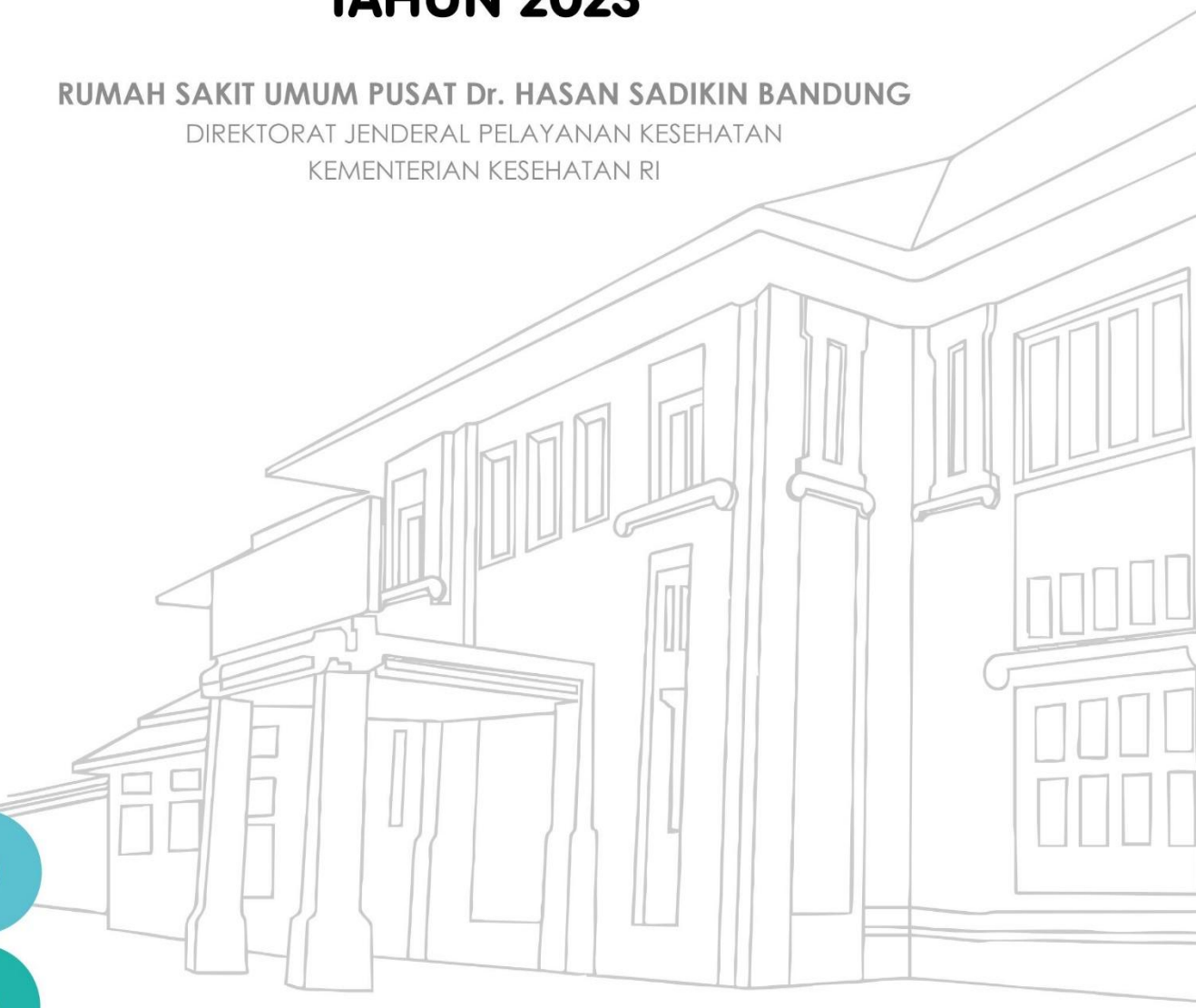
Kemenkes
RS Hasan Sadikin

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2023

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI



Jalan Pasteur No.38 Bandung

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

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

TAHUN 2023

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DISIAPKAN/DIBUAT OLEH DIREKSI:

1. **Dr. dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD**
   Direktur Utama

2. **dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An., KNA., M.Kes.**
   Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

3. **dr. Fitra Hergyana, M.H.Kes., Sp.DV., M.M.**
   Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

4. **dr. Andry Chandra, MARS**
   Direktur Layanan Operasional

5. **Herry Rukmana**
   Direktur Perencanaan dan Keuangan

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
LAKIP RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2023

Kami telah mereviu Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung untuk Tahun 2023 sesuai Pedoman reviu Permenpan No. 54 Tahun 2014. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Bandung, Januari 2024
Ketua Satuan Pemeriksaan Intern

Dr. Lina Lasminigrum, dr., Sp.THT.KL(K)., M.Kes.
NIP 196610231991022001

KATA PENGANTAR

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Tahun 2023, bagi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan tahun keempat melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS Tahun 2020-2024.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSHS mengacu pada Penetapan Kinerja RSHS Tahun 2023 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014.

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSHS dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSHS.

Bandung, Januari 2024
Direktur Utama
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung,

Dr. dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD
NIP. 196408171991031004

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan capaian kinerja ini secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama Tahun 2023. Rencana kinerja Tahun 2023 dan penetapan kinerja 2023 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama Tahun 2023 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020–2024.

Laporan capaian kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Laporan capaian kinerja dari target Tahun 2023, dari 43 Indikator Kinerja Utama yang telah mencapai target tahun 2023 yaitu sebesar 86,05% (37 dari 43 IKU) dan IKU yang belum mencapai target sebesar 13,95% (6 dari 43 IKU). Berikut adalah capaian kinerja masing-masing IKU :

Meningkatnya kepuasan pelanggan melalui pencapaian: 1) Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat realisasi sebesar skor 85,65 dari target skor 84 atau capaian sebesar 101,96%.

Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pencapaian: 1) Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit realisasi 3,76% dari target yang ditetapkan sebesar <2,5 atau capaian sebesar 49,56%; 2) Persentase penurunan jumlah Kematian Ibu di RS realisasi 63,64**%** dari target yang ditetapkan sebesar 20% atau capaian sebesar 318,18%; 3) Waktu tanggap operasi emergency sectio cesarea realiasai 30 menit dari target ≤ 30 menit atau capaian sebesar 100%; 4) Pencapaian angka Kematian Neonatal Dini (AKND) realisasi sebesar 51,56**‰** dari target yang ditetapkan <61‰ atau capaian 115,48%.

Meningkatnya utilisasi fasilitasi ruangan operasi melalui pencapaian: 1) Persentase utilisasi ruangan operasi realisasi sebesar 78,98**%** dari target 72% atau capaian 109,69%.

Terwujudnya proses yang inovatif melalui pencapaian: 1) Jumlah hasil penelitian yang diterapkan pertahun realisasi sebanyak 5 dari target 5 penelitian atau capaian sebesar 100%; 2) Jumlah penelitian dengan publikasi internasional realisasi 2 dari target 2 penelitian atau capaian sebesar 100%; 3) Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (e-MR) realisasi sebesar 85,52% dari target 100% atau capaian 85,52%; 4) Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital realisasi sebesar 1 dari target 1 atau capaian 100%.

Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan melalui pencapaian: 1) Persentase kejadian infeksi daerah operasi realisasi sebesar 0,42% dari target ≤1 atau capaian 158,13%; 2) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ<60 menit realisasi sebesar 85,30% dari target 85% atau capaian 100,35%; 3) Persentase pasien yang memenuhi standar WTE ≥ 48 jam realisasi sebesar 87,06% dari target 80% atau capaian sebesar 108,82%; 4) Persentase capaian indikator mutu diarea pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun realisasi 90,70% dari target 70% atau capaian sebesar 129,57%. 5) Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target realisasi 0 dari target 12 atau capaian sebesar 0%; 6) Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel Nol realisasi 11 dari target 12 laporan atau capaian sebesar 91,67%; 7) Jumlah laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas realisasi 2 dari target 2 atau capaian sebesar 100%.

Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas utama di rumah sakit pendidikan melalui pencapaian: 1) Jumlah capaian target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas realisasi 7 dari target 1 atau capaian sebesar 700%.

Meningkatnya akses mutu dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas) melalui pencapaian: 1) Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit realisasi 94,37**%** dari target 80% atau

capaian sebesar 117,97%; 2) Jumlah RS umum daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketetapan realisasi 1 dari target 1 atau capaian sebesar 100%.

Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal melalui pencapaian : 1) jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna realisasi 3 dari target 1 atau capaian sebesar 300%.

Terselenggaranya pelayanan *center of ecxellence* di RS secara optimal melalui pencapaian: 1) terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional realisasi 1 dari target 1 atau capaian sebesar 100%; 2) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar realisasi 80,79 dari target 70% atau capaian sebesar 115,41%; 3) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang realisasi 88,67**%** dari target ≥80% atau capaian sebesar 110,84%; 4) Penundaan waktu operasi elektif realisasi 2,64**%** dari target ≤ 3% atau capaian sebesar 111,96%; 5) Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik realisasi 83,46**%** dari target ≥80% atau capaian sebesar 104,32%. 6) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap realisasi 90,28**%** dari target ≥80% atau capaian sebesar 112,85%; 7) Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU realisasi 4 dari target 1 atau capaian sebesar 400%.

Meningkatnya kualitas sarana, prasarana, dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan melalui pencapaian : 1) Persentase pemenuhan sarana, prasarana, dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar realisasi 95,05% dari target 95% atau capaian sebesar 100,05%; 2) Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana realisasi 70,12% dari target 70% atau capaian sebesar 100,17%; 3) Persentase peralatan medis dan non medis yang memenuhi standar keandalan alat (OEE) realisasi 80,17**%** dari target 80% atau capaian sebesar 100,22%.

Meningkatnya employee engangemen melalui pencapaian : 1) pengukuran survei kepuasan pegawai realisasi skor 80,33 dari target 80 atau capaian sebesar 100,4%

Terlaksananya lean culture melalui pencapaian : 1) jumlah keberhasilan lean project yang terlaksana realisasi 4 dari target 4 atau capaian sebesar 100%.

Meningkatnya pendapatan melalui pencapaian : 1) Pertumbuhan pendapatan pertahun realisasi 15,75**%** dari target 9,7% atau capaian sebesar 162,41%; 2) Persentase berkas pasien BPJS layak klaim realisasi 95,82**%** dari target 95% atau capaian sebesar 100,86%; 3) Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran realisasi 1 dari target 1 atau capaian sebesar 100% ; 4) Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif realisasi 10,01**%** dari target 10% atau capaian sebesar 100,14%.

Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan melalui pencapaian: 1) Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK dilakukan setiap realisasi 100**%** dari target 92,5% atau capaian sebesar 108,11%; 2) Persentase realisasi target pendapatan BLU realisasi 106,95% dari target 95% atau capaian sebesar 112,58%; 3) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni realisasi 97,98% dari target 97% atau capaian sebesar 101,01%; 4) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU realisasi 89,98% dari target 95% atau capaian sebesar 94,72%; 5) Persentase nilai EBITDA margin realisasi 10,71% dari target 15% atau capaian sebesar 71,43%.

Tercapainya efisiensi biaya operasional melalui capaian : 1) Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional realisasi 88,91**%** dari target 83% atau capaian sebesar 107,12%.

Capaian Indikator Kinerja dan anggaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2023 sudah dilaksanakan secara optimal walaupun tidak semua tercapai namun terlihat trend kenaikan setiap triwulannya.

DAFTAR ISI

		Hal
Lembar Pengesahan		i
Pernyataan Telah Direviu		ii
Kata Pengantar		iii
Ikhtisar Eksekutif		iv
Daftar Isi		viii
Daftar Tabel		x
Daftar Gambar		xii
Daftar Grafik		xiii
BAB I	: **PENDAHULUAN**	
	A. Gambaran Umum	1
	1. Sejarah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	1
	2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	2
	2.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin	3
	B. Aspek strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	11
	1. Tantangan dan Tujuan strategis	11
	2. Rumusan Tata Nilai dan Budaya RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	11
	3. Faktor internal dan eksternal RSHS	12
	4. Rumusan Visi dan Misi RSHS	14
BAB II	: **PERENCANAAN KINERJA**	
	A. Rencana Kerja RSHS Tahun 2023	16
	B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023	19
BAB III	: **AKUNTABILITAS KINERJA**	
	A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja	21
	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	24
	2. Persentase Penurunan jumlah kematian di rumah sakit	28
	3. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	31
	4. Waktu tanggap operasi emergency sectio cesarea	33
	5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	36
	6. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi	38
	7. Jumlah hasil Penelitian Yang Diterapkan Pertahun	39
	8. Jumlah penelitian dengan publikasi internasional	42
	9. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (EMR)	44
	10. Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital	47
	11. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	49
	12. Persentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ ≤60 Menit.	52
	13. Persentase pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 jam	54
	14. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun	56
	15. Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target	58
	16. Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol	61
	17. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan	63

prioritas persemester .....
18. Jumlah capaian target strata utama dari 9 layanan penyakit prioritas 65
19. Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan DPJP ≤ 30 menit 67
20. Jumlah RS umum daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketetapan 69
21. Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna 71
22. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional 75
23. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar 77
24. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksanaan penunjang. 80
25. Penundaan waktu operasi elektif 82
26. Ketetapan waktu pelayanan di poliklinik 84
27. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap 86
28. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU 88
29. Persentase pemenuhan sarana, prasarana, dan alat (SPA) rumah sakit sesuai standar 90
30. Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana 92
31. Persentase peralatan peralatan Medis dan Non Medis yang memenuhi standar keandalan alat (OEE) 93
32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai 95
33. Jumlah keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana 100
34. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun..... 104
35. Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim..... 105
36. Jumlah layanan unggulan polikilnik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran 109
37. Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif 111
38. Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK 113
39. Persentase realisasi target pendapatan BLU 115
40. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni 117
41. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU 119
42. Persentase nilai EBITDA margin 120
43. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional 122

B. Realisasi Anggaran
1. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi..... 124
2. Sumber Daya Manusia..... 127
3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana..... 133

C. Efisiensi Sumber Daya 137

BAB IV : KESIMPULAN 141

Lampiran
1. Laporan Neraca Tahun 2023
2. Laporan Arus Kas Tahun 203
3. SK PIC Indikator Kinerja Unit
4. Kamus Indikator
5. Surat Penyampaian Indikator Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal Tahun 2023
6. Foto Kegiatan Tahun 2023
7. Penghargaan Tahun 2023

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 1.1	Tata Nilai Pamingpin Pituin ……	12
Tabel 3.1	Capaian Kinerja RSHS Tahun 2023…….	22
Tabel 3.2	Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat …….……	24
Tabel 3.3	Capaian Persentase Penurunan Jumlah kematian di rumah sakit ….....	28
Tabel 3.4	Capaian Persentase Penurunan Jumlah kematian Ibu di rumah sakit …...	31
Tabel 3.5	Capaian Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea……	33
Tabel 3.6	Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) ….....	36
Tabel 3.7	Capaian Persentase Utilisasi Ruangan Operasi ……	38
Tabel 3.8	Capaian Jumlah Hasil Penelitian yang Diterapkan Pertahun ……	39
Tabel 3.9	Capaian Jumlah Hasil Penelitian dengan publikasi internasional…….	42
Tabel 3.10	Capaian Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (RME)…….	44
Tabel 3.11	Capaian Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital……	47
Tabel 3.12	Capaian Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	49
Tabel 3.13	Capaian Presentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ ≤60 menit	52
Tabel 3.14	Capaian Persentase Pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 Jam.....	54
Tabel 3.15	Capaian Persentase Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas sesuai standar Pertahun …….....……	56
Tabel 3.16	Capaian Persentase Pengukuran Indikator Nasional Mutu yang mencapai target……	58
Tabel 3.17	Capaian Persentase Jumlah Indikator Keselamatan Pasien dengan capaian target Kejadian Sentinel……	61
Tabel 3.18	Capaian Persentase Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Persemester……	63
Tabel 3.19	Capaian Jumlah capaian target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas	65
Tabel 3.20	Capaian Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤30 menit……	67
Tabel 3.21	Capaian Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi strata Utama sesuai Ketetapan……	69
Tabel 3.22	Capaian Jumlah Layanan dengan stratifikasi Paripurna……	71
Tabel 3.23	Capaian persentase Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional……	75
Tabel 3.24	Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai standar……	77
Tabel 3.25	Capaian Waktu Pelayanan RawatJalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang…..	80
Tabel 3.26	Capaian Penundaan waktu Operasi Elektif……...	82
Tabel 3.27	Capaian Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik…….	84
Tabel 3.28	Capaian Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk pasien Rawat Inap……	86
Tabel 3.29	Capaian Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU……	88
Tabel 3.30	Capaian Persentase Pemenuhan sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar……	90
Tabel 3.31	Capaian Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)	92
Tabel 3.32	Capaian Peralatan Medis dan Non Medis yang memenuhi Standar Kehandalan Alat (OEE)…….	94
Tabel 3.33	Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	96
Tabel 3.34	Capaian Jumlah Lean Project yang Terlaksana ……...	100
Tabel 3.35	Capaian Pertumbuhan Pendapatan Pertahun……	104
Tabel 3.36	Capaian Presentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim	105
Tabel 3.37	Capaian Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran……	109
Tabel 3.38	Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di	

	Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif……	111
Tabel 3.39	Capaian Persentase Penyelesaian Tindaklanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK……..	113
Tabel 3.40	Capaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU……	115
Tabel 3.41	Capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni…….	117
Tabel 3.42	Capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU……..	119
Tabel 3.43	Capaian Persentase Nilai EBITDA Margin……	120
Tabel 3.44	Capaian Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)….	122
Tabel 3.45	Sumber Daya Anggaran dan Realisasi……	124
Tabel 3.46	Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga (Desember 2023)……	127
Tabel 3.47	Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendidikan Yang Telah Disesuaikan ...	128
Tabel 3.48	Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Jabatan ……..…	129
Tabel 3.49	Komposisi SDM berdasarkan Jenis Usia ……..	132
Tabel 3.50	Komposisi SDM berdasarkan Jenis Kelamin…….	132
Tabel 3.51	Komposisi SDM Berdasarkan Lama Kerja…….	132
Tabel 3.52	Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS Tahunan Per-31 Desember Tahun 2023…….	133
Tabel 3.53	Laporan Operasional Tahun 2023……..…….	136

