi di COT lantai 3</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien operasi elektif yang batal dilakukan operasi di kamar operasi hari itu</p>		<p>Sumber Data: Data Base Kamar Operasi</p>										
<p>Standar Indikator: 61.70 (Baseline 2019)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70</td> <td>52</td> <td>65</td> <td>72</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	70	52	65	72	75	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
70	52	65	72	75								
<p>Pengumpul Data: dr. Alma Wijaya, SpB</p>		<p>Area Pengamatan: Ruang pemulihan</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel</p>										

	<input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Instalasi Bedah Sentral

7. Jumlah Hasil Penelitian yang diterapkan per tahun

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 7 Jumlah Hasil Penelitian yang diterapkan per tahun	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: 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	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered

		<input type="checkbox"/> Timely/accesible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable										
Definisi Operasional: <p>Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS.</p> <p>Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun.</p> <p>Penelitian tidak harus dipublikasikan.</p>		Numerator: - Denominator: - Formula: Menghitung jumlah penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh direktur pada tahun berjalan										
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		Sumber Data: Laporan penelitian yang diterapkan										
Standar Indikator: (Indikator baru, tidak ada baseline) Target Indikator: <table border="1" data-bbox="206 1177 1440 1286"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	3	5	7	5	5	Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
3	5	7	5	5								

Pengumpul Data: Sub Bagian Penelitian dan Pengembangan		
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Tahunan	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Tahunan	Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat tahunan unit kerja. b. Laporan capaian tahunan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian Unit Kerja: Bagian Pendidikan dan Penelitian

8. Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 8 Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome
--	---	---

		<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional:		Numerator: - Denominator: - Formula:
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		Sumber Data: Laporan penelitian yang diterapkan
Standar Indikator: (Indikator baru, tidak ada baseline) Target Indikator:		Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰)

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	<input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
3	5	7	5	5	
Pengumpul Data: Sub Bagian Penelitian dan Pengembangan					
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:		Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:	
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Tahunan		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Tahunan		Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat tahunan unit kerja. b. Laporan capaian tahunan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian Unit Kerja: Bagian Pendidikan dan Penelitian

9. Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)

<p>Kategori Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit 	<p>JUDUL INDIKATOR 9</p> <p>Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>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.</p> <p>Informasi Kesehatan dalam RME harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS.</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Rumah sakit memiliki RME yang terintegrasi lengkap dan diterapkan di semua pelayanan.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input checked="" type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p> <p>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.</p> <p>Pelayanan pasien adalah asesmen dan asuhan yang diberikan pada pasien yang harus didokumentasikan dalam rekam medis. Pelayanan pasien yang didokumentasikan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesmen 		<p>Numerator:</p> <p>Jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR</p> <p>Denominator:</p> <p>Jumlah pasien yang dilayani</p> <p>Formula:</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan - Pemeriksaan penunjang - Peresepan obat - Ringkasan pulang - Rujukan internal/eksterna <p>Pelayanan yang harus sudah menggunakan Electronic Medical Record (EMR) antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Gawat Darurat 2. Pelayanan Rawat Jalan 3. Pelayanan Rawat Inap 4. Pelayanan Laboratorium 5. Pelayanan Farmasi 6. Pelayanan Radiologi <p>Penggunaan Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR) merupakan suatu keharusan, namun masih dibutuhkan pemenuhan sarana dan prasarana pendukung pelaksanaan EMR, sehingga pemenuhan target dilakukan secara bertahap selama satu tahun dan nilai capaian yang digunakan adalah nilai akumulasi Triwulan IV.</p>	$\frac{\text{Jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR}}{\text{Jumlah pasien yang dilayani}} \times 100\%$										
<p>Kriteria Inklusi: Sistem RME RSUP Dr. Hasan Sadikin</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>	<p>Sumber Data: Sistem Electronic Medical Record (EMR)</p>										
<p>Standar Indikator: (Indikator baru, tidak ada baseline)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="206 1177 1438 1286"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	100	100	100	100	100	<p>Satuan Pengukuran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
100	100	100	100	100							

Pengumpul Data: Bagus Yudha Hartono Putranto, A.Md.RMIK		Area Pengamatan: 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Laboratorium Klinik 5. Instalasi Farmasi Instalasi Radidiagnostik
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Instalasi Rekam Medis

10. Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 10 Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: Indikator Mandatory Kemenkes	Tujuan: Mewujudkan proses yang inovatif	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input checked="" type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Persentase fasyankes yang meliputi laboratorium kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital Penyebab langsung (direct obstetric deaths) Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)		Numerator: Jumlah labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang terintegrasi sistem surveilans Denominator: seluruh labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit Formula: Jumlah labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang terintegrasi sistem surveilans dibagi jumlah seluruh labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit dikali 100

Kriteria Inklusi:					Sumber Data:
Kriteria Eksklusi:					
Standar Indikator:					Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
			1 sistem		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data:					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat:

<ul style="list-style-type: none"> a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS. 	<p>Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja:</p>
---	--

11. Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

<p>Kategori Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit 	<p style="text-align: center;">JUDUL INDIKATOR 11</p> <p style="text-align: center;">Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>IDO merupakan salah satu indikator Hais yang harus di pantau</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p>	<p>Numerator:</p>	

<p>Infeksi Daerah Operasi (IDO)/Surgical Site Infection (SSI) adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria IDO adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> Cairan purulent keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia, Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik, Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi (spesifik) 	<p>Jumlah kasus infeksi daerah operasi klasifikasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi dalam satu bulan (orang)</p> <p>Denominator: Jumlah kasus operasi klasifikasi Bersih dan Bersih terkontaminasi dalam Bulan yang sama</p> <p>Formula:</p> $\frac{\text{Jumlah kasus infeksi daerah operasi klasifikasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi dalam satu bulan (orang)}}{\text{Jumlah kasus operasi klasifikasi Bersih dan Bersih terkontaminasi dalam Bulan yang sama}} \times 100\%$					
<p>Kriteria Inklusi: Semua pasien dengan kasus operasi bersih dan bersih terkontaminasi</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien dengan klasifikasi operasi tercemar dan operasi kotor / infeksi, operasi diluar RSHS dan prosedur sirkumsisi, stitch abscess</p>	<p>Sumber Data: Rekam medik pasien rawat yang dilakukan operasi klasifikasi bersih & bersih terkontaminasi</p>					
<p>Standar Indikator: 1,3 (Baseline tahun 2019)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="206 1318 1442 1359"> <tr> <td>Tahun 2020</td> <td>Tahun 2021</td> <td>Tahun 2022</td> <td>Tahun 2023</td> <td>Tahun 2024</td> </tr> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		

≤ 2	≤ 2	$\leq 1,5$	≤ 1	≤ 1	<input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Pengumpul Data: Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)					Area Pengamatan: Unit yang terkait dalam pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)

12. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 12 Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama RSHS	Tujuan: Menjamin Proses yang Bermutu	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit, dari seluruh pasien terdaftar di rawat jalan		Numerator: Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit Denominator: Seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan Formula: $\frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan}} \times 100\%$

Kriteria Inklusi: Pasien yang hadir sesuai jadwal saat daftar online		Sumber Data: Poliklinik dan Rekam Medis Rawat Jalan									
Kriteria Eksklusi: Pasien tidak datang sesuai jam yang ditetapkan saat pendaftaran online											
Standar Indikator: 75 (baseline tahun 2019)		Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:									
Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77</td> <td>80</td> <td>83</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>			Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	77	80	83	85
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
77	80	83	85	90							
Pengumpul Data: Instalasi Rawat Jalan		Area Pengamatan: Pelayanan Rawat Jalan									
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil									
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:									
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat:									

<p>b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.</p> <p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	<p>Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja: Instalasi Rawat Jalan</p>
---	--