DAFTAR GAMBAR

		Hal
Gambar. 1.1	Analisis SWOT ……	13
Gambar. 1.2	Posisi Strategis RSHS……	13
Gambar. 1.3	Peta Strategis RSHS……	14
Gambar. 1.4	Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung ……	15
Gambar. 3.1	Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2023 ……	20
Gambar. 3.2	Kegiatan Tindak Lanjut SKM ……	26
Gambar. 3.3	Program Pembinaan Kesehatan Ibu Kabupaten Bandung Barat dalam Penurunan Angka Kematian Ibu ……	32
Gambar. 3.4	Bisnis Proses Seksio Sesarea……	35
Gambar. 3.5	Time line Persiapan Seksio Sesarea……	36
Gambar. 3.6	Daftar Penelitian yang diterapkan Tahun 2023……	41
Gambar. 3.7	Submit Jurnal Internasional……	44
Gambar. 3.8	Tata Cara Pengisian EMR pada Aplikasi……	46
Gambar. 3.9	Sosialisasi EMR……	49
Gambar.3.10	Mapping Integrasi SI Surveilans Berbasis Digital……	51
Gambar. 3.11	Rapat Koordinasi PPIRS dengan KSM Obgyn……	58
Gambar. 3.12	Desk Monev Indikator Mutu Unit……	60
Gambar. 3.13	Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi Capaian INM oleh Komut dan PIC	65
Gambar. 3.14	Pelaksanaan Audit 9 Layanan Prioritas Klinis……	68
Gambar. 3.15	Data pelayanan sisrute RSHS……	71
Gambar. 3.16	Program pengampuan layanan……	74
Gambar. 3.17	Rapat Kerja Direktorat Medik dan Keperawatan tentang Kebijakan Prioritas Layanan Program Pengampuan……	77
Gambar. 3.18	Bentuk Kerjasama RSHS dan Seoul National University Hospital (SNUH)	79
Gambar. 3.19	Pengaturan zonasi parkir di RSHS……	82
Gambar. 3.20	System sign DPJP (absensi kehadiran DPJP mulai pelayanan)……	84
Gambar.3.21	Koordinasi dalam rangka peningkatan capaian……	88
Gambar. 3.22	Sosialisasi dan suvervisi kepada petugas PU untuk mengingatkan dan membantu DPJP melakukan absensi visite di ruangan……	99
Gambar. 3.23	Rapat Koordinasi dalam rangka Perbaikan System tunjangan dan gaji….	108
Gambar. 3.24	Kegiatan penyelesaian berkas klaim BPJS……	
Gambar.3.25	Jumlah kunjungan dan Pelayanan Kedokteran Nuklir……	110

DAFTAR GRAFIK

Hal

Grafik. 3.1	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Periode Tahun 2023	25
Grafik. 3.2	Persentase Penurunan Jumlah kematian di rumah sakit Periode Tahun 2023….....	28
Grafik. 3.3	Persentase Penurunan Jumlah kematian Ibu di rumah sakit Periode Tahun 2023 ……	31
Grafik. 3.4	Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea Periode Tahun 2023 …….	34
Grafik. 3.5	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) Periode Tahun 2023……	36
Grafik. 3.6	Persentase Utilisasi Ruangan Operasi Periode Tahun 2023……..	38
Grafik. 3.7	Jumlah Hasil Penelitian yang Diterapkan Pertahun Periode Tahun 2023……...	40
Grafik. 3.8	Jumlah Hasil Penelitian dengan publikasi internasional Periode Tahun 2023…….	42
Grafik. 3.9	Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (RME) Periode Tahun 2023……	45
Grafik. 3.10	Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital Tahun 2023…….	48
Grafik. 3.11	Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi Periode Tahun 2023	50
Grafik. 3.12	Presentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ ≤60 menit Periode Tahun 2023…….	52
Grafik. 3.13	Persentase Pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 Jam Periode Tahun 2023…….	55
Grafik. 3.14	Persentase Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas sesuai standar Pertahun Periode Tahun 2023…….	56
Grafik. 3.15	Persentase Jumlah Laporan Pengukuran Indikator Nasional Mutu yang mencapai target Periode Tahun 2023 ……	59
Grafik. 3.16	Persentase Jumlah Indikator Keselamatan Pasien dengan capaian target Kejadian Sentinel Periode Tahun 2023 …….	62
Grafik. 3.17	Persentase Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Persemester Periode Tahun 2023……	64
Grafik. 3.18	Jumlah capaian target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas Periode Tahun 2023…….	66
Grafik. 3.19	Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤30 menit Periode Tahun 2023 …….	67
Grafik. 3.20	Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi strata Utama sesuai Ketetapan Periode Tahun 2023 ……	69
Grafik. 3.21	Jumlah Layanan dengan stratifikasi Paripurna Periode Thn 2023	72
Grafik. 3.22	Persentase RS yang Menyelenggarakan Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan LN terkait Layanan Unggulan Tahun 2023……..	76
Grafik. 3.23	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Periode Tahun 2023…….	78
Grafik. 3.24	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Periode Tahun 2023……	80
Grafik. 3.25	Penundaan waktu Operasi Elektif Periode Tahun 2023…….	83
Grafik. 3.26	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Periode Tahun 2023 …….	85
Grafik. 3.27	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk pasien Rawat Inap Periode Tahun 2023…….	87
Grafik. 3.28	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU Periode Tahun 2023……	89

Grafik. 3.29	Persentase Pemenuhan sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar Periode Tahun 2023……	91
Grafik. 3.30	Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP) Periode Tahun 2023……	92
Grafik. 3.31	Peralatan Medis dan Non Medis yang memenuhi Standar Kehandalan Alat (OEE) Periode Tahun 2023……...	94
Grafik. 3.32	Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai Periode Tahun 2023 ……	97
Grafik. 3.33	Jumlah Lean Project yang Terlaksana Periode Tahun 2023 …….	101
Grafik. 3.34	Pertumbuhan Pendapatan Pertahun Periode Tahun 2023 …….	104
Grafik. 3.35	Presentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim Periode Tahun 2023 ……	106
Grafik. 3.36	Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Periode Tahun 2023 ……	109
Grafik. 3.37	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif Periode Tahun 2023 …….	111
Grafik. 3.38	Persentase Penyelesaian Tindaklanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK Periode Tahun 2023 …….	114
Grafik. 3.39	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Periode Tahun 2023 ……	116
Grafik. 3.40	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni Periode Tahun 2023…….	117
Grafik. 3.41	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU Periode Thn 2023,,,,,,,,,,,,,,	119
Grafik. 3.42	Persentase Nilai EBITDA Margin Periode Tahun 2023 …….	121
Grafik. 3.43	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) Periode Tahun 2023……	123

BAB I
PENDAHULUAN

A. Gambaran Umum

1. Sejarah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

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

RSHS dikategorikan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan salah satu dari 4 RS Rujukan Nasional Rujukan Puncak untuk Provinsi Jawa Barat. RSHS juga berfungsi sebagai Pusat Unggulan Nasional (*National Center of Excellence*) dalam bidang Kedokteran Nuklir dan ditetapkan sebagai satu-satunya penyelenggara Pendidikan Spesialis Kedokteran Nuklir di Indonesia.

Dalam upaya mencapai visi yang mengacu pada rumusan visi Pemerintah Kabinet Indonesia maju 2020-2024 yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, dan misi “Mewujudkan Kualitas Hidup Manusia yang Tinggi, Maju dan Sejahtera”, maka RSHS memiliki visi **“Menjadi Rumah Sakit yang Mandiri dengan Layanan Prima pada Tahun 2024”** dan misi **“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". RSHS menggunakan *Lean Hospital* sebagai strategi untuk membangun budaya organisasi dengan cara mengintegrasikan sistem yang terdiri pengembangan manusia, filosofi, teknik dan pendekatan manajemen. Implementasi RSB dalam bentuk program dan kegiatan mengacu kepada sasaran strategis RSB RSHS Tahun 2020-2024 yang menghasilkan 43 KPI. Nilai-nilai utama (*core values*) yang dijadikan sebagai pedoman oleh seluruh pegawai RSHS dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian adalah: PAMINGPIN PITUIN (Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas) 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 Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan kolaboratif.dan Moto RSHS "Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami (*Your Health is Our Priority*)".

2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 78 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RSHS merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSHS dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama.

Tugas Pokok RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Fungsi Dalam melaksanakan tugas pokok diatas, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyelenggarakan fungsi:

a. Penyusunan rencana program dan anggaran;
b. Pengelolaan pelayanan medis;
c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis;
d. Pengelolaan pelayanan penunjang nonmedis;
e. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;

g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
i. Pengelolaan sumber daya manusia;
j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
k. Pelaksanaan kerja sama;
l. Pengelolaan sistem informasi;
m. Pelaksanaan urusan umum; dan
n. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan

2.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin

A. Jajaran Direksi Sebagai Pejabat Pengelola BLU

a. Direktur Utama
Dr. dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD

b. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An.,KNA,M.Kes

c. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian
dr. Fitra Hergyana, M.H., Kes., Sp.DV., MM.

d. Direktur Perencanaan dan Keuangan
Herry Rukmana

e. Direktur Layanan Operasional
dr. Andry Chandra, MARS.

B. Jajaran Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin

a.	Prof. Dr. dr. Agus Purwadianto, DFM., SH., M.Si., Sp. F(K)	Ketua Dewas
b.	Prof. Dr. Rina Indiastuti, M. SIE	Anggota Dewas
c.	dr. Yanti Herman SH., MH. Kes	Anggota Dewas
d.	Belis Siswanto, S.E., Ak., M.A.	Anggota Dewas
e.	Sudarmanto, S.E., M.M.	Anggota Dewas
f.	Yoice Novita Fritresnahandiyati, SH, LLM	Sekretaris Dewas

Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

a. Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI) RSHS
   Dr. dr. Lina Lasminingrum, Sp. THT(KL)., MKes
   dan Unit-unit Non Struktural

Selain itu, di RSHS terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

a. Komite Medik
b. Komite Etik dan Hukum
c. Komite Mutu Rumah Sakit
d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
e. Komite Etik dan Penelitian
f. Komite Keperawatan
g. Komite Koordinasi Pendidikan
h. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI merupakan puncak rujukan untuk propinsi Jawa Barat dan merupakan Rumah Sakit Kelas A. RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialistik dan subspesialistik luas. Pelayanan spesialistik yang diberikan terdiri dari 24 pelayanan spesialistik dan 133 pelayanan subspesialistik. Pelayanan medik spesialistik tersebut adalah:

1. KSM Ilmu Penyakit Dalam/*Department of Internal Medicine*
2. KSM Ilmu Kesehatan Anak/*Department of Child Health*
3. KSM Obstetri dan Ginekologi/*Department of Obstetrics and Gynecology*
4. KSM Neurologi/*Department of Neurology*
5. KSM Ilmu Bedah/*Department of Surgery*
6. KSM Bedah Mulut dan Maksilofasial/*Oral and Maxillofacial Department*
7. KSM Orthopaedi dan Traumatologi/*Department of Orthopaedics and Traumatology*
8. KSM Bedah Saraf/*Department of Neurosurgery*
9. KSM Urologi/*Department of Urology*

10. KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif/*Department of Anesthesiology and Intensive Therapy*
11. KSM Dermatologi Venereologi dan Estetika/*Department of Dermatology and Venereology*
12. KSM Kesehatan Gigi dan Mulut/*Department of Dental and Oral Health*
13. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa/*Psychiatry Department*
14. KSM Telinga, Hidung dan Tenggorok-KL (THT-KL) / *Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*
15. KSM Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler/*Department of Nuclear Medicine and Molecular Teranostic*
16. KSM Patologi Klinik/*Department of Clinical Pathology*
17. KSM Patologi Anatomi/*Department of Anatomical Pathology*
18. KSM Radiologi/*Department of Radiology*
19. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi/*Department of Physical and Rehabilitation Medicine*
20. KSM Kedokteran Forensik dan Medikolegal/*Department of Forensic Medicine and Medicolegal*
21. KSM Farmakologi Klinik/*Department of Pharmacology Clinic*
22. KSM Onkologi Radiasi/*Department of Radiation Oncology*
23. KSM Umum/ *Department of General*
24. KSM Jantung dan Pembuluh Darah/ *Department of Heart and Blood Vessels*

Pelayanan Subspesialistik di RSHS, yaitu:

1. Penyakit Dalam terdiri dari sub Kardiovaskuler, Ginjal Hipertensi, Endokrinologi & Metabolisme, Gastroentero Hepatologi, Respirologi dan penyakit kritis respirasi, Hemato Onkologi Medik, Reumatologi, Geriatri, dan Penyakit Tropik dan Infeksi
2. Obstetri & Ginekologi terdiri dari sub Fetomaternal, Onkologi, Fertilitas dan Endokrinologi, Uroginekologi, Obstetri dan Ginekologi Sosial.
3. Kesehatan Anak terdiri dari sub Respirologi, Infeksi dan Penyakit Tropis, Kardiologi, Hematoonkologi, ERIA (Emergensi dan Rawat Intensif Anak), Gastrohepatologi, Neonatologi, Neurologi, Gizi dan Penyakit Metabolik, Tumbuh Kembang dan Pediatrik Sosial, Endokrinologi, Alergi dan

Imunologi, dan Nefrologi.

4. Ilmu Bedah terdiri dari sub Bedah Onkologi, Bedah Digestif, Bedah, Urologi, Bedah Anak, Bedah Plastik, Bedah Toraks, dan Bedah Vaskuler.
5. Bedah Saraf terdiri dari sub Traumatologi, Vaskuler, Tumor, Degeneratif, Kongenital, Saraf Tulang Belakang, Infeksi, dan Bedah Saraf Fungsional
6. Ortopedi dan Traumatologi terdiri dari Tulang Belakang *(Spine), Hand & Microsurgery,* Dewasa & Rekonstruksi *(Adult & Recontruction), Ankle & Foot,* Ortopedi Anak, Ortopedi Onkologi, dan *Sport Injury*

   Bedah Mulut terdiri dari sub Infeksi Oromaksilofasial, Dentoalveolar, Neoplasma Oromaksilofasial, Trauma Oromaksilofasial, Kongenital Oromaksilofasial, Bedah Ortognati Osteodistraksi, Saraf Oromaksilofasial Kelenjar Ludah, Temporomandibular Joint, Implan Oromaksilofasial, Kiste Oromaksilofasial, Penanganan Khusus Oromaksilofasial, dan spesial dental care densitry.
7. Neurologi terdiri dari Cerebrovaskular (CVD), Nyeri dan Nyeri kepala, Epilepsy, Saraf tepi, Neurofisiologi Klinik, Infeksi susunan saraf, Saraf Anak, Neurogeriatri, Neurobehaviour/ Fungsi luhur, Neorooftalmologi, Vertigo, Otologi, Neurorehabilitasi, Neurotraumatologi, Neuro intensif, Neuro Radiologi, Movement disorder, Neuro Emergensi, Neuro Imunologi
8. Anesthesiologi & Terapi Intensif terdiri dari Neuroanestesi, *Intensive Care,* Anestesi Pediatrik, Anestesi Regional, Manajemen Nyeri (*Pain Management*), Anestesi Obstetri, dan Anestesi Thoraks dan Kardiovaskular.
9. Dermatologi Venereologi dan Estetika terdiri dari Dermatologi Non Infeksi dan Geriatri, Dermatologi Anak, Dermatologi Kosmetik, Dermatologi Alergi & Imunologi, Dermatologi Tumor & Bedah kulit, Dermatologi mikologi & infeksi virus, Dermatologi infeksi bakteri & parasite, dan Dermatologi venereology
10. Kesehatan Gigi dan mulut terdiri dari sub Ilmu Penyakit Mulut, Periodontik, Orthodontik, Pedodontik, dan Prosthodontik
11. Kedokteran Jiwa terdiri dari sub Psikiatri Anak dan Remaja, Psikogeriatri, Psikiatri Komunitas, Psikiatri Adiksi, Psikiatri Biologi, Psikiatri Forensik, dan*Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*

12. Radiologi terdiri dari sub Radiologi Pediatrik, Neuroradiologi, Radiologi, Traktus Respirasi, Radiologi Kardiovaskuler, Radiologi Gastrointestinal, Radiologi Urogenitalis, Radiologi Muskuloskeletal, Radiologi *Breast and small parts,* dan Radiologi Intervensional.
13. Patologi Klinik terdiri dari sub Hematoonkologi, Ginjal Hipertensi, Hepato gastroenterology, Imunoserologi dan alergi, Infeksi dan penyakit tropic/mikrobiologi, dan Endokrin.
14. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher (THT-KL) terdiri dari Laring Faring, Otologi, Rinologi – alergi, Bronkos esofagologi, Audiologi, onkologi bedah kepala leher, Plastik rekonstruksi maxillo facial, dan THT komunitas.
15. Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi terdiri dari sub Rehabilitasi Muskulosketel, Rehabilitasi Neuromuskuler, Rehabilitasi Pediatrik, Rehabilitasi Geriatri, dan Rehabilitasi Kardiopulmonal
16. Patologi Anatomi
17. Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler
18. Kedokteran Forensik dan Medikolegal
19. Farmakologi Klinik
20. Kesehatan Mata
21. Kedokteran Okupasi
22. Gizi Klinik

Pelayanan spesialistik maupun subspesilistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Dialisis, Instalasi Pelayanan Eksekutif, Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak Terpadu, dan Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu, yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu dan *Central Sterile Supply* .