13. Persentase Pasien yang memenuhi Standar WTE ≤ 48 jam

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p style="text-align: center;">JUDUL INDIKATOR 13</p> <p style="text-align: center;">Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE ≤ 48 Jam</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Antrian operasi yang lama</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Meningkatkan waktu tunggu operasi elektif sesuai standar</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Pasien yang memenuhi standar waktu tunggu operasi elektif kurang atau sama dengan 48 jam adalah pasien dengan waktu tunggu (jam) sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam.</p> <p>Waktu tunggu Operasi Elektif adalah waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan.</p> <p>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.</p>		<p>Numerator:</p> <p>Jumlah pasien dengan waktu tunggu sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam</p> <p>Denominator:</p> <p>Jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif</p> <p>Formula:</p>

<p>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.</p>		<p>Jumlah pasien dengan waktu tunggu sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam x 100%</p> <hr/> <p>Jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif</p>												
<p>Kriteria Inklusi: -</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>		<p>Sumber Data: Instalasi bedah central dan instalasi rawat inap</p>												
<p>Standar Indikator: 63 Jam (baseline 2019)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	1,5	1,5	1,5	80	80	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Lainnya:</p>		
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
1,5	1,5	1,5	80	80										
<p>Pengumpul Data: Instalasi Rawat Inap</p>		<p>Area Pengamatan: Pelayanan Rawat Inap</p>												
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>		<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>		<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil</p>										
<p>Periode Pengumpulan Data</p> <p><input type="checkbox"/> Harian</p> <p><input type="checkbox"/> Mingguan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</p>		<p>Periode Analisis dan Pelaporan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</p> <p><input type="checkbox"/> Triwulan</p> <p><input type="checkbox"/> Semester</p>		<p>Penyajian Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Grafik batang</p> <p><input type="checkbox"/> Diagram pie</p>										

<input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Instalasi Rawat Inap

14. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 14 Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: 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).	Tujuan: 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).	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable

<p>Dengan dilakukan evaluasi capaian indikator maka akan dapat diketahui perkembangan dari perbaikan mutu yang telah diukur</p>		
<p>Definisi Operasional:</p> <p>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 masalah. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi.</p> <p>Indikator mutu yang ditetapkan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Indikator mutu area klinik (IAK) yang bersumber dari area pelayanan b. Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen c. Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan. d. 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. 		<p>Numerator: Jumlah indikator mutu pelayanan klinis prioritas yg mencapai target</p> <p>Denominator: Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur</p> <p>Formula: $\frac{\text{Jumlah indikator mutu pelayanan klinis prioritas yg mencapai target}}{\text{Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur}} \times 100\%$ </p>
<p>Kriteria Inklusi: Semua indikator prioritas pelayanan klinis yang telah ditetapkan oleh direktur RSHS pada periode tahun tersebut yang dibuktikan dengan SK Dirut</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>		<p>Sumber Data: Laporan triwulanan kinerja PMKP</p>
<p>Standar Indikator:</p>		<p>Satuan Pengukuran:</p>

60 (baseline tahun 2019)						<input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:											
Target Indikator: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>75</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		65	70	70	70	75
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024													
65	70	70	70	75													
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas											
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:											
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:											
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Komite Mutu & Keselamatan Pasien											

15. Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang Mencapai Target

<p>Kategori Indikator:</p> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	<p>JUDUL INDIKATOR 15</p> <p>Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang Mencapai Target</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Dengan dilakukan evaluasi capaian indikator mutu nasional maka akan dapat diketahui perkembangan dari perbaikan mutu yang telah diukur</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Hasil pengukuran pelayanan mutu nasional diharapkan dapat memberikan informasi mengenai dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan</p>		<p>Numerator:</p> <p>-</p> <p>Denominator:</p> <p>-</p> <p>Formula:</p> <p>Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November dan Desember</p>
<p>Kriteria Inklusi:</p>		<p>Sumber Data:</p>

Kriteria Eksklusi: -						Laporan INM dari aplikasi SIMAR
Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			9 layanan			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

<p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	Unit Kerja:
---	--------------------

16. Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p align="center">JUDUL INDIKATOR 16</p> <p align="center">Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel never event nihil</p>		<p>Numerator:</p> <p>-</p> <p>Denominator:</p> <p>-</p> <p>Formula:</p>

						Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November dan Desember
Kriteria Inklusi:						Sumber Data: Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes
Kriteria Eksklusi: -						
Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			9 layanan			
Pengumpul Data:						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart)

<input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Komite Mutu & Keselamatan Pasien

17. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Per Semester

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 17 Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Per Semester	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient

		<input type="checkbox"/> Equitable												
Definisi Operasional: Hasil Pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan		Numerator: Denominator: Formula: Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan												
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Catatan rekam medik masing-masing RS vertikal												
Standar Indikator: Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024					2			Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
			2											
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas												
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling												

	<input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: <p>a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja.</p> <p>b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.</p> <p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

18. Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 18 Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered

		<input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable												
Definisi Operasional: rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama		Numerator: Denominator: Formula: RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama												
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: 1. Laporan Penetapan RS Pendidikan 2. Laporan Monev Lokus 9 Penyakit Prioritas												
Standar Indikator: Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024					1			Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
			1											
Pengumpul Data: Komite Medik		Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas												
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi												

<input type="checkbox"/> Prospektif	<input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

19. Persentase kasus rujukan sistrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 19 Persentase kasus rujukan sistrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: • Sistrute merupakan upaya untuk memperbaiki sistem rujukan antar Faskes di Indonesia	Tujuan: Memberikan pelayanan rujukan yang lebih baik	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective

<ul style="list-style-type: none"> • Sisrute merupakan salah satu program prioritas Kemkes • SISRUTE merupakan indikator dalam IKT 2022 	kepada pasien berupa kecepatan dan ketepatan response	<input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: 1. Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima) \leq 30 menit.		Numerator: Jumlah kasus rujukan sisrute yang memiliki keputusan final kurang dari 30 menit Denominator: Jumlah total kasus rujukan sisrute yang ditindaklanjuti Formula: $\frac{\text{Jumlah kasus rujukan sisrute yang memiliki keputusan final kurang dari 30 menit}}{\text{Jumlah total kasus rujukan sisrute yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$
Kriteria Inklusi: Rujukan Masuk Sisrute IGD Kriteria Eksklusi: 1) Duplikasi kasus rujukan masuk Data tidak lengkap		Sumber Data: Database Aplikasi Sisrute
Standar Indikator: 50 Target Indikator:		Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor

Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	<input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
60	60	100	70	70	
Pengumpul Data: dr. David Hadi Saputra					Area Pengamatan: Instalasi Gawat Darurat
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:		Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:	
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :		Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Instalasi Gawat Darurat

20. Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 20 Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Rumah Sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata tergetnya minimal utama		Numerator: Denominator: Formula: Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata tergetnya (utama) yang dilakukan pembinaan
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -	Sumber Data: Data maping laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar stata	
Standar Indikator:	Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah	

Target Indikator:						<input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

21. Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 21 Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Rumah Sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna		Numerator: Denominator: Formula: Jumlah rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Data mapping laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar stata

Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

22. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 22 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya		Numerator: Denominator: Formula: Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan

					kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil assesment internal
Kriteria Inklusi:					Sumber Data: Dokumen rumah sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assesment internal
Kriteria Eksklusi:					
Standar Indikator:					Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
			1 Layanan		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:

<p>Publikasi dan Diseminasi Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS. 	<p>Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja:</p>
--	--

23. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

<p>Kategori Indikator:</p> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	<p>JUDUL INDIKATOR 23</p> <p>Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p>		<p>Numerator: Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu • Satuan ruang Parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai dengan kebutuhan atau mengacu pada ketentuan perundang-undangan • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan 06.30-19.00 • Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai • Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman 	<p>Denominator: jumlah kebutuhan Satuan Ruang parkir sesuai standar dikali 100%</p> <p>Formula: Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan Ruang parkir sesuai standar dikali 100%</p>										
<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p>	<p>Sumber Data: Hasil observasi, laporan rumah sakit vertikal</p>										
<p>Standar Indikator:</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="206 906 1438 1015"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>70%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024				70%		<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
			70%								
<p>Pengumpul Data:</p>	<p>Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p>									

<input type="checkbox"/> Prospektif	<input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum Unit Kerja: Bagian Umum

24. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 24 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe

		<input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable										
Definisi Operasional: Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dhitung sejak pasien mendaftar di anjungan pendaftaran mandiri (APM) atau loket pendaftaran Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit		Numerator: Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit Denominator: jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Formula: Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%										
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:		Sumber Data: Hasil observasi, laporan rumah sakit vertikal										
Standar Indikator: Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Tahun 2020</td> <td>Tahun 2021</td> <td>Tahun 2022</td> <td>Tahun 2023</td> <td>Tahun 2024</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>$\geq 80\%$</td> <td></td> </tr> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024				$\geq 80\%$		Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
			$\geq 80\%$									

		<input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Pengumpul Data:		Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

25. Penundaan Waktu Operasi Elektif

Kategori Indikator:	JUDUL INDIKATOR 25	Jenis Indikator (Pilih salah satu)
---------------------	--------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	Penundaan Waktu Operasi Elektif	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan		Numerator: Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam Denominator: jumlah pasien operasi elektif Formula: Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi dengan jumlah pasien operasi elektif dikali 100%
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:	Sumber Data: Hasil observasi, laporan rumah sakit vertikal	
Standar Indikator:	Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah	

Target Indikator:					<input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
			≥3%		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi ≥ 640 → 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 → 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

26. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 26 Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: <ol style="list-style-type: none"> 3. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan 4. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis 5. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan 6. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik 7. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan 		Numerator: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan Denominator: dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Formula: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang

					ditentukan dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%
Kriteria Inklusi:					Sumber Data: Hasil observasi, laporan rumah sakit vertikal
Kriteria Eksklusi:					
Standar Indikator:					Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
			≥80%		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi ≥ 640 → 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 → 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:

<p>Publikasi dan Diseminasi Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS. 	<p>Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja:</p>
--	--

27. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap

<p>Kategori Indikator:</p> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	<p align="center">JUDUL INDIKATOR 27</p> <p align="center">Kepatuhan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>1) Representasi pelayanan rawat inap Infikator Kinerja Terpilih TA 2021</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Terwujudnya kepatuhan DPJP terhadap ketepatan waktu melaksanakan visite pada pasien di ruang perawatan</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p>		<p>Numerator:</p>

<p>Kepatuhan Waktu visite dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari pada hari kerja.</p> <p>Kategori visite DPJP :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Visite ≤ pukul 10.00, nilai 100 3. Visite > pukul 10.00 sampai dengan pukul 12.00, nilai 50 4. Visite > pukul 12.00 dan tidak divisite, nilai 0 	<p>[(jumlah visite pasien ≤pukul 10.00, dikali 100%) + (jumlah visite pasien > jam 10.00 sd. 12.00, dikali 50%) + (jumlah visite pasien > jam 12.00 sd. 14.00, dikali 25%) + (jumlah visite pasien > jam 14.00, dikali 0%) pada hari kerja]</p> <p>Denominator: Jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja</p> <p>Formula: $\frac{[(\text{jumlah visite pasien} < \text{pukul } 10.00, \text{ dikali } 100\%) + (\text{jumlah visite pasien} > \text{jam } 10.00 \text{ sd. } 12.00, \text{ dikali } 50\%) + (\text{jumlah visite pasien} > \text{jam } 12.00 \text{ sd. } 14.00, \text{ dikali } 25\%) + (\text{jumlah visite pasien} > \text{jam } 14.00, \text{ dikali } 0\%)] \text{ pada hari kerja}}{\text{Jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja}}$ </p>
<p>Kriteria Inklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien pertama yang divisite oleh DPJP ➤ Minimal 50% dari seluruh pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawab DPJP yang harus di visite <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	<p>Sumber Data: Database SIMRS ==> Data visite DPJP rawat inap laporan</p>
<p>Standar Indikator:</p>	<p>Satuan Pengukuran:</p>

(Indikator baru, tidak ada baseline)					<input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
84	84	90	95	100	
Pengumpul Data: Instalasi SIRS					Area Pengamatan: Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Paviliun Parahyangan
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi $<$ 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja: Bidang Pelayanan Medik

28. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 28 Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai indiaktor klinis RS vertikal <ol style="list-style-type: none"> 1. Kanker : lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa komplikasi 5 hari 2. Jantung: Terapi fibrinolitik : “Door to needle” \leq 30 menit 3. Stroke : Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) < 7 hari 4. Uronefrologi : Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1 x 24 jam KIA : 1 5. Kemampuan menangani BBSLR 1000 gram - < 1500 gram 6. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia/eklampsia di rumah sakit 		Numerator: Denominator: Formula: Sesuai kamus indikator klinis rumah sakit vertikal
Kriteria Inklusi:		Sumber Data:

Kriteria Eksklusi:					Laporan Rumah Sakit
Standar Indikator:					Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:					
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
			≥80%		
Pengumpul Data:					Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi ≥ 640 → 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 → 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

<p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	Unit Kerja:
---	--------------------

29. Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai standar

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p align="center">JUDUL INDIKATOR 29</p> <p align="center">Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai standar</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya</p>		<p>Numerator:</p> <p>Denominator:</p> <p>Formula:</p> <p>1. Persen pemenuhan</p>

					<p>Jumlah sarana (S), Prasarana (P), dan Alat kesehatan (A) di RS di bagi standar acuan dikali 100%</p> <p>2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</p> <p>3. Menghitung hasil akhir/persentase</p>										
<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p>					<p>Sumber Data: ASPAK dan survei lapangan</p>										
<p>Standar Indikator:</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>95%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024				95%		<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024											
			95%												
<p>Pengumpul Data:</p>					<p>Area Pengamatan: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>		<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>			<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: semua populasi diambil</p>										
<p>Periode Pengumpulan Data</p>		<p>Periode Analisis dan Pelaporan Data:</p>			<p>Penyajian Data:</p>										

<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: <ol style="list-style-type: none"> Disampaikan pada rapat bulanan unit kerja. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS. 		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum Unit Kerja: IPSR

30. Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 30 Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: Mengetahui tingkat pemenuhan persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit.	Tujuan: Terpenuhinya persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit.	Dimensi Mutu: <input checked="" type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered

		<input type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input checked="" type="checkbox"/> Equitable										
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) 5. 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)		Numerator: - Denominator: - Formula: Persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruangan, dibagi 2										
Kriteria Inklusi: Semua kriteria bangunan dan prasarana standar RS Kelas A Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Laporan Kondisi Sarana dan Prasarana										
Standar Indikator: 63,46 (Baseline tahun 2019) Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65</td> <td>67</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	65	67	70	70	71	Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
65	67	70	70	71								
Pengumpul Data:		Area Pengamatan:										

Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)		Seluruh bangunan dan prasarana rumah sakit
Metode Pengumpulan Data: <input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Triwulan	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum Unit Kerja: Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)

31. Persentase Keandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 31 Persentase Keandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
--	--	--

		<input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran: Peralatan medis dan non medis canggih agar dapat memberikan keamanan, efisiensi dan pendapatan RS perlu diukur kehandalannya, antara lain untuk peralatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Alasan pemilihan indikator :</p> <p>Peralatan medis dan non medis yang berdampak pada pelayanan/ pendapatan rumah sakit diukur tingkat kehandalannya</p>	<p>Tujuan: Tercapai tingkat kehandalan sarana dan prasarana alat medis dan non medis yang baik.</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>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.</p>		<p>Numerator: Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100%</p> <p>Denominator: Jumlah alat yang dihitung nilai OEE</p> <p>Formula:</p>

<p>Ketersediaan (<i>Ke, availability</i>) : adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam rentang waktu yang telah ditentukan</p> <p>Kinerja (<i>Ki, performance</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi.</p> <p>Kualitas (<i>Ku, quality</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar</p>		<p>1. OEE per alat = $(Ke \times Ki \times Ku) \times 100\%$ Persentase Keandalan Peralatan Medis dan Non-Medis (OEE) = Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100% dibagi jumlah alat yang dihitung nilai OEE nya</p>										
<p>Kriteria Inklusi: Peralatan medis dan non medis yang memenuhi kriteria OEE yang ditetapkan oleh Direktur Utama</p> <p>Kriteria Eksklusi: Peralatan medis dan non medis yang tidak masuk dalam kriteria pengukuran OEE</p>		<p>Sumber Data: Buku catatan kegiatan pelayanan unit penunjang</p>										
<p>Standar Indikator: 76 (Baseline tahun 2019)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77</td> <td>78</td> <td>79</td> <td>80</td> <td>81</td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	77	78	79	80	81	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
77	78	79	80	81								
<p>Pengumpul Data: Sub Instalasi Fasilitas Medis</p>		<p>Area Pengamatan: Seluruh bangunan dan prasarana rumah sakit</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar observasi</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling</p>										

	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum Unit Kerja: Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)

32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 32 Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: PERMENPAN DAN RB RI Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Alasan pemilihan :	Tujuan: - Hasil pengukuran kepuasan pegawai memberikan informasi mengenai dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan termasuk biaya yang dipergunakan	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered

<p>Untuk mengetahui hal2 apa yg mempengaruhi kepuasan pegawai dalam bekerja. Serta mempelajari, menganalisis, dan menginterpretasikan pernyataan pegawai terhadap kepuasan kerja.</p>	<p>Sasaran strategis <i>meningkatkan employee enggament</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional: Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu</p> <p>Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS 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 		<p>Numerator:</p> <p>Denominator:</p> <p>Formula: Total dari nilai persepsi per unsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang</p>
<p>Kriteria Inklusi: Semua Pegawai PNS dan Non PNS yang bertugas pada seluruh unit kerja di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung</p> <p>Kriteria Eksklusi: Semua pegawai Outsourcing yang bertugas di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung</p>		<p>Sumber Data: Sampel kuoesioner kepuasan pegawai dari unit kerja di lingkungan RSHS</p>
<p>Standar Indikator: 78 (Baseline tahun 2019)</p>		<p>Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%)</p>

Target Indikator:					<input type="checkbox"/> Permil (%) <input checked="" type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	
80	82	84	80	82	
Pengumpul Data: Pihak ketiga (eksternal rumah sakit)(SDM)					Area Pengamatan: Unit kerja di lingkungan RSHS
Metode Pengumpulan Data: <input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input checked="" type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input checked="" type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Perhitungan sampel tersendiri
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Semester		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input checked="" type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian Unit Kerja: Bagian Sumber Daya Manusia

33. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 33 Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: Memberikan gambaran tentang upaya peningkatan efisiensi di rumah sakit	Tujuan: Peningkatan efisiensi dalam proses bisnis	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
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. Pelaksanaan lean project dilakukan sesuai definisi operasional project yang telah disusun sebelumnya. 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. Setiap direktorat memiliki lean project yang dilaksanakan setiap tahunnya sebagai upaya mempertahankan budaya lean di rumah sakit. Keberhasilan lean project adalah terpenuhinya ukuran keberhasilan project yang dilaksanakan sesuai dengan yang telah ditentukan pada defenisi operasional.		Numerator: - Denominator: - Formula: Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis dan telah memenuhi ukuran keberhasilan yang telah ditentukan pada defenisi operasional.

Kriteria Inklusi: Proyek Lean yang dilaksanakan dan diterapkan oleh pemilik proyek dalam peningkatan efisiensi		Sumber Data: Laporan kegiatan lean yang dilaksanakan									
Kriteria Eksklusi: Peningkatan efisiensi yang terjadi dalam suatu proses bisnis sebagai dampak dari proses lain											
Standar Indikator: (Indikator baru, tidak ada baseline)		Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:									
Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>			Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	4	4	4	4
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
4	4	4	4	4							
Pengumpul Data: Tim Lean Project		Area Pengamatan: Unit kerja pemilik proyek lean									
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Perhitungan sampel tersendiri									
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Semester	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Tahunan	Penyajian Data: <input type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:									
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat:									

<p>b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.</p> <p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	<p>Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum</p> <p>Unit Kerja: Bagian Perencanaan dan Evaluasi</p>
---	--

34. Pertumbuhan Pendapatan Tahunan

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p style="text-align: center;">JUDUL INDIKATOR 34</p> <p style="text-align: center;">Pertumbuhan Pendapatan Tahunan</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>1) PMK Nomor:191/Menkes/SK /V/2013</p> <p>2) Pendapatan merupakan indikator utama dalam mengevaluasi perkembangan bisnis.</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Mengevaluasi pencapaian kinerja dalam aspek keuangan</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Merupakan prosentasi dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu.</p> <p>Pendapatan PNBK merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil</p>		<p>Numerator:</p> <p>Selisih Pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu</p> <p>Denominator:</p> <p>Pendapatan Tahun lalu</p>

kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa, lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM.		Formulasi: $\frac{\text{Selisih Pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu}}{\text{Pendapatan Tahun lalu}} \times 100\%$										
Kriteria Inklusi: Pendapatan total rumah sakit Kriteria Eksklusi: Pendapatan dari APBN	Sumber Data: Laporan Pendapatan Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran (PEA)											
Standar Indikator: >1 (baseline 2019) Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	3	1	2	4	4	Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:	
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024								
3	1	2	4	4								
Pengumpul Data: Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran	Area Pengamatan: Unit kerja pemilik proyek lean											
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Perhitungan sampel tersendiri										
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart)										

<input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Keuangan dan BMN Unit Kerja: Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran

35. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 35 Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran: Terkait langsung terhadap pendapatan rumah sakit Alasan Pemilihan : Pendapatan RSHS dari klaim BPJS belum memenuhi yang diharapkan	Tujuan: Target pendapatan tahunan RS tercapai ✓ Achievable ✓ Sesuai dengan tupoksi IPK Sasaran strategis menjamin proses yang bermutu tidak sesuai tupoksi IPK	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accesible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable

	<p>Catatan diusulkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Masuk dalam perspektif finansial ✓ Sasaan strategis meningkatkan pendapatan RS ✓ Diusulkan masuk ke level 2 sebagai turunan dari IKU POBO 	
<p>Definisi Operasional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 menjalani rawat inap di RSHS 		<p>Numerator: Jumlah berkas pasien layak klaim terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah berkas pasien rawat jalan yang layak klaim • Jumlah berkas pasien rawat inap yang layak klaim <p>Denominator: Jumlah SEP pasien yang berobat di RSHS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS • Jumlah SEP pasien rawat inap RSHS <p>Formula: $\frac{(\text{Jumlah berkas pasien rawat jalan yang layak klaim} + \text{Jumlah berkas pasien rawat inap yang layak klaim})}{(\text{Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS} + \text{Jumlah SEP pasien rawat inap RSHS})} \times 100\%$</p>
<p>Kriteria Inklusi: Semua berkas yang memenuhi persyaratan BPJS</p>		<p>Sumber Data: Instalasi Penjamin Klaim</p>

Kriteria Eksklusi: Berkas non BPJS														
Standar Indikator: 75 (baseline)					Satuan Pengukuran: <input type="checkbox"/> Jumlah <input checked="" type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:									
Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>						Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	70	80	90	95
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
70	80	90	95	95										
Pengumpul Data: Instalasi Penjamin Klaim					Area Pengamatan: Instalasi Penjamin Klaim									
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif		Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil									
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :		Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:									
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Keuangan dan BMN									

<p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	<p>Unit Kerja: Instalasi Penjamin Klaim</p>
---	--

36. Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p align="center">JUDUL INDIKATOR 36</p> <p align="center">Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Pelayanan unggulan rawat jalan di rs vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal</p>		<p>Numerator: -</p> <p>Denominator: -</p> <p>Formula:</p>

Kriteria Inklusi:					Sumber Data:	
Kriteria Eksklusi: -						
Standar Indikator:					Satuan Pengukuran:	
Target Indikator:					<input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:	
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien					Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas	
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:		Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:	
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :		Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja.					Penanggung Jawab Indikator: Direktorat:	

<p>b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi.</p> <p>c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder.</p> <p>d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.</p>	<p>Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja:</p>
---	--

37. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif

<p>Kategori Indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Klinis</p> <p><input type="checkbox"/> Manajerial</p> <p><input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit</p>	<p style="text-align: center;">JUDUL INDIKATOR 37</p> <p style="text-align: center;">Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur</p> <p><input type="checkbox"/> Proses</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p>
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <p><input type="checkbox"/> Safe</p> <p><input type="checkbox"/> Effective</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patient centered</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible</p> <p><input type="checkbox"/> Efficient</p> <p><input type="checkbox"/> Equitable</p>
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal</p>		<p>Numerator: Jumlah kunjungan pasien VVIP</p> <p>Denominator: jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal</p> <p>Formula:</p>

						Jumlah kunjungan pasien VVIP dibagi jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal dikali 100%
Kriteria Inklusi:						Sumber Data: Data jumlah pasien di rumah sakit
Kriteria Eksklusi: -						
Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:

<p>Publikasi dan Diseminasi Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS. 	<p>Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang</p> <p>Unit Kerja:</p>
---	--

38. Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK

<p>Kategori Indikator:</p> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	<p>JUDUL INDIKATOR 38</p> <p>Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p>	<p>Tujuan:</p>	<p>Dimensi Mutu:</p> <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p>		<p>Numerator:</p>

<p>Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan hasil pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam hasil pemantauan semester (HAPSEM) BPK</p>		<p>Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti</p> <p>Denominator: jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan</p> <p>Formula: Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan x 100%</p>												
<p>Kriteria Inklusi:</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>		<p>Sumber Data: Laporan hasil TL rekomendasi BPK</p>												
<p>Standar Indikator:</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>92,5%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024					92,5%			<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
			92,5%											
<p>Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</p>		<p>Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas</p>												
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi</p>												

<input type="checkbox"/> Prospektif	<input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi 64-319 → 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 → total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

39. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 39 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe

		<input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable												
Definisi Operasional: Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan		Numerator: Denominator: Formula: Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya												
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal												
Standar Indikator: Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024					1			Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024										
			1											
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas												
Metode Pengumpulan Data:	Instrumen Pengambilan Data:	Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):												

<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif	<input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> populasi $\geq 640 \rightarrow 128$ sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 $\rightarrow 20\%$ populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 $\rightarrow 64$ sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi $< 64 \rightarrow$ total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

40. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 40 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome
--	--	--

		<input type="checkbox"/> Proses dan outcome						
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable						
Definisi Operasional: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni		Numerator: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni Denominator: total anggaran yang bersumber dari rupiah murni Formula: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100%						
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal						
Standar Indikator: Target Indikator: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Tahun 2020</td> <td style="width: 16.6%;">Tahun 2021</td> <td style="width: 16.6%;">Tahun 2022</td> <td style="width: 16.6%;">Tahun 2023</td> <td style="width: 16.6%;">Tahun 2024</td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>		Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024				

			1			<input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

41. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 41 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/accessible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU		Numerator: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU Denominator: total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU Formula: Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dikali 100%
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal

Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

42. Persentase Nilai EBITDA Margin

Kategori Indikator: <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit	JUDUL INDIKATOR 42 Persentase Nilai EBITDA Margin	Jenis Indikator (Pilih salah satu) <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
Dasar Pemikiran:	Tujuan:	Dimensi Mutu: <input type="checkbox"/> Safe <input type="checkbox"/> Effective <input checked="" type="checkbox"/> Patient centered <input checked="" type="checkbox"/> Timely/acesible <input type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
Definisi Operasional: EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit sebelum bunga, pajak, depreciasi dan amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, panjak depresiasi dan amortisasi		Numerator: Denominator: Formula: $\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA dibagi pendapatan}) \times 100\%$
Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi: -		Sumber Data: Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal

Standar Indikator:						Satuan Pengukuran: <input checked="" type="checkbox"/> Jumlah <input type="checkbox"/> Persen (%) <input type="checkbox"/> Permil (‰) <input type="checkbox"/> Skor <input type="checkbox"/> Menit <input type="checkbox"/> Jam <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Lainnya:
Target Indikator:						
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024		
			1			
Pengumpul Data: Sub Pengembangan Mutu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien						Area Pengamatan: Unit yang terkait pelayanan klinis prioritas
Metode Pengumpulan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Konkuren <input type="checkbox"/> Prospektif			Instrumen Pengambilan Data: <input type="checkbox"/> Ceklis <input type="checkbox"/> Lembar kuesioner <input type="checkbox"/> Pedoman wawancara <input checked="" type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Lainnya:			Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n): <input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel <input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi <input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel <input checked="" type="checkbox"/> populasi < 64 \rightarrow total sampling <input type="checkbox"/> Lainnya:
Periode Pengumpulan Data <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :			Periode Analisis dan Pelaporan Data: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :			Penyajian Data: <input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart) <input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a) Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b) Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c) Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d) Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.						Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Unit Kerja:

43. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PER-24/PB/ 2018)

<p>Kategori Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinis <input type="checkbox"/> Manajerial <input type="checkbox"/> Sasaran Keselamatan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sasaran Strategis Rumah Sakit 	<p>JUDUL INDIKATOR 43</p> <p>Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional</p> <p>(PER-24/PB/ 2018)</p>	<p>Jenis Indikator (Pilih salah satu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
<p>Dasar Pemikiran:</p> <p>Dengan mengetahui cost recovery dapat melihat kemampuan rumah sakit dalam membiayai operasionalnya dari pendapatan yang diterima.</p>	<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengetahui kemampuan pendapatan rumah sakit untuk menutupi biaya operasional yang dikeluarkan 	<p>Dimensi Mutu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Safe <input checked="" type="checkbox"/> Effective <input type="checkbox"/> Patient centered <input type="checkbox"/> Timely/accessible <input checked="" type="checkbox"/> Efficient <input type="checkbox"/> Equitable
<p>Definisi Operasional:</p> <p>Membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya oprasional yang dikeluarkan.</p> <p>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 pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p>		<p>Numerator:</p> <p>Total Pendapatan PNBP per periode tertentu</p> <p>Denominator:</p> <p>Total Biaya Operasional per periode tertentu</p> <p>Formula:</p>

<p>2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPsatker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan</p>	$\frac{\text{Total Pendapatan PNBPs per periode tertentu}}{\text{Total Biaya Operasional per periode tertentu}} \times 100\%$										
<p>Kriteria Inklusi: -</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>	<p>Sumber Data: Laporan Keuangan SAIBA BLU setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh</p>										
<p>Standar Indikator: 75 (Baseline tahun 2020)</p> <p>Target Indikator:</p> <table border="1" data-bbox="203 730 1417 839"> <thead> <tr> <th>Tahun 2020</th> <th>Tahun 2021</th> <th>Tahun 2022</th> <th>Tahun 2023</th> <th>Tahun 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85</td> <td>76</td> <td>80</td> <td>83</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	85	76	80	83	85	<p>Satuan Pengukuran:</p> <p><input type="checkbox"/> Jumlah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persen (%)</p> <p><input type="checkbox"/> Permil (‰)</p> <p><input type="checkbox"/> Skor</p> <p><input type="checkbox"/> Menit</p> <p><input type="checkbox"/> Jam</p> <p><input type="checkbox"/> Hari</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya:</p>
Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024							
85	76	80	83	85							
<p>Pengumpul Data: Instalasi Penjamin Klaim</p>	<p>Area Pengamatan: Instalasi Penjamin Klaim</p>										
<p>Metode Pengumpulan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konkuren</p> <p><input type="checkbox"/> Prospektif</p>	<p>Instrumen Pengambilan Data:</p> <p><input type="checkbox"/> Ceklis</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar kuesioner</p> <p><input type="checkbox"/> Pedoman wawancara</p> <p><input type="checkbox"/> Lembar observasi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lainnya:</p>	<p>Jumlah Populasi dan Jumlah Sampel (n):</p> <p><input type="checkbox"/> populasi \geq 640 \rightarrow 128 sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 320-639 \rightarrow 20% populasi</p> <p><input type="checkbox"/> populasi 64-319 \rightarrow 64 sampel</p> <p><input type="checkbox"/> populasi $<$ 64 \rightarrow total sampling</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: Semua populasi diambil</p>									
<p>Periode Pengumpulan Data</p> <p><input type="checkbox"/> Harian</p>	<p>Periode Analisis dan Pelaporan Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bulanan</p>	<p>Penyajian Data:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Grafik garis (run chart)</p>									