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti:

1. Klinik Teratai (HIV/AIDS)
2. Klinik DOTS
3. Klinik TB MDR
4. Klinik Terapi Rumatan Metadon
5. Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL)
6. Klinik Alergi
7. Klinik Lupus
8. Pelayanan Geriatri
9. *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai
10. Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi)
11. Klinik Thalasemia
12. Klinik Osteoporosis
13. Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*)
14. Klinik Anestesi
15. Fetomaternal Diagnostik
16. Skrining Tiroid
17. Pelayanan PKBRS
18. Bank Darah
19. Pelayanan Kedokteran Nuklir
20. Klinik Paliatif
21. Unit Pelayanan Transfusi Darah Rumah Sakit (UPTDRS)
22. Klinik Infeksi Khusus (Covid)
23. Klinik Estetik

RSHS sebagai rumah sakit rujukan *tertier* berupaya untuk dapat menyelenggarakan pelayanan secara terpadu. Untuk itu, pada pelaksanaannya dibentuk berbagai tim, diantaranya:

1. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
2. Tim Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba (PPRA)
3. Tim Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Komprehensif (PONEK)
4. Tim Pengelola Program Keluarga Berencana Rumah Sakit (PKBRS)
5. Tim Penanggulangan Infeksi HIV / AIDS
6. Tim TB MDR

7. Tim Pelayanan Rumatan Metadon
8. Tim Penerima Wajib Lapor Pelayanan Pecandu Narkotika
9. Tim Penapisan Teknologi Kesehatan (HTA)
10. Tim Monitoring dan Evaluasi Rekam Medis
11. Tim Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
12. Tim Penanganan Epilepsi Terpadu
13. Tim Kanker
14. Tim Paliatif
15. Tim Penguji Kesehatan Pegawai
16. Tim *Medical Check Up* (MCU)
17. Tim Farmasi dan Terapi
18. Tim Infeksi Khusus
19. Tim Khusus Hemodialisa
20. Tim Penanganan Khusus Bayi Kembar Siam
21. Tim Bedah Jantung
22. Tim Trauma
23. Tim Nutrisi
24. Tim Manajemen Nyeri
25. Tim Kode Biru
26. Tim Perawatan Luka Bakar dan Stoma
27. Tim Pengelola Perawatan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit
28. Tim pengembangan *stem cell* (sel punca)
29. Tim Penanggulangan Bencana
30. Tim *Clinical Pathway*
31. Tim Transplantasi Ginjal
32. Tim Skrining hipothyroid kongenital
33. Tim Terapi Apheresis
34. Tim Penanganan hipertensi dan penyakit jantung dalam kehamilan
35. Tim Vaksinasi covid 19
36. Tim Surveilans Sentinel Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI) dan Kejadian Ikutan Dengan Perhatian Khusus (KIPK)
37. Tim Pengampu 4 Layanan Prioritas

38. Tim Transformasi
39. Tim Terpadu Layanan Ramah Anak bagi Anak yang memerlukan Perlindungan Khusus

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumber daya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Stategis Bisnis RSHS ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Telesurgery
2. Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Theranostik Molekular

Sesuai dengan salah satu tujuan dari RSHS, yaitu meningkatnya *cost recovery* rumah sakit untuk menuju kemandirian, telah ditetapkan beberapa unit pelayanan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi bermakna terhadap pendapatan (*revenue*) RSHS, yaitu:

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Sub Instalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan
4. Instalasi Farmasi
5. Instalasi Gawat Darurat
6. Instalasi Pelayanan Jantung
7. Pelayanan Laboratorium Klinik
8. Pelayanan Pemeriksaan Radiodiagnostik
9. Instalasi Radioterapi
10. Klinik Aster (Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu)
11. Pelayanan Rawat Inap lainnya.
12. Pelayanan Kedokteran Nuklir
13. Instalasi Dialisis
14. Instalasi Pelayanan Eksekutif

Terhitung tanggal 28 Nopember 2023, ditetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung No: HK.02.03/D.XIV.4.2.1/34508/2023 tentang Kapasitas dan Alokasi Tempat Tidur Pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung : Kapasitas tempat tidur (TT) 892 TT, terdiri dari : 2 TT (0,2%) Suite Room, 2 TT (0,2%) VVIP, 24 TT (2,7%) VIP, 77 TT (8,6%) Kls I, 122 TT (13,7%) Kls II, 424 TT (47,5%) Kls III, 64 TT (7,2%) Intensif, 113 TT (12,7%) High Care Unit dan 55 TT (6,2%) Non Kelas.

Ruang isolasi 8 TT (0,9%), 1 TT (0.1%) ICU Covid-19 Tekanan Negatif dengan Ventilator.

B. Aspek Strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

1. Tantangan dan Tujuan Strategis

   Rencana Strategis periode Tahun 2020-2024 bertujuan utama untuk memberikan arah dan prioritas strategis pengembangan misi layanan, pendidikan, dan penelitian dengan memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* utamanya. Secara spesifik, tujuan utama rencana strategis RSHS adalah untuk mencapai:

   1. Peningkatan kualitas pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat
   2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan yang Inovatif, Prima dan Bermutu
   3. Peningkatan Sumber Daya Kesehatan
   4. Peningkatan Capaian Pertumbuhan Pendapatan

2. Rumusan Tata Nilai dan Budaya RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

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

Tabel 1.1
PAMINGPIN PITUIN
Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas

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

3. Faktor Internal dan Eksternal RSHS

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

Analisis dilakukan dengan menganalisa faktor-faktor eksternal organisasi yang akan memengaruhi jalannya roda organisasi RSHS dan kemudian berdasarkan pemahaman atas faktor eksternal tersebut dilanjutkan dengan menganalisa faktor internal organisasi dalam mewujudkan visi RSHS untuk periode Tahun 2020-2024

Gambar 1.1
Analisis SWOT

No	Kekuatan (Strength)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Sudah memliki layanan sub spesialistik	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

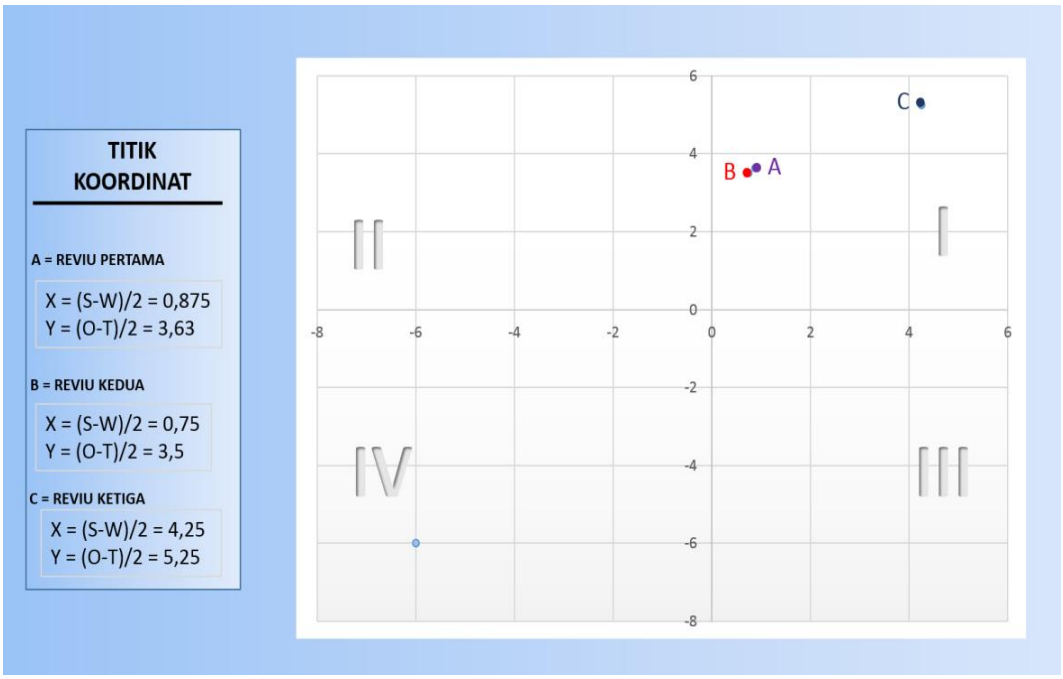
	KELEMAHAN (WEAKNESS)	Bobot (%)	Rating (1-100)	Nilai
1	Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)	20	30	6
2	Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja	20	70	14
3	Penelitian belum berorientasi pada perbaikan pelayanan	20	60	12
4	Inefisiensi sumber 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	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 kemenkes terkait transformasi pelayanan kesehatan	20	60	12
		100		64,5

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

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan RSB ditahun ketiga terjadi perubahan pada faktor-faktor strenght dan weakness serta opportunity dan threath yang berakibat pada perubahan posisi organisasi dalam memenuhi visi RSHS sebagaimana pada diagram kartesius sebagai berikut:

Gambar 1.2
Posisi Strategis RSHS



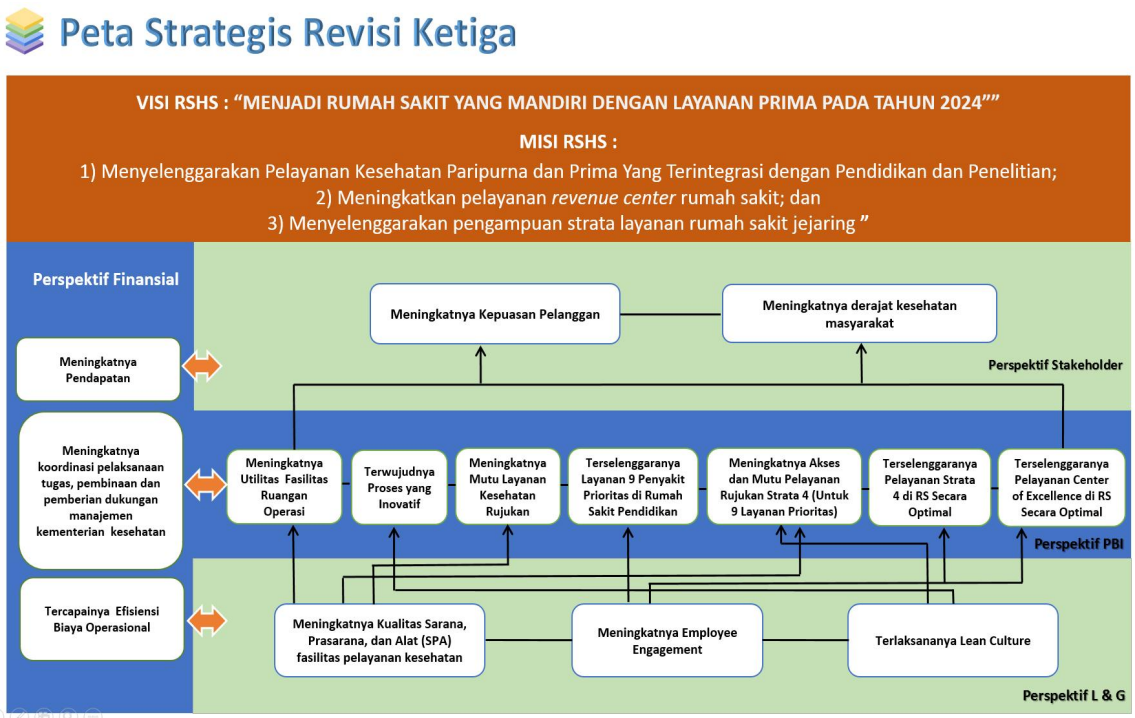
4. Rumusan Visi dan Misi RSHS

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

- Visi RSHS : Menjadi Rumah Sakit Yang Mandiri Dengan Layanan Prima Pada Tahun 2024
- Misi RSHS :
  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

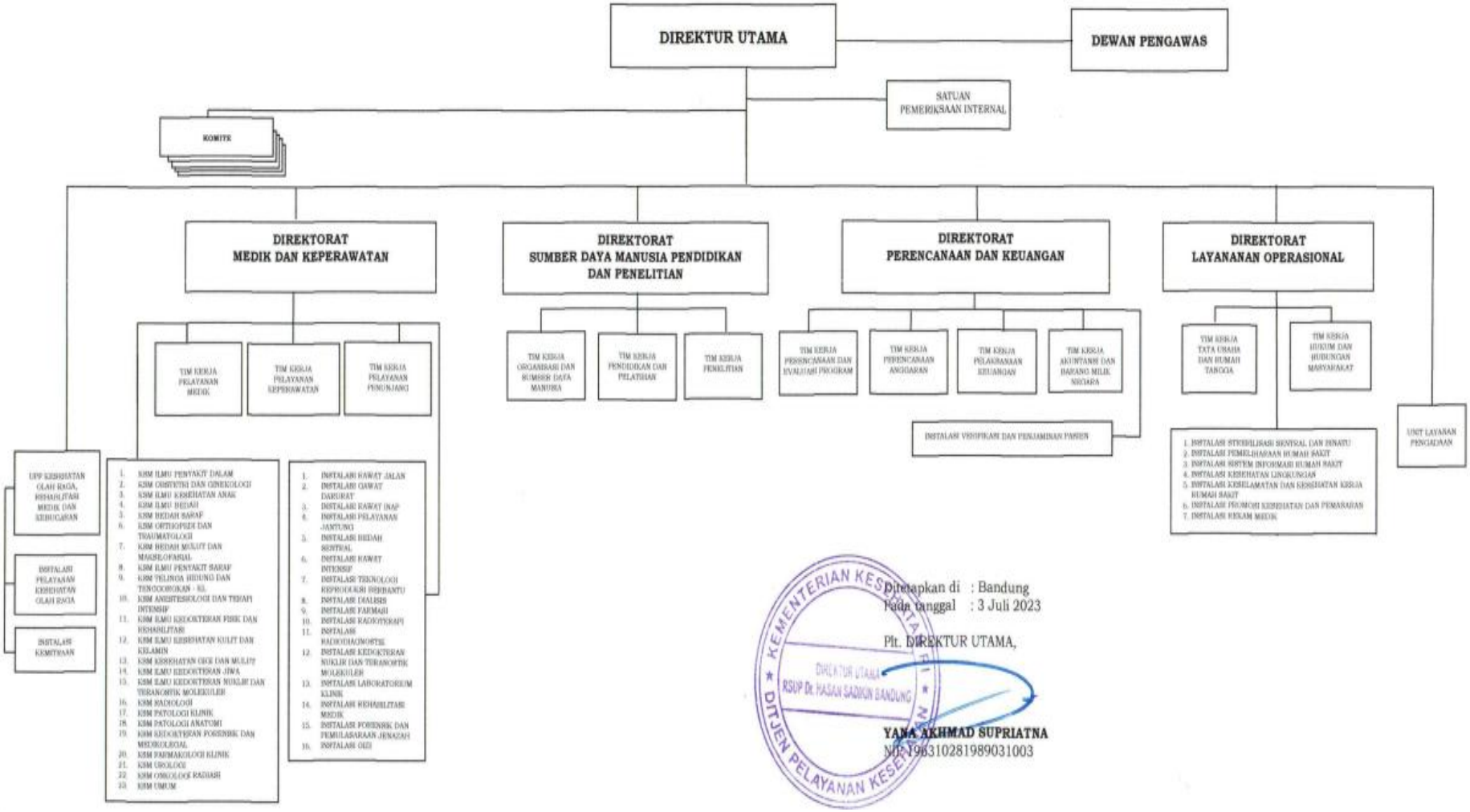
Dalam upaya pencapaian visi dan misi organisasi maka ditetapkan strategi bisnis yang disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perpektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perpektif finansial yang digambarkan dalam peta strategis.

Gambar. 1.3
Peta Strategis RSHS



Gambar 1.4

Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



BAB II
PERENCANAAN KINERJA

Perencanaan Kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis, yang dilaksanakan melalui berbagai kegiatan tahunan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melaksanakan program transformasi RS Vertikal yang merupakan salah satu pilar dari program transformasi kesehatan. Dalam rangka mendukung pencapaian program transformasi RS Vertikal tersebut, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan menurunkan target kinerja ke seluruh RS Vertikal di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

RSUP Dr. Hasan Sadikin merupakan UPT Vertikal dibawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mendapat tanggungjawab untuk melaksanakan kegiatan yang merupakan indikator kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan. Indikator Kinerja Kegiatan tersebut harus tertera dalam Perjanjian Kinerja kepala satuan kerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2023 dan akan dilakukan pemantauan terhadap capaian indikator secara periodik.

Dalam reviu tahun ketiga Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2020-2024 terdapat Indikator Kinerja yang semula 20 indikator menjadi 43 indikator terdiri dari 1 indikator sudah tercapai sehingga tidak dimasukkan dalam PK dan 22 indikator tambahan merupakan indikator kinerja turunan/cascading dari Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2023.

A. Rencana Kerja RSHS Tahun 2023

Rencana Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2023 merupakan rencana tahun keempat dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2020-2024 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin di

tahun 2023. Berdasarkan peta strategis disusun sasaran strategis yang terbagi kedalam empat perspektif sebagai berikut:

I. Perspektif *Stakeholder*

a. Meningkatnya Kepuasan Pelanggan

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

1) Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

b. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

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 (AKND)

II. Perspektif Proses Bisnis Internal

c. Meningkatnya Utilisasi Fasilitas Ruangan Operasi

6) Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

d. Terwujudnya Proses yang Inovatif

7) Jumlah Hasil Penelitian yang diterapkan pertahun
8) Jumlah penelitian dengan publikasi internasional
9) Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)
10) Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital

e. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

11) Persentase kejadian infeksi daerah operasi
12) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ $\leq$ 60 menit
13) Persentase pasien yang memenuhi standar WTE $\leq$ 48 jam
14) Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun
15) Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target
16) Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol
17) Jumlah laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester

f. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan

18) Jumlah capaian target strata utama dari 9 kasus layanan penyakit prioritas

g. Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)

19) Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit

20) Jumlah RS umum daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketetapan

h. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS secara optimal

21) Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna

i. Terselenggaranya pelayanan center of excellence di RS secara optimal

22) Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

23) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

24) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

25) Penundaan waktu operasi elektif

26) Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

27) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

28) Tercapainya target indikator klinis layanan priritas KJSU

III. Perspektif Pembelajaran Pertumbuhan

j. Meningkatnya kualitas sarana, prasarana, dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan

29) Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar

30) Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana

31) Persentase peralatan medis dan non medis yang memenuhi standar keandalan alat (OEE)

k. Meningkatnya *employee engagement*

32) Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

l. Terlaksananya *Lean Culture*

33) Jumlah keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana

IV. Perspektif Finansial

m. Meningkatnya Pendapatan

34) Pertumbuhan pendapatan pertahun

35) Persentase berkas pasien BPJS layak klaim

36) Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

37) Persentase peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif

n. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen kementerian kesehatan

38) Persentase penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK

39) Persentase realisasi target pendapatan BLU

40) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

41) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

42) Persentase nilai EBITDA margin

o. Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional

43) Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung disusun Key Performance Indikator (KPI) sebagai alat ukur untuk mengukur kinerja jangka panjang secara keseluruhan dalam satu periode tertentu. KPI secara khusus digunakan untuk membantu menentukan pencapaian strategis, keuangan dan operasional organisasi.