<input type="checkbox"/> Mingguan <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input checked="" type="checkbox"/> Grafik batang <input type="checkbox"/> Diagram pie <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Publikasi dan Diseminasi Data: a. Disampaikan pada rapat Triwulan unit kerja. b. Laporan capaian bulanan disampaikan melalui aplikasi Siparkit kepada Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Bagian Perencanaan & Evaluasi serta Direksi. c. Bersama dengan indikator lainnya disusun menjadi Laporan tingkat rumah sakit disampaikan kepada Stakeholder. d. Pemasangan pada papan-papan pengumuman interen RS.		Penanggung Jawab Indikator: Direktorat: Direktur Keuangan dan BMN Unit Kerja: Bagian Akuntansi dan BMN

Lampiran 4. 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.	<i>Exelence service</i> 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

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko
	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.	Ketidaksiplinan SDM dalam waktu pelayanan	R
	14.	Kesadaran dan kedisiplinan staf dalam menjalankan CP	M
	15.	Kurangnya kepatuhan cuci tangan	E
	16.	Tidak termasuk dalam kasus yang ditanggung seluruhnya oleh BPJS atau asuransi lain	R
Terwujudnya Pengembangan Layanan Unggulan	17.	Terbatasnya anggaran untuk pemenuhan sarana prasarana alat	M
Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18.	Kurangnya jumlah SDM	M
Terpenuhinya standar SPA	19.	Maintenance tidak efektif	M
	20.	Perencanaan maintenance tidak sesuai	T
	21.	Sarpras yang dibutuhkan tidak terdaftar dalam e-catalogue	M
	22.	Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete	M
	23.	Terbatasnya alokasi dana pusat	T

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko
Meningkatnya employee engagement	24.	Kurangnya disiplin melaksanakan DPJP	T
	25.	Kurangnya dana pengembangan SDM	M
Terlaksananya Lean Culture	26.	Lean project tidak tercapai	T
	27.	Kurang optimalnya proses kegiatan	
Meningkatnya pendapatan	28.	Minimnya persentase pembayaran dari BPJS	E
	29.	Tidak ada lagi revenue/sumber dana selain dari pasien	T
	30.	Ketidalengkapan rekam medis	R
Tercapainya Efisiensi Biaya operasional	31.	Meningkatnya biaya operasional	M
	32.	Kegagalan dalam perencanaan anggaran biaya operasional	M
	33.	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.	<i>Excelece service</i> 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
Terwujudnya Pengembangan Layanan Unggulan	18.	Terbatasnya anggaran untuk pemenuhan sarana prasarana alat	M	Penggunaan saldo untuk kebutuhan sarana prasarana

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko	Mitigasi Risiko
Terpenuhinya Standar SPA	19.	Maintenance tidak efektif	M	Membuat timeline yang baik sesuai dengan umur, kelayakan dan utiliasi alat
	20.	Perencanaan maintenance tidak sesuai	T	Mapping kembali alat yang dibutuhkan dan yang sudah tidak terpakai
	21.	Sarpras yang dibutuhkan tidak terdaftar dalam e-catalogue	M	Menyesuaikan alat dengan e-catalogue
	22.	Kemajuan teknologi membuat alat cepat obsolete	M	Mengganti dengan alat yang baru dan canggih
	23.	Terbatasnya alokasi dana pusat	T	Membuat prioritas alat yang dibutuhkan dan menguntungkan
Meningkatnya employee engagement	24.	Kurang disiplinnya DPJP dalam melaksanakan Pelayanan	T	Aturan yang ketat untuk SDM
	25.	Kurangnya dana pengembangan SDM	M	Inhouse training
Terlaksananya Lean Culture	26.	Lean project tidak tercapai	T	Membuat tim khusus untuk project
	27.	Kurang optimalnya proses kegiatan		Proses kegiatan dilakukan menggunakan sumber daya yang ada
Meningkatnya pendapatan	28.	Minimnya persentase pembayaran dari BPJS	E	Optimalisasi satgas RSHS
	29.	Tidak ada lagi revenue/sumber dana selain dari pasien	T	Meningkatkan pelayanan Rawat Inap Khusus
	30.	Ketidaklengkapan rekam medis	E	Pemberlakuan sistem rekam medik elektronik

Sasaran Strategis	No	Risiko	Level Risiko	Mitigasi Risiko
Tercapainya Efisiensi Biaya operasional	31.	Meningkatnya biaya operasional	M	Mengkaji kebutuhan sesuai dengan prioritas
	32.	Kegagalan dalam perencanaan anggaran biaya operasional	M	Melakukan desk internal melalui workshop Penyempurnaan sistem perencanaan
	33.	Inflasi	M	Memperketat pengeluaran

Lampiran 6. 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, menggambarkan 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.

Lampiran. 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 PNBPN-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 PNBPN 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 PNBPN 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 / Deposito		8,926,563,000	10,401,111,000	10,817,156,000	11,249,843,000
	10. Penerimaan KOMISI/POTONGAN/DENDA		10,390,626,000	34,202,000	35,571,000	36,994,000
	11. Penerimaan Pengembalian BARANG		726,312,000	613,018,000	637,539,000	663,041,000
	12. Penerimaan Pengembalian MODAL		266,007,000	-	-	-
	13. Penerimaan Pengembalian BLU LAIN-LAIN		6,395,803,000	153,429,000	159,567,000	165,950,000
	14. Penerimaan Sewa GEDUNG		1,564,750,000	55,379,000	57,595,000	59,899,000
	15. Penerimaan Sewa RUANGAN		850,355,000	542,371,000	564,066,000	586,629,000
	16. 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 besarnya 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	256,954,101,000	153,146,036,000	169,978,811,000
51	Belanja Pegawai PNS	145,413,919,000	141,385,367,000	149,377,305,000	153,146,036,000	169,978,811,000
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	99,153,767,000	0	-
II	PLN	-	21,600,000	157,847,040,000	129,816,229,000	310,152,733,000
51	Pegawai					
52	Barang		21,600,000	4,538,880,000	714860000	6,093,460,000
53	Modal			153,308,160,000	129,101,369,000	304,059,273,000
III	PNBP-BLU	819,769,403,000	898,365,486,000	973,631,188,000	886,725,499,000	922,194,519,000
A	BELANJA BARANG	747,659,409,000	792,328,183,000	833,960,776,000	830,742,746,000	854,731,324,000
525111	Belanja Pegawai	297,495,667,000	295,772,991,000	322,153,522,000	330,698,774,000	352,598,112,000
525112	Belanja Barang BLU	51,518,877,000	56,209,428,000	70,482,384,000	61,926,458,000	63,339,958,000
525113	Belanja Jasa/Daya	17,752,496,000	18,298,823,000	7,846,883,000	18,410,032,000	18,784,812,000
525114	Belanja Pemeliharaan	26,250,496,000	29,908,448,000	37,087,325,000	37,062,148,000	37,062,148,000
525115	Belanja Perjalanan	1,025,696,000	600,000,000	895,443,000	1,053,654,000	1,053,654,000
525119	Belanja Barang/Jasa Lainnya	82,730,061,000	76,886,224,000	74,882,895,000	76,453,670,000	76,754,630,000
525121	Belanja Persediaan Konsumsi	262,553,486,000	275,019,615,000	272,659,598,000	286,842,647,000	286,842,647,000

No	Jenis Kegiatan	Estimasi Belanja (Rp)				
		2020	2021	2022	2023	2024
525123	Belanja Persediaan Pemel	2,621,388,000	3,579,644,000	3,067,490,000	4,224,052,000	4,224,052,000
525124	Belanja BLU ke BLU Lain		-			
525152	Belanja Barang BLU Penanganan pandemi Covid-19	48,956,000	35,394,000	1,156,688,000	0	0
525153	Belanja Barang Persediaan BLU Penanganan Pandemi Covid-19	5,040,604,000	36,017,616,000	43,728,548,000	14,071,311,000	14,071,311,000
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	139,670,412,000	55,982,753,000	67,463,195,000
537112	Peralatan dan Mesin	35,902,630,000	46,546,527,000	127,561,578,000	48,508,938,000	58,493,020,000
537113	Gedung Dan Bangunan	28,468,313,000	30,345,221,000	11,283,015,000	7,473,815,000	8,970,175,000
537122	Belanja modal peralatan dan mesin (BLU) Covid-19	7,259,220,000	28,921,711,000	327,519,000		
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	1,388,432,329,000	1,169,687,764,000	1,402,326,063,000

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 besarnya 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 PNPB 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	256,954,101,000	153,146,036,000	169,978,811,000
	PLN	-	21,600,000	157,847,040,000	129,816,229,000	310,152,733,000
	PNBP	819,769,403,000	898,365,486,000	973,631,188,000	886,725,499,000	922,194,519,000
	Jumlah Kebutuhan	1,203,479,278,000	1,051,039,852,000	1,388,432,329,000	1,169,687,764,000	1,402,326,063,000
2	Pendapatan					
	RM	383,709,875,000	152,652,766,000	256,954,101,000	153,146,036,000	169,978,811,000
	PLN	-	21,600,000	157,847,040,000	129,816,229,000	310,152,733,000
	PNBP	819,769,403,000	898,365,486,000	973,631,188,000	886,725,499,000	922,194,519,000
	Jumlah Pendapatan	1,203,479,278,000	1,051,039,852,000	1,388,432,329,000	1,169,687,764,000	1,402,326,063,000
3	Selisih	-		-	-	-

Rencana penganggaran tahun 2020 sd 2024 dari pendapatan operasional/PNBP-BLU, maka pendapatan diprioritaskan 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 implementasi master plan. Dan investasi alat medis bersifat life saving dan memerlukan dana besar akan dilakukan dengan cara Kerjasama Operasional (KSO) dengan pihak ke III.

Rincian Renstra Bisnis 5 Tahun (2020-2024)

	2020	2021	2022	2023	2024
Centre Of Excellence	1. Layanan Unggulan A. Layanan Robotic Telesurgery B. Layanan Kedokteran Nuklir & Teranostik Molekuler	1. Robotic Telesurgery (Perencanaan) : Renovasi Gedung, Faskan, Alkes tahap I	1. Robotic Telesurgery (Training) : Renovasi Gedung, Faskan, Alkes tahap I, Pelatihan Dokter 2. Layanan Kedokteran Nuklir (Galium, Lutheum 1770 DOTA, CPOB) : Renovasi Gedung, Faskan, Alkes tahap II, pemenuhan CPOB	1. Robotic Telesurgery (CEO Training & research) : Faskan, Pelatihan Dokter dan Perawat, Penelitian, uji coba animal telesurgery dengan RS Sardjito, Penguatan jaringan (software dan hardware) 2. Layanan Kedokteran Nuklir (PET Oncology, PET Cardiology, Nuclear Neurology) : alkes, pemenuhan CPOB, BMHP, Pengembangan SDM	1. Robotic Telesurgery (Persiapan Pelayanan Pasien) : Alkes Robotic dan Accessories, renovasi, Jaringan, faskan. 2. Pengembangan layanan kedokteran nuklir (Cyclotron, Radiosynoctectomy, Alpha Therapy, Nuclear Cardiology dengan f18 FDG, Systemic Internal Radionuclide Therapy) : alkes, BMHP, Faskan, Pengembangan SDM
	2. Pengembangan Teknologi Terkini dalam diagnosis dan tatalaksana	1. Theranostik minimal invasive	1. Theranostik minimal invasive 2. Persiapan Transplantasi ginjal 3. PET CT	1. Transplantasi ginjal : Alkes, BMHP, pengembangan SDM, faskan 2. Penguatan Pelayanan Bedah Minimal Invasif	1. Transplantasi Hepar : Alkes, BMHP, pengembangan SDM, faskan
	3. Sister Hospital		Mou dengan Carl Gustav Dresden : Onkologi (PA)	1. Pelaksanaan dan Monev sister Hospital 2. Pengembangan kemampuan Layanan Diagnostik Onkologi : Pengembangan SDM	1. Pelaksanaan dan Monev sister Hospital 2. Pengembangan layanan diagnostic patologi anatomi : BMHP, Pengembangan SDM, Alkes
	4. Pengembangan teknologi pendukung	Elektronik rekam medis	1. Elektronik rekam medis 2. Pengembangan E-Claim 3. Program smart Hospital (digitalisasi & otomatisasi)	1. Program smart Hospital (digitalisasi & otomatisasi)	1. Program smart Hospital (digitalisasi & otomatisasi)

KOORDINASI, INTEGRASI, SINKRONISASI, SIMPLIFIKASI (KISS)

Contoh Identifikasi Direktorat (L1) dan Unit (L2) yang Memiliki Peran Terhadap Indikator Kinerja Utama

Rencana Kinerja Dirut	No Indikator Kinerja	Indikator Kinerja Dirut	Target	Direktorat, SPI, Komite	Bagian, Bidang, Intalasi, KSM
Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	18	Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas	1	Dir Med	Bid Med, Bid Penunjang, Bid Keperawatan KSM IPD, KSM IKA, KSM Urologi, KSM Jiwa, KSM Anastesi, Farmasi,
Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Secara Optimal	21	Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna	1	Dir Med	Bid Med, Bid Penunjang, Bid Keperawatan KSM IPD, KSM IKA, KSM Urologi, KSM Jiwa, KSM Anastesi, Farmasi,
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Secara Optimal	27	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	> 80%	Dir Med	Bid Med, IRI All KSM (Kecuali : Forensik, PK, PA, Radiologi, Farmakologi)

KOORDINASI, INTEGRASI, SINKRONISASI, SIMPLIFIKASI (KISS)

Contoh Penjabaran Indikator Kinerja Utama kepada Direktorat (L1) dan Unit (L2) Terkait

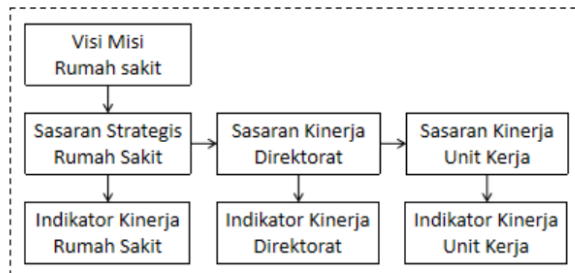
Sasaran Strategis Rumah Sakit	Indikator Kinerja Rumah Sakit	Sasaran Kinerja Direktorat	Indikator Kinerja Direktorat	Sasaran Kinerja Unit Kerja	Indikator Kinerja Unit Kerja
Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	18	Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas	1	Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	1
Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Secara Optimal	21	Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna	1	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Secara Optimal	1
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Secara Optimal	27	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	> 80%	Terwujudnya peningkatan Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	80%

KOORDINASI, INTEGRASI, SINKRONISASI, SIMPLIFIKASI (KISS)