Terdapat 43 KPI pada Tahun 2023 yang telah diperjanjikan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Selanjutnya indikator tersebut diturunkan menjadi indikator unit sesuai dengan tupoksi unit kerja masing-masing. Kemudian indikator tersebut dituangkan kedalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) sesuai dengan KPI yang telah diperjanjikan. Berikut adalah KPI yang telah diperjanjikan pada Tahun 2023:

Gambar 1.5
Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2023

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

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

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM., MARS.

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, SKM., MARS.
NIP 197106262000031002

Pihak Pertama

dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS.
NIP. 196310281989031003

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya Kepuasan Pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	84
2.	Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat	2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	< 2,5%
		3. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	20%
		4. Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea	≤ 30 Menit
		5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	≤ 61‰
3.	Meningkatnya Utilisasi Fasilitas Ruangan Operasi	6. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi	72%
4.	Terwujudnya Proses yang Inovatif	7. Jumlah Hasil Penelitian yang Diterapkan per Tahun	5
		8. Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional	2
		9. Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	100%
		10. Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital	1 Sistem
5.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	11. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	≤1%
		12. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ ≤ 60 Menit	85%
		13. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE ≤ 48 Jam	80%
		14. Persentase Capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Sesuai Standar per Tahun	70%
		15. Jumlah Laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang Mencapai Target	12
		16. Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol	12
		17. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas per Semester	2
6.	Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	18. Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas	1
7.	Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Strata 4 (Untuk 9 Layanan Prioritas)	19. Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP ≤ 30 Menit	80%
		20. Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan	1

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Secara Optimal	21. Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna	1
9.	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Secara Optimal	22. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		23. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%
		24. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		25. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		26. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		27. Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%
		28. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU	1
10.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan	29. Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai Standar	95%
		30. Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana	70%
		31. Persentase Peralatan Medis dan Non Medis yang Memenuhi Standar Keandalan Alat (OEE)	80%
11.	Meningkatnya Employee Engagement	32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	80
12.	Terlaksananya Lean Culture	33. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana	4
13.	Meningkatnya Pendapatan	34. Pertumbuhan Pendapatan per Tahun	9,7%
		35. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim	95%
		36. Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit Sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		37. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif	10%
14.	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	38. Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK	92,5%
		39. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		40. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		41. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%
		42. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
15.	Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional	43. Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional	83%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp. 1.016.541.728.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 153.146.036.000,-
Total	**Rp.1.169.687.764.000,-**

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, SKM., MARS.
NIP 197106262000031002

Pihak Pertama

dr. Yana Akhmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS.
NIP. 196310281989031003

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja

Guna mengetahui tingkat capaian kinerja terhadap standar, rencana atau target dari masing-masing indikator, maka dapat dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui tercapainya sasaran strategis. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja yang dilakukan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari sampai dengan September 2023.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil-guna dan berdaya-guna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing Indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020 - 2024. Manfaat pengukuran kinerja antara lain memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Kinerja Utama dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Capaian Kinerja RSHS Tahun 2023

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR		TARGET TAHUN 2023		REALISASI TRIWULAN IV TAHUN 2022	REALISASI TRIWULAN IV TAHUN 2023	REALISASI TAHUN 2022	REALISASI TAHUN 2023
I	**Perspektif Stakeholder**								
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	skor	84	81,20	85,65	81,20	85,65
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2	Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit	%	< 2,5	-	3,94	-	3,76
		3	Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	%	20	77,08	100	77,08	63,64
		4	Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea	Menit	≤ 30 Menit	-	29,75	-	30
		5	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	‰	<61	68,48	33,90	68,48	51,56
II	**Perspektif Proses Bisnis Internal**								
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	6	Persentase utilisasi ruangan operasi	%	72	65,84	84,05	65,84	78,98
4	Terwujudnya Proses yang inovatif	7	Jumlah hasil Penelitian yang diterapkan pertahun	Buah	5	7	5	7	5
		8	Jumlah penelitian dengan publikasi internasional	Buah	2	-	2	-	2
		9	Persentase pelayanan pasien yang menggunakan electroinc Medical Record (RME)	%	100	64,51	85,52	64,51	85,52
		10	Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital	Sistem	1	-	1	-	1
5	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	11	Persentase kejadian infeksi daerah operasi	%	≤1	0,80	**0,33**	0,80	0,42
		12	Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤60 menit	%	85	81,01	87,52	81,01	85,30
		13	Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE < 48 jam	%	80%	2	95,55	2	87,06
		14	Persentase Capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas sesuai standar pertahun	%	70	87,23	91,67	87,23	90,70
		15	Jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target	Buah	12	-	0	-	0
		16	Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol	Buah	12	-	11	-	11
		17	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester	Buah	2	-	2	-	2
6	Terselenggaranya layanan 9 Penyakit Prioritas Utama di Rumah Sakit Pendidikan	18	Jumlah Capaian Target Strata Utama dan 9 Layanan Penyakit Prioritas	Buah	1	-	7	-	7

7	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan Strata 4 (Untuk 9 Layanan Prioritas)	19	Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit	%	80	92,99	98,64	92,99	94,37
		20	Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina menjadi Strata Utama sesuai Ketetapan	Buah	1	-	1	-	1
8	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Secara Optimal	21	Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna	Buah	1	-	3	-	3
9	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Secara Optimal	22	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Layan an	1	-	1	-	1
		23	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	%	70	-	80,79	-	80,79
		24	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	%	≥ 80	-	89,08	-	88,67
		25	Penundaan Waktu Operasi Elektif	%	≤ 3	-	2,27	-	2,64
		26	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	-	84,85	-	83,46
		27	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Raw at Inap	%	≥ 80	99,14	91,61	99,14	90,28
		28	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU	Buah	1	-	4	-	4
III	**Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan**								
10	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan	29	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar	%	95	-	95,05	-	95,05
		30	Persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	%	70	70,14	70,12	70,14	70,12
		31	Persentase Peralatan Medis dan Non Medis yang Memenuhi Standar Kehandalan Alat (OEE)	%	80	80,95	76,79	80,95	80,17
11	Meningkatnya employee engagement	32	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	%	80	73,60	80,33	73,60	80,33
12	Terlaksananya Lean Culture	33	Jumlah keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana	Buah	4	4	4	4	4
IV	**Perspektif Finansial**								
13	Meningkatnya pendapatan	34	Pertumbuhan pendapatan pertahun	%	9,7	-4,91	15,75	-4,91	15,75
		35	Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	%	95	91,51	95,82	91,51	95,82
		36	Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Buah	1	-	1	-	1
		37	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif	%	10	-	5,84	-	10,01
14	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehata	38	Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK	%	92,5	-	100	-	100
		39	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	-	106,95	-	106,95

		40	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	%	97	-	97,98	-	97,98
		41	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	%	95	-	89,98	-	89,98
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	%	15	-	8,26	-	10.71
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	43	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	%	83	84,70	88,91	84,70	88,91

1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 3.2
Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

Pengukuran survei Kepuasan masyarakat	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024	Target Kemkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target	
	84	81,20%	84	85,65	85,65	85	80
Capaian	96,67		101,96%		101,96%	100,76%	106,25%

Survei Kepuasan Masyarakat adalah :

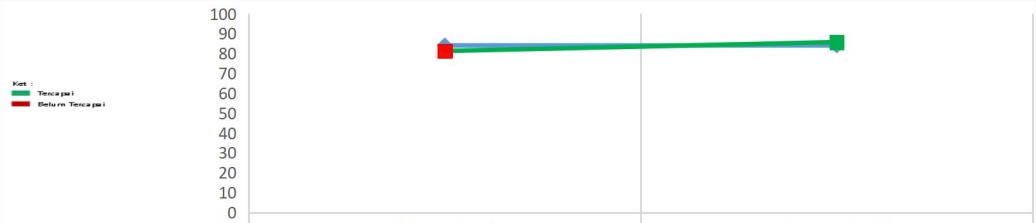
- Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan
- Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan
- Survei Kepuasan pasien adalah kegaitan 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.

Survei Kepuasan Masyarakat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dilakukan 2 kali dalam setahun (persemester). Hasil pengukuran SKM dilakukan secara independen melalui kerjasama antara RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan Pusat Study Survey *Research Methodology* Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Padjadjaran. Metode yang dipergunakan dalam survei kepuasan masyarakat mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia nomor 14 tahun 2017 tentang "Pedoman

Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat unit Penyelenggara Pelayanan Publik". Namun demikian, beberapa hal di modifikasi oleh Tim Pusat Study Survey *Research Methodology* Fakultas MIPA UNPAD (Statistik) sesuai dengan kondisi di lapangan dan aspek metodologi.

Unit Pelayanan yang disurvei adalah IRJ, IGD, IRI, Paviliun Parahyangan, Penunjang (Nuklir, Lab Klinik, radiologi, radioterapi), Intalasi Rawat Intensif, Instalasi Farmasi dan Instalasi Rehabilitasi medik.

Grafik 3.1
Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
Periode Tahun 2023



	Semester I	Semester II
Target	84	84
Realisasi	81.20	85.65

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2023 ditargetkan skor 84 realisasi sebesar skor 85,65 atau sebesar 101,96%. Progres capaian kinerja dinilai dari Semester II Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 sebesar 100,76% dan terhadap target Kemenkes sebesar 106,25%.

Langkah strategis

Upaya perbaikan yang sudah dilakukan selama Semester II Tahun 2023 untuk menindaklanjuti hasil survey semester I adalah:

1. Terkait Sikap Petugas:
   - ✓ Mengadakan pelatihan untuk peningkatan kemampuan petugas di pelayanan (Pelatihan Kompetensi Dasar bagi Manager Pelayanan)
   - ✓ Bekerjasama dengan Bank Mandiri untuk rencana pelatihan *service excelence*
   - ✓ *Sharing video service excellence* ke semua WAG internal RS
   - ✓ Pit Stop ke unit pelayanan mengenai *service excellent* dan sosialisasi media sosial RSHS dalam membangun citra RSHS
2. Pengembangan IT terkait aplikasi pelayanan:
   - ✓ Perbaikan system EMR

- ✓ Perbaikan waktu pelayanan *end to end* di IRJ maupun di IRI
- ✓ Tersedianya absen *face detection* di poli
- ✓ Optimalisasi IGD
- ✓ Optimalisasi penjadwalan operasi melalui web penjadwalan operasi *online*
- ✓ Update aplikasi pendaftaran o*nline*

Analisis Kendala/hambatan

1. Masih ada pengaduan mengenai Obat yang tidak tersedia.
2. Berkoordinasi dengan Pengadaan dan farmasi sebagai user
3. Sikap petugas masih ada yang mengadukan belum memberikan pelayanan yang baik (Staf di pelayanan penunjang).
4. Failitas parkir yang masih belum terpecahkan menjadi kendala pasien dalam berobat

Rekomendasi

1. Dilaksaanakan pelatihan peningkatan kemampuan petugas (administrasi, dokter, residen, perawat, farmasi, laboratorium, keamanan, teknisi, therapis, kebersihan, *customer service*, dll)
2. Pelatihan *sevice excellent* yang diikuti oleh semua pegawai termasuk PPDS
3. Antisipasi ketersediaan obat dilakukan kerjasama dengan PT. Kimia Farma untuk penyediaan obat kosong.
4. Peningkatan pengawasan terhadap petugas parkir dalam pengaturan lahan parkir umum dan valet.

Bukti dukung

Gambar 3.1
Kegiatan Tindaklanjut Survei Kepuasan Masyarakat
Pelatihan Service Excellent

Kegiatan pemeliharaan tanaman

Kerjasama dengan Kimia Farma dalam Penyediaan BMHP

kimia farma Apotek

rshs

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
DAN
PT KIMIA FARMA APOTEK
TENTANG
PELAYANAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)

Nomor : HK.03.01/D.XIV.4.2.1/21828/2023
Nomor : 11/KFA-PRJ/X/2023

Pada hari ini ratu, tanggal dua puluh lima bulan Oktober tahun dua ribu dua puluh tiga, yang bertanda-tangan di bawah ini masing-masing:

1. **Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung**, berkedudukan di Bandung, beralamat di Jl. Pasteur Nomor 38 Bandung, dalam hal ini diwakili oleh **Dr. dr. Jimmy Paneleweu, Sp.B-KBD.**, selaku Direktur Utama, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : KP.03.03/MENKES/1907/2023 tanggal 24 Agustus 2023, oleh karenanya sah bertindak untuk dan atas nama **Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung**, untuk selanjutnya disebut **"PIHAK PERTAMA"**.
2. **PT KIMIA FARMA APOTEK**, suatu perseroan terbatas yang didirikan berdasarkan hukum Negara Republik Indonesia, berkedudukan di Jakarta Pusat, beralamat di Jalan Budi Utomo No. 1, Jakarta Pusat, dalam hal ini diwakili oleh **Agus Chandra, MBA.** dan **apt. Muhardiman, S.Si**, secara bersama-sama masing-masing dalam jabatannya selaku Direktur Utama dan Direktur Operasional, oleh karenanya sah bertindak untuk dan atas nama **PT KIMIA FARMA APOTEK**, selanjutnya disebut sebagai **"PIHAK KEDUA"**.

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA secara bersama-sama disebut **"PARA PIHAK"** dan sendiri-sendiri disebut **"PIHAK"**.

PARA PIHAK menerangkan terlebih dahulu hal-hal sebagai berikut:

A. Bahwa **PIHAK PERTAMA** adalah Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI yang melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, yang berkedudukan di Jalan Pasteur Nomor 38 Bandung yang selanjutnya disebut **RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung**;

2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

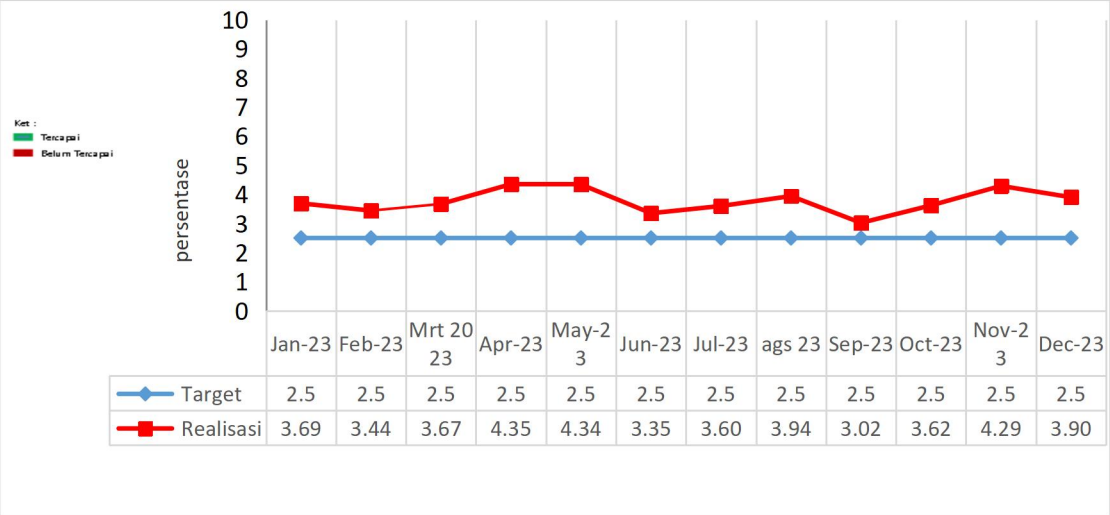
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.3
Capaian Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024	Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target	Target
	-	-	<2,5%	3,94	3,76	<2,5%	<2,5%
Capaian	-		42,35%		49,56%	49,56%	4,56%

Jumlah kematian di rumah sakit adalah nilai NDR (*Nett Death Rate*) pada periode tahun berjalan. NDR adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit. Formula perhitungan yang digunakan adalah jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati dikali 100%.

Grafik 3.2
Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase penuruan jumlah kematian di Rumah Sakit:

= Jumlah Kejadian kematian pasien rawat inap>48 jam dibagi jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati, di kali 100%
= 1340/35629 X 100% = 3.76%

Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit tahun 2023 ditargetkan <2,5%, realisasi tidak mencapai target yaitu 3,76% atau capaian sebesar 49,56%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 tidak terpenuhi sebesar 49,56%.

Langkah strategis

1. Review Clinical Pathway sebagai Protokol dan Pedoman Klinis (PPK)
2. Optimalisasi peran Manager Pelayanan Pasien (MPP) Perawat dalam memberikan perawatan medis kepada pasien sesuai PPK
3. Berkoordinasi dengan Komite Medik dalam penyusunan Format Pelaporan Audit Kematian > 48 jam di ruangan.
4. Penggunaan EMR sebagai sarana koordinasi perawatan pasien antara perawat, DPJP, ahli gizi dan lainnya.
5. Menerbitkan surat kepada seluruh KSM untuk dapat melaporkan kematian > 48 jam kepada Direktur Medik dan Keperawatan, tembusan kepada Komite Medik. Apabila diperlukan pembahasan lebih lanjut maka akan bahas oleh Komite Medik.

Analisis Kendala/hambatan

1. Berdasarkan ranking penyakit yang tertinggi adalah penyakit pneumonia dan sepsis.
2. Banyak pasien yang dirawat dengan paliatif care dan DNR
3. Tingkat keparahan penyakit dan komorbid (beberapa pasien masuk dengan EWS>7)
4. Belum Optimalnya EWS di ruangan
5. Tatalaksana EWS yang lebih dari 7 yang harus dirawat di perawatan semi intensif, sementara ruang perawatan semi intensif terbatas
6. KSM telah melakukan tindak lanjut laporan kematian secara internal namun belum melaporkan audit kematian pasien ke Manajemen RS
7. Belum optimalnya pengendalian antibiotik dan Infeksi nosokomial
8. Peran DPJP dalam memberikan ACC tindakan kepada pasien perlu ditingkatkan
9. Jumlah perbandingan SDM perawat belum sesuai dengan jumlah pasien

Rekomendasi

Manajerial:

1. Melakukan Analisa rangking penyakit tertinggi dirumah sakit apakah disebabkan oleh:

- ✓ HAP atau CAP. Data rekam medis dengan diagnosa pneumonia di breakdown apabila kasus HAP, Manajemen berkoordinasi dengan KSM IPD, IKA terkait upaya tatalaksana HAP tersebut, sedangkan kasus CAP, Manajemen berkoordinasi dengan PPI dalam melakukan pemantauan untuk meminimalisir infeksi nosokomial di ruang perawatan, melakukan koordinasi dengan Humas dan Promkes melakukan promosi dalam pencegahan infeksi.
- ✓ Kepatuhan oral hygiene

2. Mengidentifikasi kebutuhan sarana dan prasarana prioritas yang berdampak pada penurunan angka kematian pasien
3. Sosialisasi Clinical Pathway
4. Melakukan kajian penambahan jumlah ruang semi intensif dan intensif serta perbandingan jumlah SDM perawat

Instalasi

1. Rencana pengadaan sarana dan prasarana prioritas perlengkapan yang mendukung.
2. Pengembangan SDM untuk refreshing dan/atau upgrade kompetensi
3. Sosialisasi EWS
4. Sosialisasi kriteria masuk pasien semi dan intensif
5. Pengelolaan pasien dengan NGT pencegahan aspirasi
6. Koordinasi perawat dengan DPJP terkait tujuan perawatan pasien dengan EWS > 7, paliatif care dan DNR

Bukti dukung

Gambar 3.2

Audit Klinis Kematian Pasien

3. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

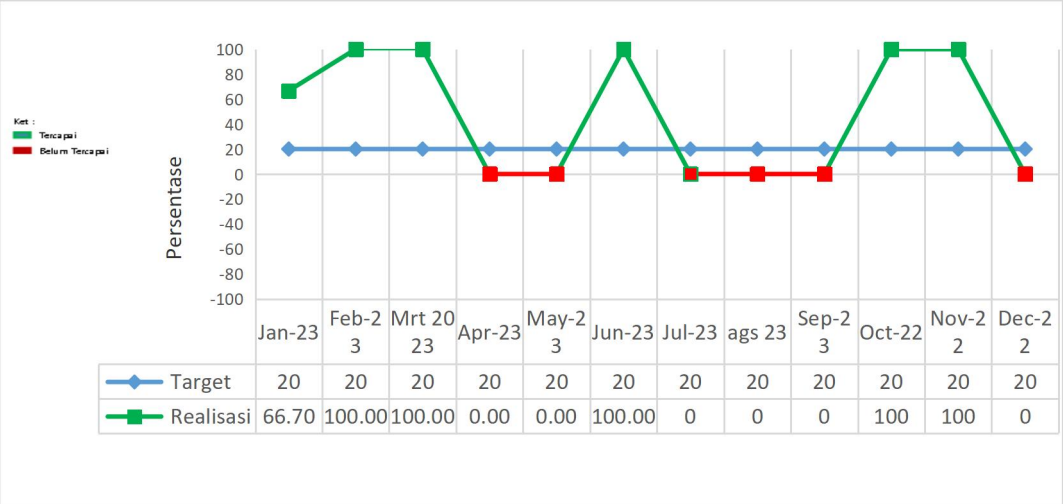
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.4
Capaian Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	20%	77%	20%	100%	63,64%	20%
Capaian	385%		500%		318,18%	318,18%

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 dan Dead On Arrival (DOA). Formula perhitungan yang digunakan adalah 100% dikurangi (jumlah kematian ibu tahun berjalan dibagi jumlah kematian ibu tahun sebelumnya x100%).

Grafik 3.3
Persentase Jumlah Penurunan Kematian Ibu
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase penuruan jumlah kematian ibu :

= 100% - [{Jumlah kematian ibu tahun berjalan / Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya} x 100%]
= 100% - [{4/11} x 100%] = 63,64%

Persentase jumlah penurunan kematian ibu di RSHS tahun 2023 ditargetkan 20%, realisasi mencapai target yaitu 63,64% atau capaian sebesar 318,18%. Progres capaian terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 318,18%.

Langkah strategis

1. Audit Maternal Perinatal - SR pada setiap kematian ibu yang dilakukan dalam waktu 2 x 24 jam
2. Komunikasi Tim Hipertensi dan Penyakit Jantung dalam kehamilan telah dilakukan melalui WA grup
3. Pembinaan kepada 5 puskesmas penyumbang kematian ibu tertinggi di Kabupaten Bandung Barat setiap satu bulan sekali
4. Evaluasi lanjutan capaian indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

Analisis Kendala/hambatan

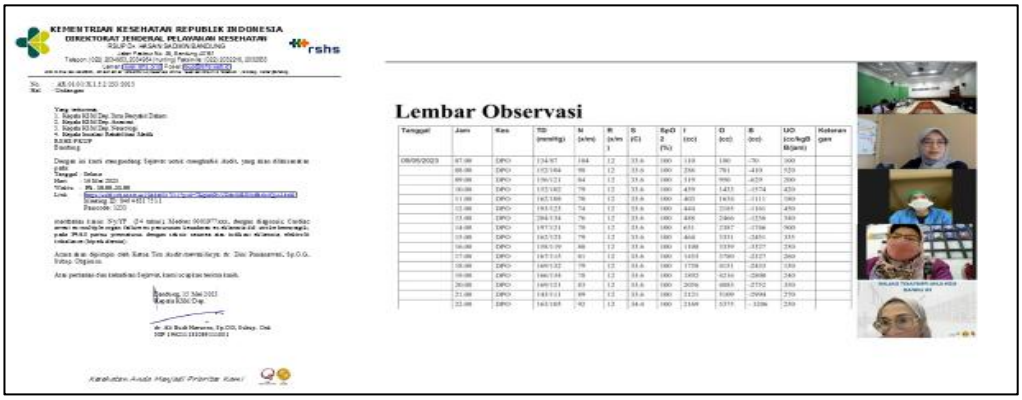
1. Kerjasama antar departemen yang memadai, khususnya obgyn, penyakit dalam dan departemen anestesiologi
2. Perawatan antenatal yang belum memadai untuk setiap kehamilan risiko tinggi
3. Sulit melaksanakan program eksternal RSHS

Rekomendasi

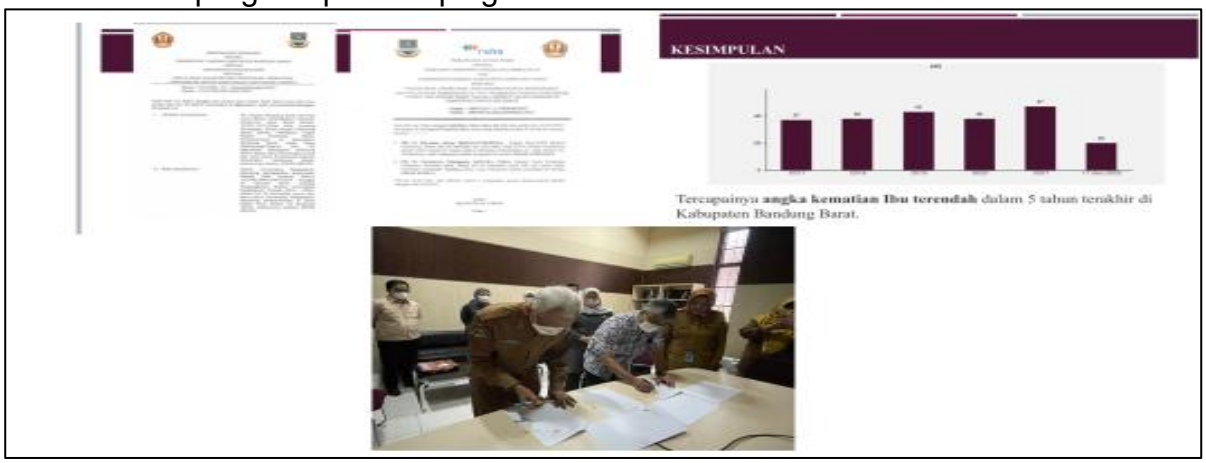
1. Meningkatkan kerjasama antar KSM dalam pelayanan kasus komplikasi dan emergency
2. Evaluasi rujukan dan deteksi dini penyebab kematian ibu yang dapat dicegah
3. Pembinaan ke tempat asal rujukan

Bukti dukung

Gambar 3.3
Program Pembinaan Kesehatan Ibu di KBB dalam rangka Penurunan AKI



Pelaksanaan program pendampingan KBB



4. Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.5
Capaian Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea

Waktu Tanggap Operasi Emergency Section Cesarea	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	≤30 menit	29,75	30	≤30 menit
Capaian	-		100,83%		100%	100%

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi.

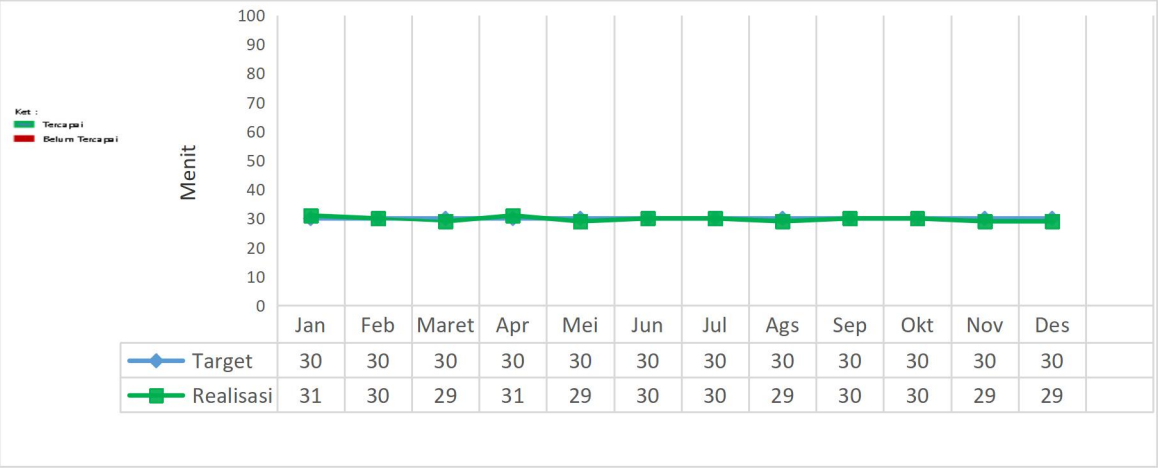
Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.

Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin yang harus dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi. (Contoh: hipoksia pada janin atau bradikardia menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, kecurigaan ruptur uteri, abruptio plasenta mayor) (NICE Guidelines, 2021).

Pengukuran indikator waku tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesarea

Formula yang digunakan adalah Jumlah waktu tanggap yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan seksio sesarea Emergensi

Grafik 3.4
Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea
Periode Tahun 2023



	Jan	Feb	Maret	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
Target	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Realisasi	31	30	29	31	29	30	30	29	30	30	29	29

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Sesarea:

= Jumlah Waktu tanggap yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio Sesarea emergensi kategori I dibagi jumlah seluruh pasienyang dilakukan seksio Sesarea emergensi

= 1573 / 52 =30 Menit

Persentase waktu tanggap operasi emergency sectio cesarea tahun 2023 ditargetkan ≤ 30 menit, realisasi mencapai target yaitu sebesar 30 menit atau capaian sebesar 100%. Progres capaian kinerja jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis

1. Memperbaiki dan melaksanakan protokol tatalaksana pasien gawat janin (diagnosis, persiapan operasi, dan konsultasi anestesi segera)
2. Pengumpulan data waktu tanggap operasi Emergensi Seksio Sesarea
3. Analisis Kendala

Analisis Kendala/hambatan

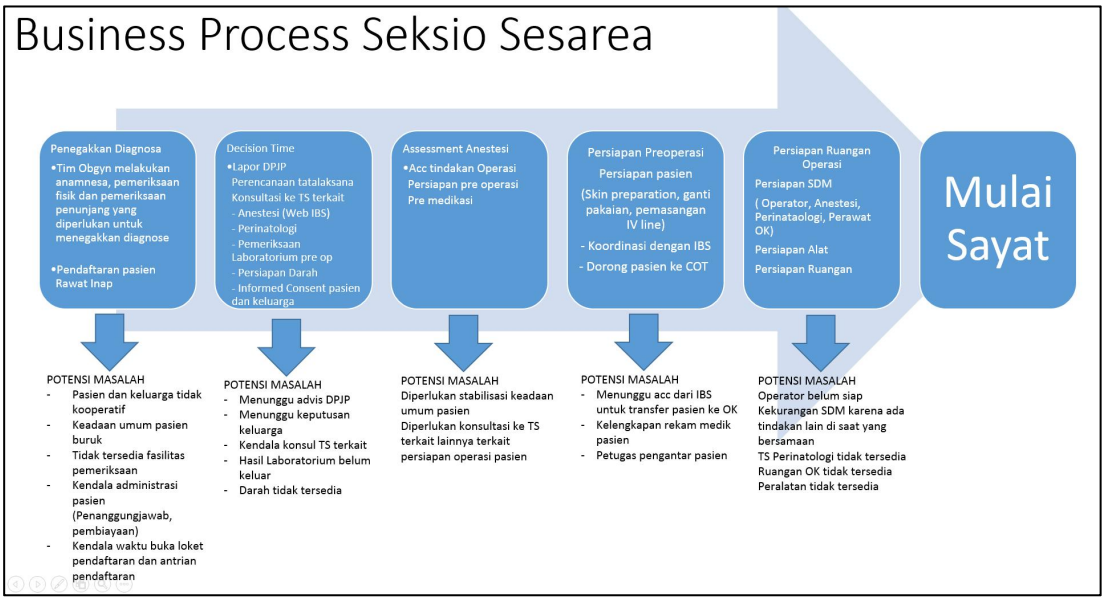
1. Koordinasi lintas departemen dengan KSM Ilmu Kesehatan Anak dan KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif
2. Persiapan kelengkapan administrasi (pendaftaran pasien rawat inap, pembuatan buku rekam medis terutama saat waktu pergantian shift/istirahat)

Rekomendasi

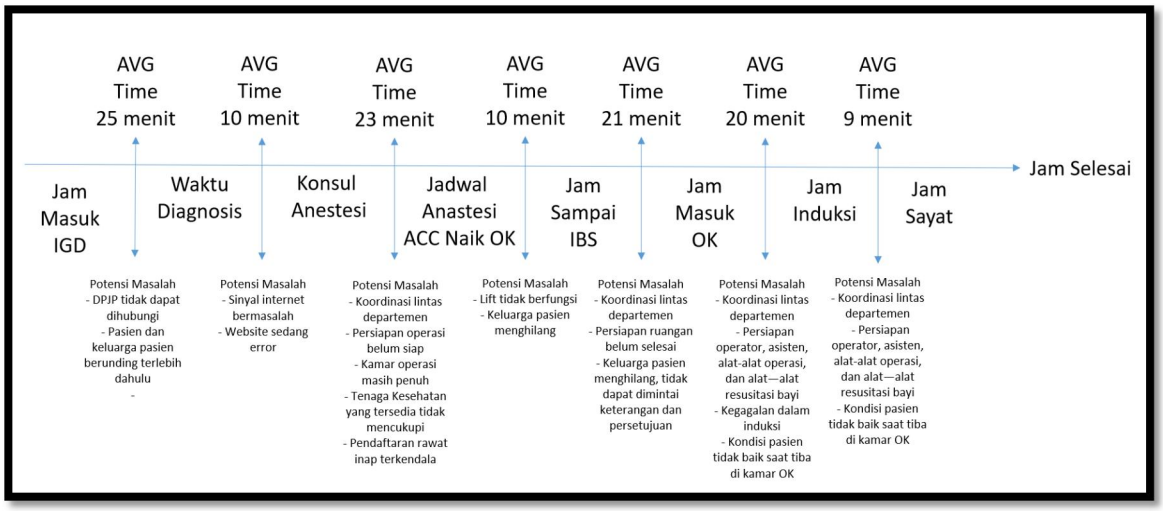
1. Koordinasi dan evaluasi lintas departemen dan instalasi
2. Evaluasi utilisasi dan optimalisasi *Electronic medical record* sebagai basis pencatatan data pasien dan komunikasi antar departemen terkait
3. Koordinasi antara KSM Obgyn, KSM Ilmu Kesehatan Anak dan KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif dan SIRS

Bukti dukung

Gambar 3.4
Bisnis proses Seksio Sesarea



Gambar 3.5
Timeline Persiapan SC



5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

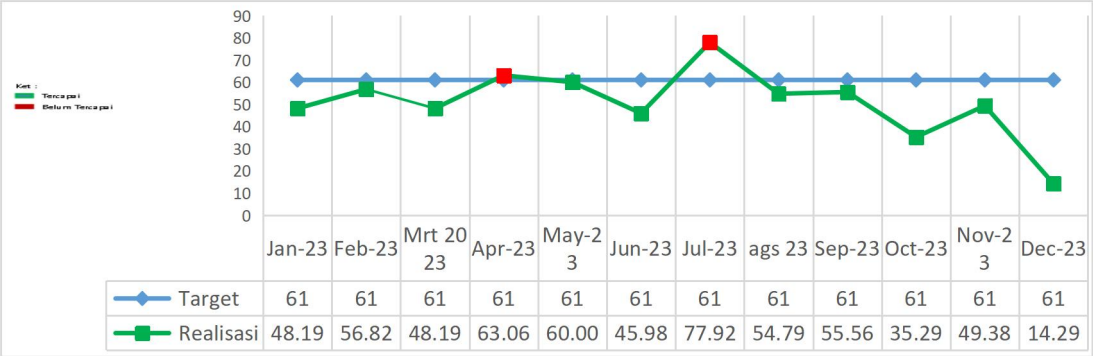
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.6
Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	<64‰	68,48‰	<61‰	33,90‰	51,56‰	<56‰
Capaian	93,01%		144,43%		115,48%	107,93%

Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) adalah jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS. Formula perhitungan
yang digunakan adalah jumlah kematian neonatal dini dibagi jumlah kematian neonatal lahir hidup dikali 100.