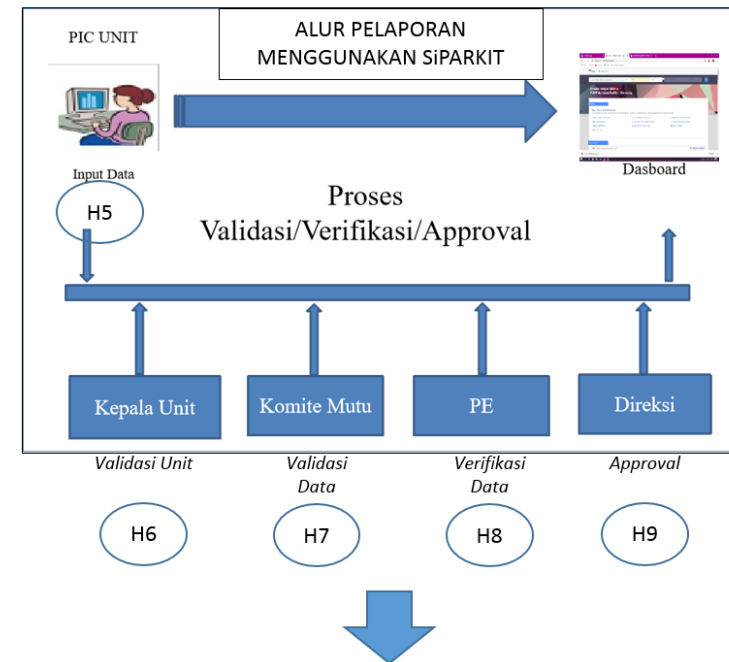
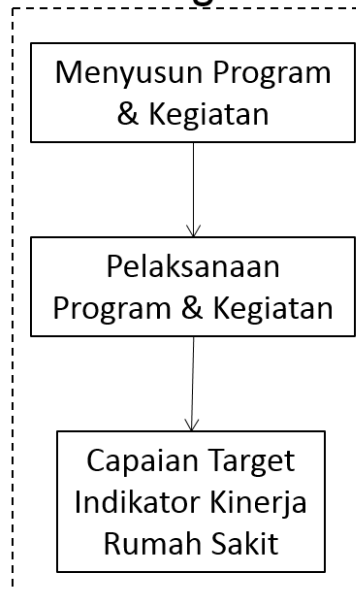
Proses Cascading

Proses Pencapaian Target

Proses Pelaporan



Direktorat dan Unit Kerja yang mendapatkan cascading langsung akan ditetapkan mejadi PIC Indikator

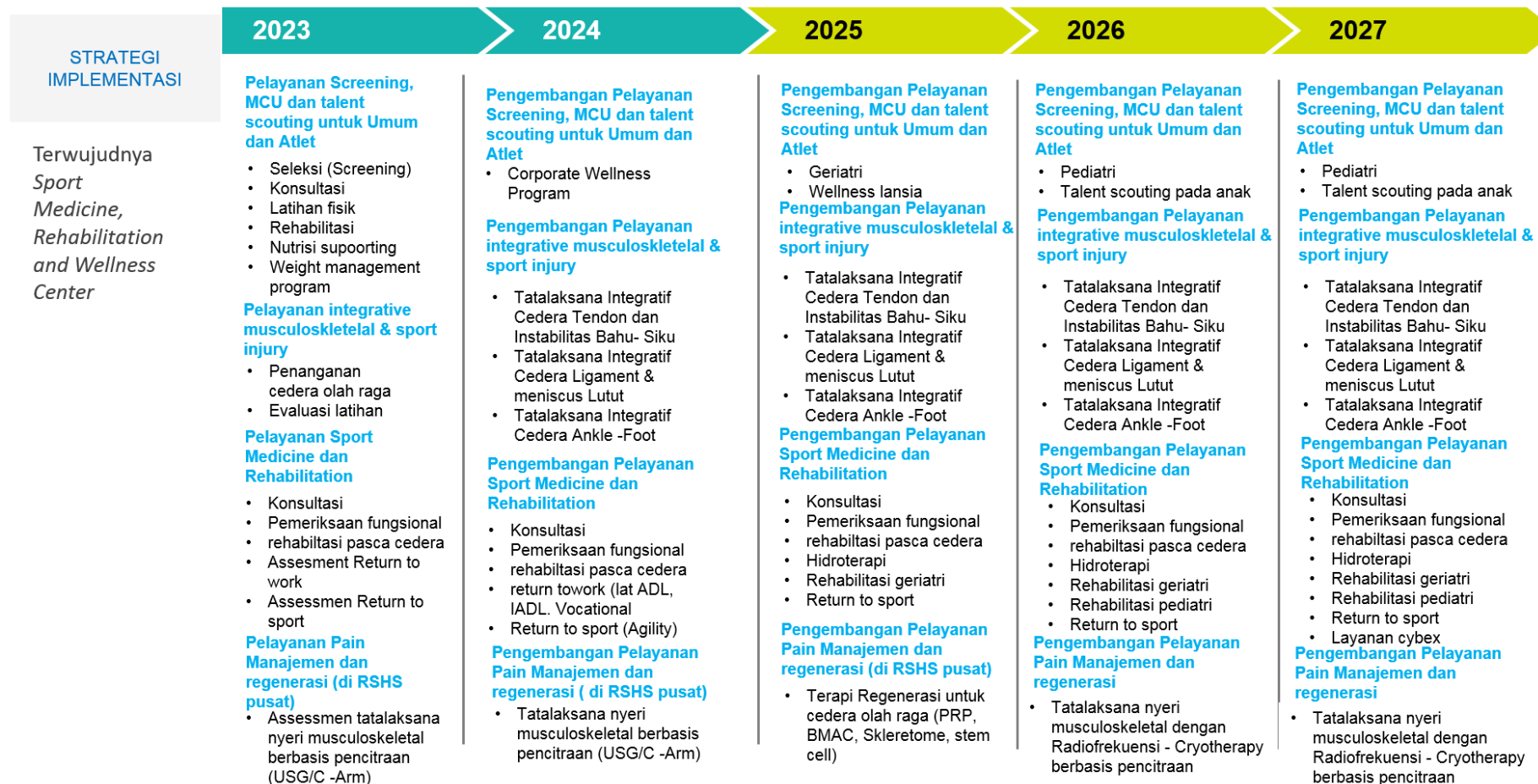


Siparkit merupakan media untuk :

- Mengumpulkan dan mengkompilasi data kinerja
- Memantau capaian kinerja secara real time
- Mengelola dan menyimpan data kinerja

PROGRAM TERINTEGRASI RSHS-BKOM 2023-2027

PELAYANAN



PROGRAM TERINTEGRASI RSHS-BKOM 2023-2027

	2023	2024	2025	2026	2027
<p>STRATEGI IMPLEMENTASI</p> <p>Terwujudnya <i>Sport Medicine, Rehabilitation and Wellness Center</i></p>	<p>PERALATAN</p>	<p>PERALATAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan alat treadmill CPET • USG Portable • X-ray portable • USD • Tens • HILT • LLLT • Peak flow meter • Biodex isokimetic dynamometer 	<p>PERALATAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan alat hidroterapi • PRP (platelet riched plasma T-Lab Kit 	<p>PERALATAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiofrekuensi/ Cryotherapy nerve ablası Kit 	<p>PERALATAN</p>
	<p>IT TERINTEGRASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konektivitas sistem dengan RSHS • Peremajaan hardware • Rerouting jaringan LAN • Implementasi dan pelatihan SIMRS 	<p>IT TERINTEGRASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan aplikasi • Implementasi dan pelatihan • Rekrutasi SDM IT penempatan di BKOM • Pelatihan kompetensi SDM IT • Langganan internet • Peremajaan hardware 	<p>IT TERINTEGRASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peremajaan hardware dan jaringan • Langganan internet 	<p>IT TERINTEGRASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjusting peningkatan kapasitas • Peremajaan hardware jaringan • Langganan internet 	<p>IT TERINTEGRASI</p>
		<p>SDM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologi sub muskuler (jika ada diagnostik) • Radiografer • Fisioterapi • Kasir Bank 	<p>SDM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter Patologi Klinik • Perawat Patologi Klinik • Ocupasi terapi 	<p>SDM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter/operator Radiofrekuensi/ Cryotherapy nerve ablas 	<p>SDM</p>
		<p>SARANA PRASARANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renovasi dan pemeliharaan gedung dan alat kesehatan • Persiapan Perluasan area pelayanan dan penunjang layanan 	<p>SARANA PRASARANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renovasi dan pemeliharaan gedung dan alat kesehatan • Perluasan area pelayanan dan penunjang layanan 	<p>SARANA PRASARANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renovasi dan pemeliharaan gedung dan alat kesehatan • Pembangunan 	<p>SARANA PRASARANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renovasi dan pemeliharaan gedung dan alat kesehatan • Pembangunan