Grafik 3.5
Angka Kematian Neonatal Dini
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai

Perhitungan Angka Kematian Neonatal Dini :

= (Jumlah kematian neonatal dini/Jumlah lahir hidup) x 1000
= (53/1028) x 1000
= 51,56‰

Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut: ■ 70 sangat tinggi, ■ 40 – 70 tinggi, ■ 20-39 sedang, ■ dan <20 rendah.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar <61‰, realisasi sebesar 51,56‰ atau capaian sebesar 115,48%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 107,93%. Jika dilihat dari nilai normatif AKB nasional (dalam BPS), capaian AKND RSHS masuk dalam kategori tinggi, yaitu:

1. Kasus-kasus Neonatal di RSHS merupakan kasus rujukan dari daerah Jawa Barat, sehingga banyak yang merupakan kasus-kasus sulit yang memerlukan tindakan dan terapi yang lebih tinggi dibanding RS perujuk.
2. Peningkatan jumlah kasus infeksi yang sulit diobati.

Langkah strategis

1. Melakukan cohorting pasien-pasien dengan kultur positif dan dirawat oleh perawat yang khusus
2. Pengaturan pembatasan jumlah peserta didik (PPDS/perawat) yang memberikan pelayanan di ruang Anturium dan NICU
3. Melakukan general cleaning 2x/ bulan

Analisa Kendala/hambatan:

1. Jumlah perawatan yang belum memenuhi standar (kebutuhan 61, yg ada saat ini 45) sehingga masih ada perawat yang mengelola pasien kultur positif dan negatif
2. Saat kondisi ruangan penuh kesulitan mobilisasi mengosongkan ruangan untuk *general cleaning*
3. Pelaksanaan SPO belum sesuai standar
4. Keterbatasan ketersediaan sarana, prasarana dan obat-obatan.
5. Rasio Nakes dengan pasien belum sesuai standar. Berdasarkan perhitungan beban kerja, untuk 10 kapasitas ruang NICU dibutuhkan 25 perawat (saat ini 22),

dan ruang anturium terdapat 45 perawat dari permintaan 60 perawat jika kapasitas BOR 100% (55 bayi)

Rekomendasi

1. Pemenuhan kebutuhan tenaga perawat sesuai beban kerja melalui mobilisasi/rotasi tenaga yang ada
2. Pengaturan pasien untuk pelaksanaan Proses *general cleaning* ruangan
3. Pengawasan terhadap kepatuhan hand hygine bagi petugas
4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan tata laksana pelayanan

6. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

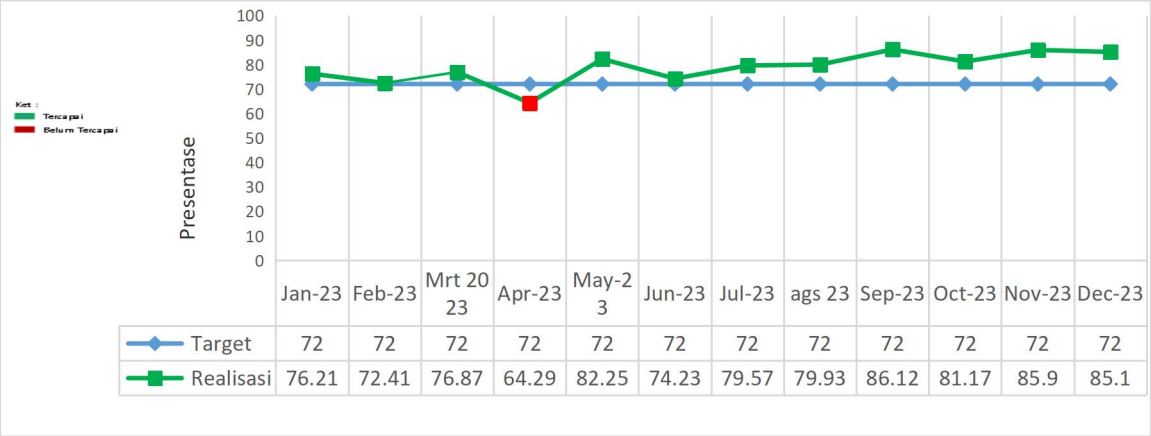
Tabel 3.7
Capaian Presentase Utilisasi Ruangan Operasi

Persentase Utilisasi Ruangan Operasi	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	65%	65,84%	72%	84,05%	78,98%	75%
Capaian	101,29%		116,73%		109,69%	105,31%

Utilisasi ruangan operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.

Formula persentase utilisasi ruang operasi adalah jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi jumlah waktu kerja efekttif dikali 100%.

Grafik 3.6
Persentase Utilisasi Kamar Operasi Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 2023	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
Realisasi	76.21	72.41	76.87	64.29	82.25	74.23	79.57	79.93	86.12	81.17	85.9	85.1

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase utilisasi ruangan operasi

= jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi jumlah waktu kerja efekttif dikali 100%.

= (55.420,06/70.172,40) x 100%

= 78,98%

Utilisasi kamar operasi pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 72%, realisasi mencapai 78,98% atau capaian 109,69%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 105,31%.

Langkah strategis

1. Berkoordinasi dengan DPJP dan TIM operasi untuk bersama-sama mempersiapakan operasi dengan baik, keadaan pasien dan sarana prasarana penunjang lainnya
2. Optimalisasi pasien cadangan untuk mengganti pasien yang batal operasi, sehingga mengurangi angka pembatasan operasi
3. Terus mengupayakan agar target operasi 3 pasien per hari menjadi target KSM

Analisa Kendala/Hambatan:

1. Beberapa KSM masih ada yang belum menjadwalkan 3 operasi per kamar per hari
2. OK 24 jam masih belum dipergunakan secara maksimal karena keterbatasan SDM Perawat OK dan anestesi

Rekomendasi

1. Pengusulan pemberlakuan jam kerja *flexy time* bagi para DPJP yang melakukan operasi elektif sampai di luar jam kerja reguler dan uang Lembur untuk staf perawat yang melakukan operasi memanjang
2. Pengaturan SDM dalam rangka penggunaan OK 24 jam agar lebih efisien

7. Jumlah Hasil Penelitian Yang Diterapkan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

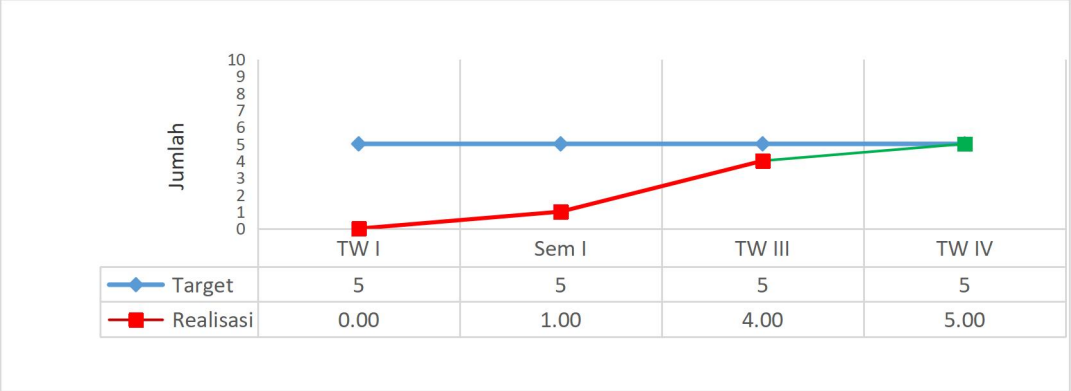
Tabel 3.8
Capaian Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun

	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	**Realisasi**	**Target**	**Realisasi**	**Realisasi**	**Target**
Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun	7 buah	7 buah	5 buah	5 buah	5 buah	5 buah
Capaian	100%		100%		100%	100%

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun adalah Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS. Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun. Penelitian tidak harus dipublikasikan.

Formula perhitungan Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun adalah menghitung jumlah hasil penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh Direktur pada tahun berjalan.

Grafik 3.7
Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah penelitian yang diterapkan pertahun :

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun = 5 buah = 100%

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 5 penelitian, realisasi sebanyak 5 buah atau capain 100%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis perbaikan

1. Proses revisi SK Pemberian Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi Pegawai di Bagian Hukormas.

2. Pengajuan revisi Anggaran Penelitian dalam RKAKL 2023 (untuk menambahkan anggaran Penelitian RSB terpilih).
3. Terpilih 1 penelitian dari hasil pendataan penelitian pada Pelayanan Unggulan RSHS (Nuklir, Jantung, Stroke, Onkologi Anak, Uronefrologi) berdasarkan Program RSB "Pengembangan Riset" (dr. Lisda).
4. Terpilih 1 penelitian keperawatan (Heni), penyampaian hasil penelitian dan kebijakan hasil penelitian.
5. Penyampaian hasil penelitian dan pengajuan pencairan biaya penelitian & publikasi (Dr. Lisda, bu Windy, dr. Marietta, Heni).
6. Penyampaian rekomendasi hasil penelitian dan pengajuan kebijakan hasil penelitian (Dr. Lisda, bu Windy, dr. Marietta).

Analisis kendala/hambatan

1. Revisi Kebijakan Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi masih berproses.
2. Pengajuan pencairan biaya penelitian dan publikasi untuk penelitian terpilih tersebut, terkendala karena belum tercantum dalam RKAKL 2023.
3. Revisi RKAKL 2023 telah diajukan sejak 28 Agustus 2023, namun direvisi & diajukan kembali menyesuaikan revisi POA RSHS (revisi 8 dan revisi 9).

Rekomendasi

1. Monitoring proses Revisi SK Pemberian Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi Pegawai.
2. Revisi RKAKL 2023 (pergeseran program dan anggaran Penelitian).
3. Memilih penelitian dari daftar Penelitian pada Pelayanan Unggulan RSHS yang sudah selesai untuk disusun kebijakan hasil penelitiannya.
4. Melakukan pendataan terhadap penelitian yang telah selesai dilaksanakan di RSHS yang hasilnya telah diterapkan dalam pelayanan RSHS, untuk menjadi penelitian RSB 7 tahun 2024.

Bukti Kegiatan

Gambar 3.6
Daftar Penelitian yang diterapkan Tahun 2023

NO	NAMA PENELITI	JUDUL PENELITIAN
1.	Dr. dr. Hartanto Bayuaji, Sp.OG, Subsp. F.E.R.	Perbandingan Time to Pregnancy Wanita dengan En dometrisosis dan Nonendometriosis pada Program F ertilisasi In Vitro
2	Dr. dr. Lisda Amalia, Sp.S(K)	*Factors Associated with Undernutrition Status in Isch emic Stroke Patients: A Prospective Cohort Study*

3.	Windy Natasha, S.Kep., Ners., M.Kep., Sp.Mat; Rd. Meitha Roosmeilany, S.Kp., M.Kep; Hafsa, S.Kp., M.Kep	Efektivitas Digitalisasi EWS dan MEWS Terhadap Ke patuhan Perawat dalam Memantau Pasien untuk Me ncegah Perburukan Kondisi Pasien di Rawat Inap Al amanda RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
4.	dr. Marietta Shanti Prananta, Sp.KFR(K)	Kepatuhan Pasien dalam Program Rehabilitasi Medi k di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung
5.	Heni Nur Anina, S.Kep., Ners., MPal	Penggunaan *Palliative Performance Scale Version* 2 dalam Memprediksi Lama Waktu Menjelang Akhir Ke hidupan Pasien dengan Penyakit yang Mengancam Nyawa di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

8. Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

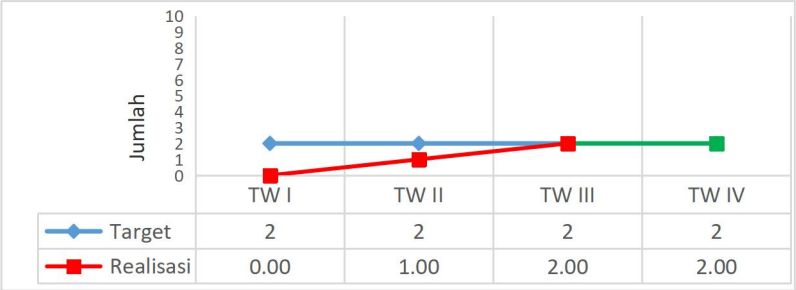
Tabel 3.9
Capaian Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional

Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	**Realisasi**	**Target**	**Realisasi**	**Realisasi**	**Target**
	-	-	2 buah	2 buah	2 buah	3 buah
Capaian	-		100%		100%	66,33%

Jumlah penelitian dengan publikasi internasional adalah Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS yang dipublikasikan dalam jurnal internasional dalam waktu satu tahun. Penelitian adalah kegiatan pengumpulan data baik dalam bentuk uji klinik maupun non uji klinik di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang hasil penelitiannya dapat diterapkan dalam pelayanan rumah sakit dan menjadi acuan bagi Direktur Utama untuk membuat kebijakan dalam memperbaiki mutu pelayanan rumah sakit. Publikasi internasional adalah kegiatan menyampaikan hasil penelitian pada jurnal ilmiah profesi internasional yang sudah memiliki ISSN (Internasional Standard Serial Number).

Formula perhitungan jumlah penelitian dengan publikasi internasional adalah jumlah penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal internasional pada tahun berjalan.

Grafik 3.8
Jumlah Penelitian dengan Publikasi Internasional
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah penelitian dengan publikasi internasional :

Jumlah penelitian dengan publikasi internasional = 2 buah

Jumlah penelitian dengan publikasi internasional pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 2 Buah, realisasi sebanyak 2 buah atau capaian 100%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 66,67%.

Langkah Strategis

1. Proses revisi SK Pemberian Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi Pegawai di Bagian Hukormas.
2. Pengajuan revisi Anggaran Penelitian dalam RKAKL 2023 (untuk menambahkan anggaran Penelitian RSB 8).
3. Penyampaian hasil penelitian dan pengajuan pencairan biaya penelitian & publikasi (dr. Hartanto dan Heni Nur Anina).

Kendala/hambatan

1. Revisi Kebijakan Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi masih berproses.
2. Pengajuan pencairan biaya penelitian dan publikasi untuk penelitian terpilih tersebut, terkendala karena belum tercantum dalam RKAKL 2023.
3. Revisi RKAKL 2023 telah diajukan sejak 28 Agustus 2023, namun direvisi & diajukan kembali menyesuaikan revisi POA RSHS (revisi 8 dan revisi 9).

Rekomendasi

1. Monitoring proses Revisi SK Pemberian Bantuan Biaya Penelitian dan Publikasi Pegawai.
2. Revisi RKAKL 2023 (pergeseran program dan anggaran Penelitian).
3. Menyusun RKAKL 2024 dengan memasukkan anggaran untuk penelitian program RSB 8.
4. Melakukan pendataan dan perencanaan penelitian untuk publikasi internasional terindex Scopus minimal Q2 di tahun 2024.

Bukti Kegiatan

Gambar 3.7
Submit Jurnal Internasional

MEDICAL SCIENCE MONITOR

IF (2021): 3.386

Manuscript Submission Confirmation

Manuscript ID : **940181**
The Article Titled : Time to Pregnancy in In Vitro Fertilization Is Not Different Between Endometriosis and Non-Endometriosis

Article Type : Clinical Research
Authors List : **1. Hartanto Bayuaji - corresponding author**
2. Artha Falentin Putri Susilo
3. Kevin Dominique Tjandraprawira
Title Page: 940181_Title_Page1.docx
Manuscript Text : 940181_Manuscript.docx
Raw Data: None
Tables : 940181_Table1.docx
Figures : 940181_Figure1.jpeg
940181_Figure2.jpeg
940181_Figure3.jpeg
Photographs : None
Videos : None
IRB : None
IACUC : None
Was successfuly submitted to : **Medical Science Monitor**
Date : **2023-03-02**
Processing Fee : Standard Path - 2800 USD
Estimated publication date : 9 weeks
Due Date : After positive completion of peer-review process

NO	NAMA PENELITI	JUDUL PENELITIAN	PROGRESS
1.	Dr. dr. Hartanto Bayuaji, Sp.OG, Subsp. F.E.R.	Perbandingan Time to Pregnancy Wanita dengan Endometriosis dan Nonendometriosis pada Program Fertilisasi In Vitro	Submit Publikasi Internasional: **Jurnal *Medical Science Monitor* (terindeks Scopus Q2)**. Proses penyusunan kebijakan hasil penelitian di Komite Medik
2	Heni Nur Anina, S.Kep., Ners., MpallC	Penggunaan *Palliative Performance Scale Version* 2 dalam Memprediksi Lama Waktu Menjelang Akhir Kehidupan Pasien dengan Penyakit yang Mengancam Nyawa di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	Kebijakan hasil penelitian: SPO Penanganan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan di Rawat Inap, *Tools Palliative Performance Scale* (PPS) untuk Skrining Pasien Menjelang Akhir Kehidupan, Panduan Pelayanan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan (*End of Life Care*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin (terkait EWS dan PPS, sedang proses penyusunan). Submit Publikasi Internasional: ***Journal of Multidisciplinary Healthcare* (terindex Scopus Q1)**

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

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

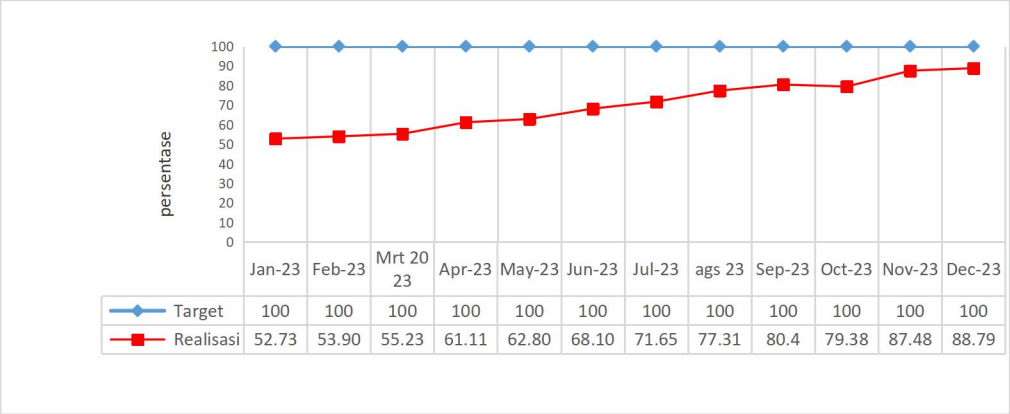
Tabel 3.10
Capaian Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)

Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronik Medical Record (EMR)	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	100%	64,51%	100%	85,52%	85,52%	100%
Capaian	64,51%		85,52%		85,52%	85,52%

Electronic Medical Record (EMR) atau Rekam Medis Elektronik adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai informasi kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola dan dikonsultasikan oleh tenaga kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan.

Formula yang digunakan untuk perhitungan persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) adalah jumlah penggunaan EMR dibagi dengan jumlah pasien yang harus dibuat EMRnya..

Grafik 3.9
Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 2023	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Realisasi	52.73	53.90	55.23	61.11	62.80	68.10	71.65	77.31	80.4	79.38	87.48	88.79

Capaian/Kondisi yang dicapai:

jumlah penggunaan EMR dibagi dengan jumlah pasien yang harus dibuat EMRnya.:
448.849 / 524.868 = 85,52%

Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 85,52%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 85,52%. Terjadi progres peningkatan pengisian EMR setiap bulannya tetapi masih belum mencapai 100%.

Langkah strategis perbaikan

1. Sosialisasi Pra PPDS
2. Membuat Tata Cara penggunaan EMR pada tombol bantuan di Aplikasi EMR
3. Pendampingan jika terjadi Error pada EMR
4. Pembentukan Tim Pengembangan EMR di Rekam Medis

5. Melakukan update terus menerus untuk perbaikan EMR
6. Melakukan kegiatan pengisian EMR ke seluruh KSM

Analisis kendala/hambatan

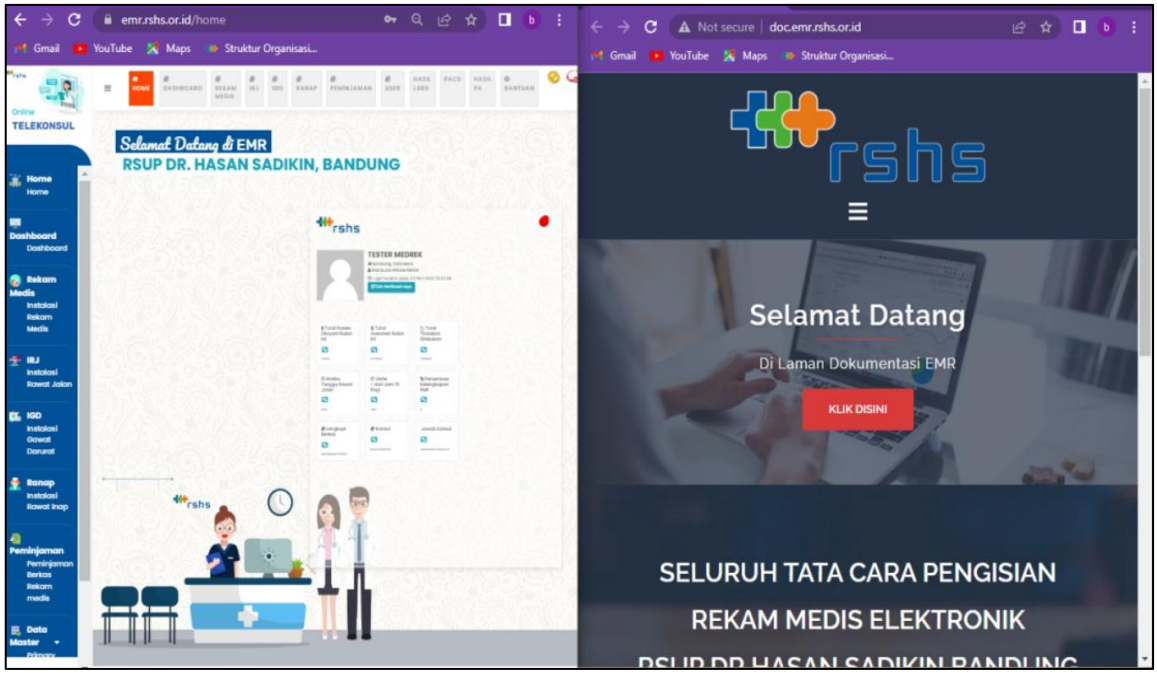
1. Beberapa user masih menyatakan Tidak user friendly
2. Beberapa area tidak tercover jaringan RSHS jadi tidak dapat mengakses EMR
3. EMR sudah dibuat tetapi tidak terecord
4. Penundaan pengisian EMR dikarenan banyaknya pekerjaan
5. Pengisian EMR dilakukan oleh residen yang berbeda atau berganti-ganti
6. Pengisian EMR yang tidak tepat waktu, sehingga masih harus melengkapi EMR

Rekomendasi

1. Melakukan Kembali sosialisasi Penggunaan EMR
2. Fitur Otomatis pembuatan SBPK dengan hanya mengisi S-O-A-P di emr sehingga tidak duplikasi pekerjaan
3. Aktifasi Rekaman Login User untuk mengecek pembuktian terbalik akses user
4. Edaran Penggunaan EMR
5. Melatih Kembali para champion EMR di setiap KSM
6. Melakukan pengambangan EMR untuk lebih mempermudah pengisian EMR
7. Melakukan pendampingan pada saat terjadi error pada EMR
8. Penambahan Form usulan perbaikan EMR untuk persiapan JCI 2024

Bukti Kegiatan

Gambar 3.8
Tata Cara Pengisian EMR pada Aplikasi



Gambar 3.9
Sosialisasi EMR

10. Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

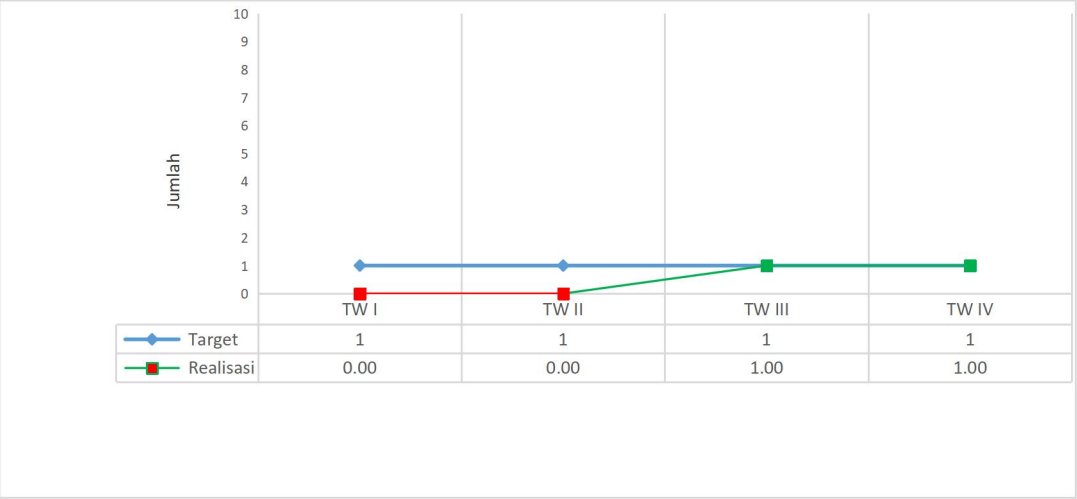
Tabel 3.11
Capaian Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital

Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	0	0	1	1	1	1
Capaian	0%		100%		100%	100%

Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital suatu sistem informasi yang dikelola secara sistematis sehingga mampu mengumpulkan, mengolah secara cepat akurat dan uptodate sesuai dengan tujuan dan sasaran.

Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital adalah sistem pencatatan dan pelaporan kejadian infeksi rumah sakit yang terintegrasi antar unit ruang perawatan yang dilakukan dengan menggunakan teknologi informasi berbasis digital

Grafik 3.10
Sistem Infromasi Surveilans Rumah Sakit yang Terintegrasi
Periode Tahun 2023



Capaian/Kondisi yang dicapai:

Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 1 sistem pertahun, realisasi sebesar 1 sistem atau capaian 100%, Progres capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Kemenkes telah menetapkan minimal 1 integrasi Data Surveilans, yaitu:

- Sistem Integrasi TB (SITB)
- Sistem Informasi Malaria (SISMAL)

- New All Record (NAR)

Langkah strategis perbaikan

SIRS RSHS, memilih integrasi SITB dengan melakukan penyesuain atau updating program SITB RSHS agar dapat berintegrasi dengan Data SITB Kemenkes

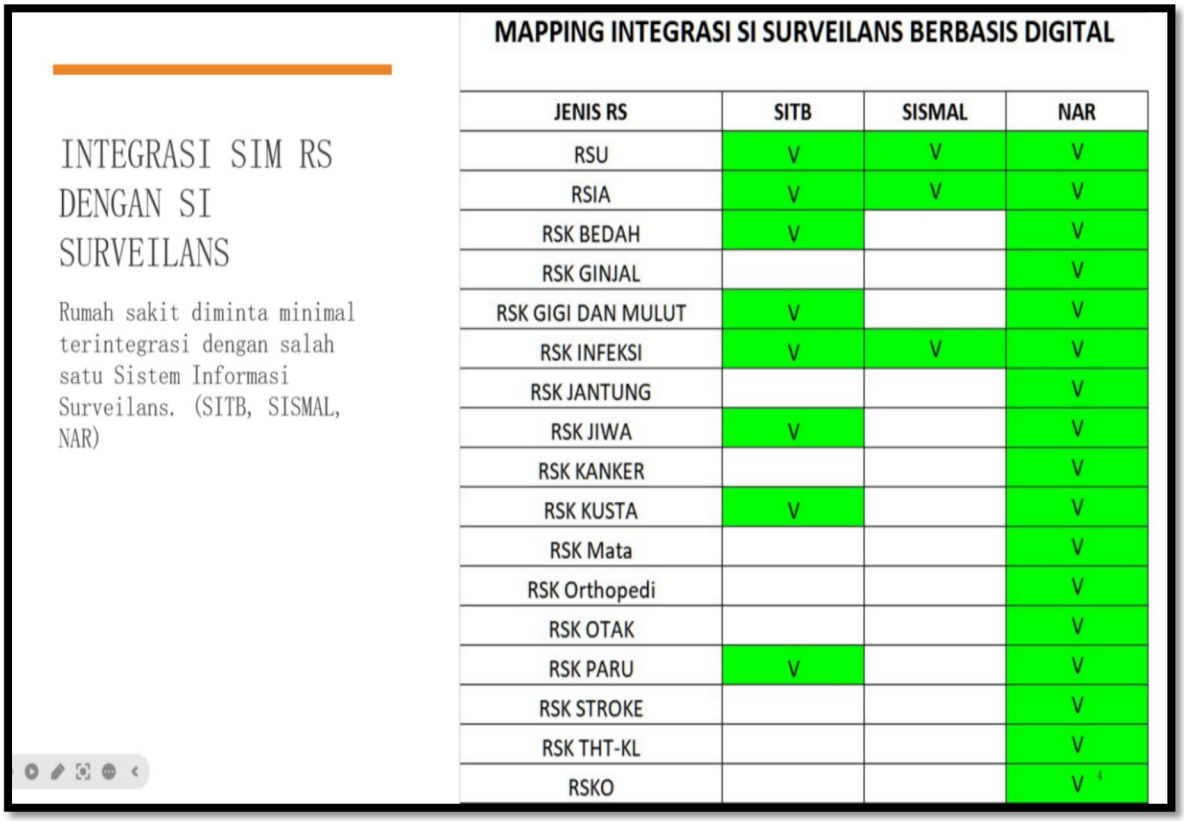
Analisis kendala/hambatan

Program SITB yang biasa dipakai oleh user/Klinik DOT yaitu Aplikasi langsung yang terhubung dengan SITB Dinas Provinsi Kesehatan, sementara yang dibangun SIRS harus terhubung dengan SITB Kemenkes, sehingga pada implementasinya user harus melakukan dengan 2 kali entri data

Rekomendasi

Melakukan sosialisasi penggunaan SITB RSHS ke Klinik DOT, agar pemenuhan Data Surveilans ke Kemenkes dapat terpenuhi

Gambar 3.10
Mapping Integrasi SI Surveilans Berbasis Digital



MAPPING INTEGRASI SI SURVEILANS BERBASIS DIGITAL

JENIS RS	SITB	SISMAL	NAR
RSU	V	V	V
RSIA	V	V	V
RSK BEDAH	V		V
RSK GINJAL			V
RSK GIGI DAN MULUT	V		V
RSK INFEKSI	V	V	V
RSK JANTUNG			V
RSK JIWA	V		V
RSK KANKER			V
RSK KUSTA	V		V
RSK Mata			V
RSK Orthopedi			V
RSK OTAK			V
RSK PARU	V		V
RSK STROKE			V
RSK THT-KL			V
RSKO			V

11. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi

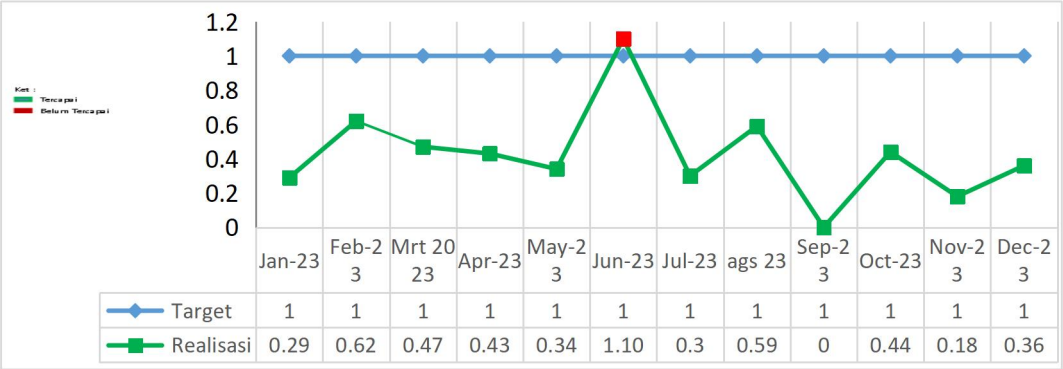
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.12
Capaian Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi

	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target	
Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	≤1,5%	0,80	≤1%	0,33%	0,42%	≤1%	< 2
Capaian	146,50%		166,69%		158,13%	158,13%	179%

Infeksi daerah operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah. Formula yang digunakan yaitu jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) dibagi jumlah seluruh pasien operasi dikali 100%.

Grafik 3.11
Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) / Jumlah seluruh pasien operasi x 100%
= (19/4538) x 100% = 0,42%

Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Tahun tahun 2023 ditargetkan sebesar ≤1%, realisasi 0,42% atau capaian sebesar 158,13%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 158,13%. Jika dibandingkan dengan standar nasional sudah terpenuhi sebesar 179%.

Analisis capaian IDO:

- Selama periode 2023, total kasus IDO yaitu 19 kasus dengan capaian 0,42%, angka ini masih dibawah dari target yang ditetapkan yaitu ⩽ 1%

- Dari 19 kasus IDO, 15 diantaranya merupakan kasus IDO dengan operasi Sectio caesarea
- Pada periode bulan Juni 2023, terjadi kenaikan capaian IDO (1,1 %) yang melebihi target
- Tingginya capaian kasus IDO dipengaruhi oleh angka Denominator yang rendah dimana hal ini berhubungan dengan turunnya kepatuhan pencatatan dan pelaporan kasus Infeksi Rumah Sakit di ruangan perawatan

Langkah strategis perbaikan

1. Upaya-upaya pencegahan infeksi dilanjutkan
2. Surveilans IDO di pelayanan bedah
3. Koordinasi dengan unit bila ada peingkatan kasus
4. Rapat rutin bulan pelaporan HAIs : IDO

Analisis kendala/hambatan

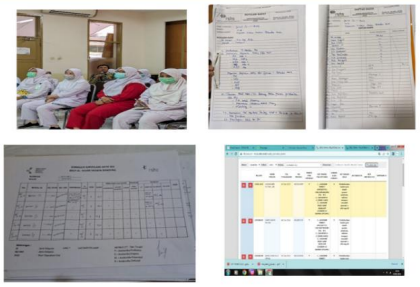
1. Pemenuhan kebutuhan SDM khususnya di unit pelayanan belum teralisasi karena beberapa kasus operasi CITO, bundle IDO kadang tidak bisa dilakukan terkenda SDM (1:15 perhari IGD). Komponen dalam bundle IDO adalah mengenai mandi pra operasi, kontrol kadar gula darah, pemberian antibiotik profilaksis, pemantauan temperatur tubuh pasien dan pencukuran pada area insisi bila diperlukan hal ini yang menjadi salah satu kendala dari tenaga perawat yang terbatas
2. Pemenuhan sarana prasarana penunjang pencegahan IDO baik diruang perawatan dan di kamar operasi (set balutan, cliper, kanmar tekanan positip, pembersihan area permukaan dll) ada yang belum sesuai standar
3. Budaya pelaporan kejadian IDO dari semua KSM belum semua melaksanakan

Rekomendasi

1. Lanjutkan koordinasi dengan unit terkait membuat perhitungan analisis beban kerja (ABK) dan tindaklanjut dengan pengajuan pemenuhan kebutuhan SDM di unit agar standar pelayanan perawatan pasien dapat terpenuhi
2. Koordinasi dengan unit terkait perbaikan sarana dan prasarana penunjang pencegahan terjadinya IDO
3. Lanjutkan survailens dan pemantauan kepatuhan pelaksanaan Bundle IDO
4. Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan IDO bagi tenaga kesehatan yang ada di pelayanan bedah dengan sasaran DPJP pemegang pisau operasi, perawat di ruangan bedah dan petugas nakes yang berhubungan dengan perawatan bedah

Bukti Kegiatan

Gambar 3.11
Rapat koordinasi PPIRS dengan KSM Obgyn

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
1. Koordinasi dilaksanakan saat rapat bulanan (luring/daring) 2. Melakukan usulan perbaikan sarana dan prasarana 3. Melakukan survailen dan audit kepatuhan penerapan bundle IDO		• Koordinasi dan sosialisasi perawatan bedah • Form Surveilans IDO di ruangan • Selesainya perbaikan magnahelic di ruang OK

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
3. Program Workshop Pencegahan Infeksi Daerah Operasi yang diadakan pada tanggal 8 dan 13 Desember 2023		• peserta worksop terdiri dari Perawat, PPDS dan Dokter Spesialis yang berada di pelayanan Bedah

12. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit

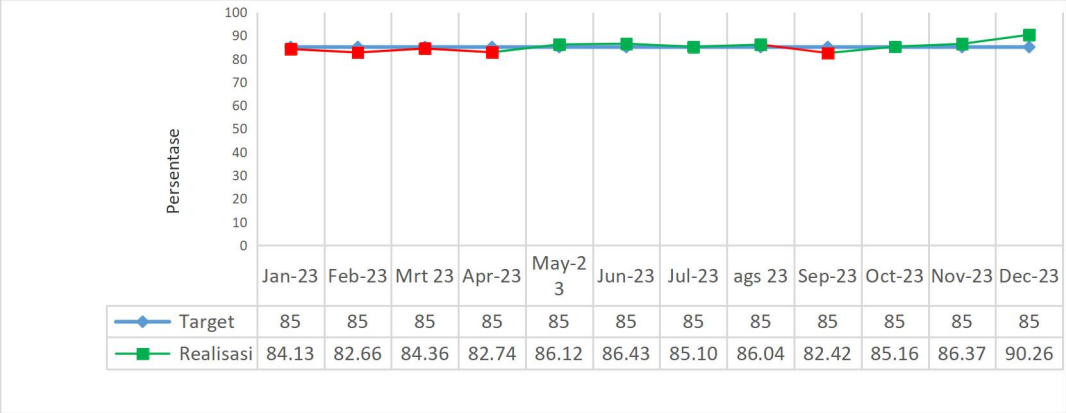
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.13
Capaian Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit

Presentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit	Tahun 2022		TW IV 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	83%	81,01%	85%	87,52%	85,30%	90%
Capaian	97,60%		102,96%		100,35%	94,77%

Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤60 menit adalah persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit mulai dari cetak karcis sampai dilayani dokter. Formula yang digunakan yaitu jumlah pasien rawat jalan yang terdaftar dan dilayani dokter ≤ 60 menit dibagi jumlah seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan dikali 100%.

Grafik 3.12
Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ ≤ 60 menit
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
Realisasi	84.13	82.66	84.36	82.74	86.12	86.43	85.10	86.04	82.42	85.16	86.37	90.26

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ :

Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi jumlah seluruh pasien rawat jalan x 100%
= (176.751 / 207.218) x 100%
= 85,30%

Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ ≤ 60 menit pada tahun 2023 ditargetkan 85%, realisasi sebesar 85,30% atau capaian 100,35%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 94,67%.

Langkah strategis perbaikan

1. Menerapkan absensi dokter (residen dan DPJP)
2. Melakukan analisis kapasitas klinik
3. Rencana penambahan tenaga perawat dan Pengadministrasi Umum
4. Rencana pengaturan kedatangan pasien oleh SIRS

Analisis kendala/hambatan:

1. Sekitar 25-30% klinik terlambat memulai pelayanan (dari absensi). Kepatuhan untuk absensi tepat waktu tidak diikuti dengan ketepatan mulai pelayanan.
2. EMR sebagai komponen penentu waktu tunggu, kepentingannya belum dipahami oleh seluruh PPA
3. Perbandingan jumlah PPA dengan pasien tidak seimbang
4. Kondisi pasien yang kompleks turut memengaruhi waktu tunggu komulatif
5. Pengaturan jadwal kedatangan pasien masih diuji cobakan dan belum ada evaluasi
6. Penulisan resep belum seluruhnya memanfaatkan/menggunakan EMR

Rekomendasi

1. Melaporkan capaian implementasi waktu mulai pelayanan berdasarkan data absensi doter ke KSM
2. Koordinasi dengan SIRS/tim EMR tentang variabel-variabel yang ditarik untuk perhitungan waktu tunggu
3. Perencanaan pengadaan layar (multimedia) untuk monitor antrian
4. Percepatan pengaturan kedatangan pasien dan rejection system
5. Implementasi *e-prescribing*
6. Perencanaan penggunaan scan barcode/finger print pasien di setiap titik pelayanan

13. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE ≤ 48 jam

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.14
Capaian Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE ≤ 48 jam

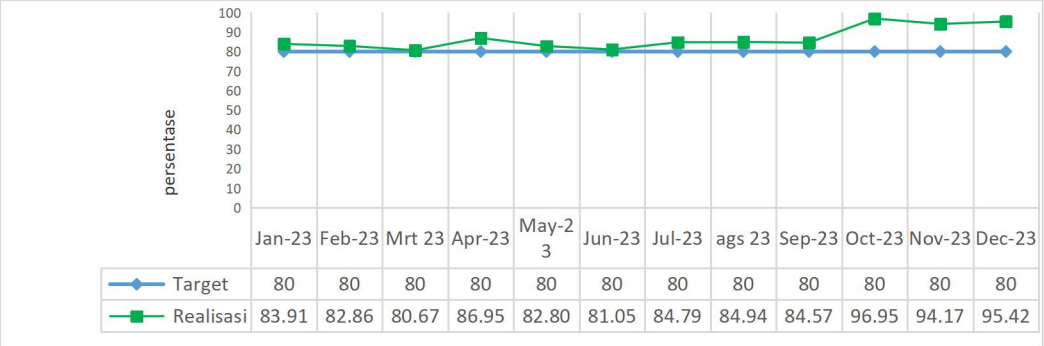
Persentase Pasien yang memenuji Standar WTE ≤ 48 jam	Tahun 2022		TW IV 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	1,5	2	80%	95,55%	87,06%	80%
Capaian	133,33%		119,44%		108,82%	108,82%

Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif:

- Pasien yang memenuhi standar waktu tunggu operasi elektif kurang atau sama dengan 48 jam adalah pasien dengan waktu tunggu (jam) sejak masuk waktu rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam.
- Waktu tunggu operasi elektif adalah waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan.
- Sejak pasien masuk rawat inap adalah waktu saat pasien masuk rawat inap berdasarkan waktu yang tertera di formulir ringkasan masuk dan keluar rawat inap, pada kolom masuk rawat inap.
- Sampai operasi dilaksanakan adalah waktu saat pasien diterima oleh petugas kamar operasi berdasarkan waktu (jam) yang tertera di formulir daftar tilik keselamatan operasi (DTKO) pada kolom sign in

Formula perhitungan yang digunakan adalah : jumlah pasien dengan waktu tunggu sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif dikali 100%.

Grafik 3.13
Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTE ≤ 48 jam
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	83.91	82.86	80.67	86.95	82.80	81.05	84.79	84.94	84.57	96.95	94.17	95.42

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 jam :

Jumlah pasien dengan waktu tunggu sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif dikali 100%. = 5.555/6.381 = 87,06%

Capaian persentase pasien yang memenuhi standar WTE ≤ 48 jam tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 87,06% atau capaian 108,82%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 108,82%

Langkah strategis perbaikan

1. Mengurangi Jumlah pasien masuk rawat inap di hari Jumat
2. Koordinasi dengan bagian SIRS untuk input data secara online dari setiap ruang rawat inap dan kamar bedah.

Analisis kendala/hambatan:

1. Masih ada pasien yang masuk di hari Jumat untuk rencana operasi hari senin.
2. Kesulitan mendapatkan data ketersediaan tempat tidur secara real time

Rekomendasi

1. Resosialisasi/ Tentang WTE ke tiap KSM dan dokter Anestesi.

a. Koordinasi dengan anestesi untuk melakukan pelayanan persiapan operasi H-1 pada hari minggu

b. Regulasi pasien masuk hari sabtu, minggu dan libur nasional

2. Melakukan ujicoba aplikasi Bestie (Bed Scanner information system) untuk ketersediaan tempat tidur secara real time menggunakan QR

14. Persentase capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Sesuai Standar Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.15
Capaian Persentase Indikator mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Sesuai Standar Pertahun

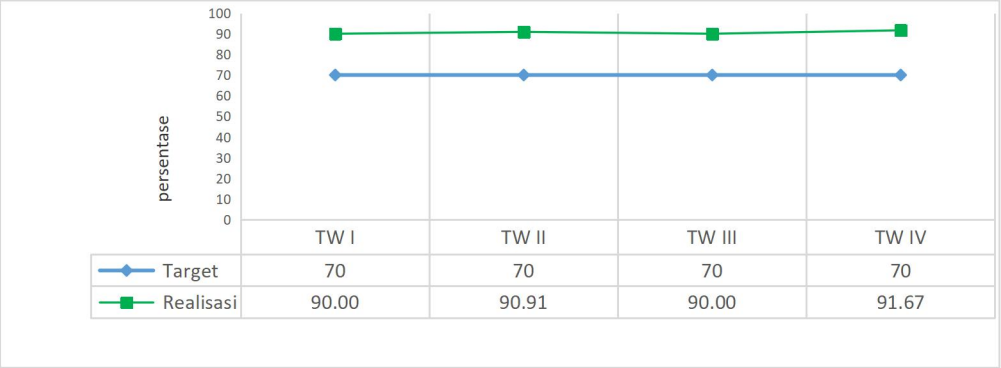
Persentase indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	70%	87,23%	70%	91,67%	90,70%	75%
Capaian	124,61%		130,95%		129,57%	120,93%

Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinik klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalaha. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi.

Formula yang digunakan adalah Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100.

Periode Analisis dan Pelaporan Data setiap triwulan

Grafik 3.14
Persentase Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas
Sesuai Standar pertahun
Periode Tahun 2023



	TW I	TW II	TW III	TW IV
Target	70	70	70	70
Realisasi	90.00	90.91	90.00	91.67

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase evaluasi capaian indikator mutu area pelayanan klinis prioritas sesuai standar pertahun:

Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100 = 39 / 43 = 90,70%

Capaian Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun pada tahun 2022 ditargetkan 70%, realisasi sebesar 90,70% atau capaian sebesar 129,57%. Capaian Tahun 2023 mengalami kenaikan sebesar 6,34% dibandingkan dengan Tahun 2022. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 120,93%.

Langkah strategis perbaikan

1. Memberikan umpan balik dan masukan untuk upaya perbaikan masing-masing indikator mutu area pelayanan klinis prioritas
2. Melakukan koordinasi lintas sektor untuk upaya percepatan perbaikan masing-masing indikator mutu area pelayanan klinis prioritas
3. Melaporkan kepada Direktur Utama atas pencapaian setiap TRIWULAN untuk memperoleh dukungan penyelesaian perbaikan capaian indikator mutu

Analisis kendala/hambatan

1. Alur proses perbaikan capaian indikator mutu area pelayanan klinis prioritas belum baku

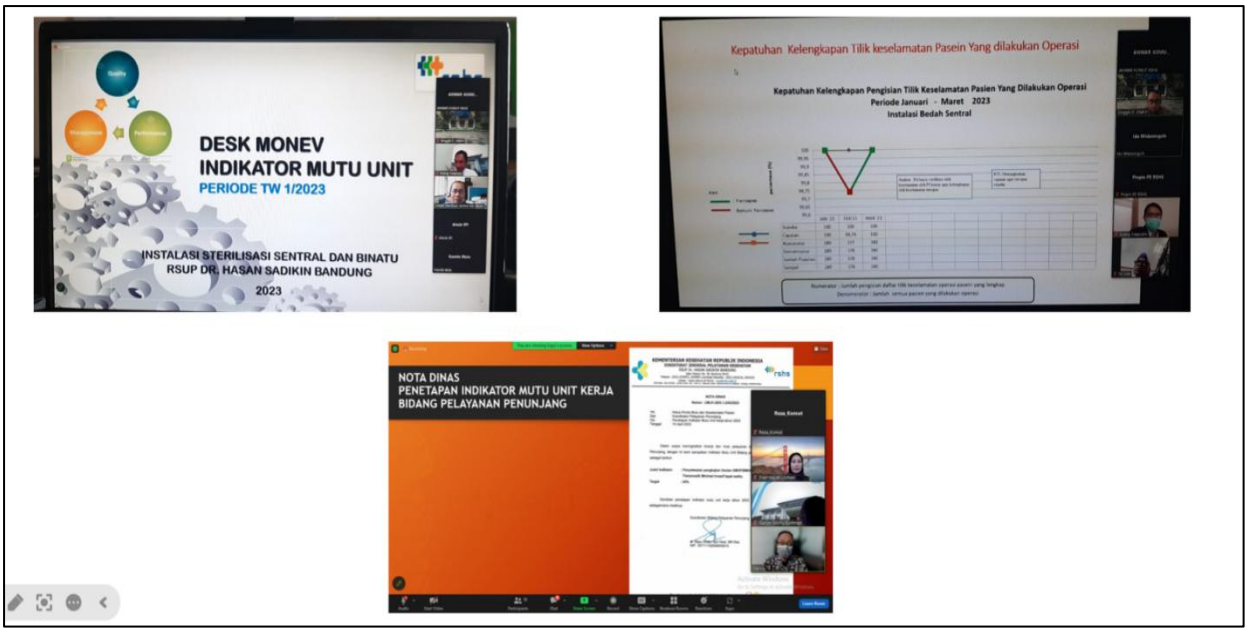
2. Jumlah indikator mutu area pelayanan klinis prioritas terlalu banyak sehingga kurang fokus dalam mendorong upaya peningkatan mutu dan peningkatan pendapatan rumah sakit
3. Masih ada keterlambatan dalam pelaporan capaian indikator mutu oleh PIC

Rekomendasi

1. Monev capaian indikator mutu area pelayanan klinis prioritas per triwulan
2. Memilih dan menetapkan area pelayanan klinis prioritas yang baru untuk implementasi Tahun 2024 (berdasarkan SK penetapan area pelayanan klinis sebelumnya). Area pelayanan klinis prioritas yang dipilih dapat menjadi parameter keberhasilan peningkatan mutu dan pendapatan rumah sakit (lebih tajam lagi)
3. Menyusun SOP penyelesaian kendala di area pelayanan klinis prioritas

Bukti Dukung

Gambar.3.12
Desk Monev Indikator Mutu Unit



15. Jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.16
Capaian Persentase Pengukuran Indikator Nasional Mutu yang Mencapai Target

Persentase Jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	12 laporan	0	0	12 laporan
Capaian	-		0%		0%	0%

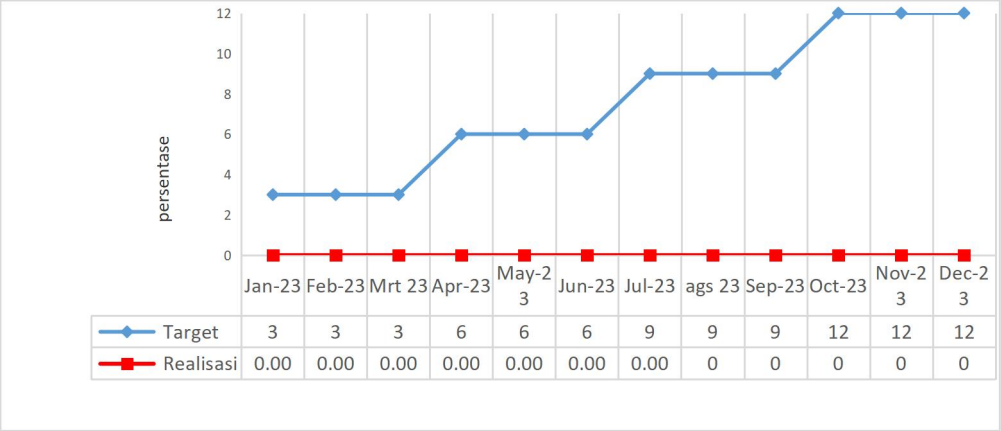
Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

13 Indikator Mutu Nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain :

1. Kepatuhan kebersihan tangan. Target : ≥ 90%
2. Kepatuhan penggunaan APD. Target : 100%
3. Kepatuhan identifikasi pasien. Target : 100%
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi. Target : ≥ 80%
5. Waktu tunggu rawat jalan. Target ≥ 80%.
6. Penundaan operasi elektif. Target : < 5%
7. Kepatuhan waktu visite doter. Target : ≥ 80%.
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium. Target : 100%.
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional. Target : ≥ 90%.
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway). Target : ≥ 85%
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Target : 100%
12. Kecepatan waktu tanggap komplain. Target : ≥ 80%.
13. Kepuasan pasien. Target : ≥ 80%

Formula yang digunakan adalah jumlah laporan bulanan 13 INM dengan hasil mencapai target pada masing-masing indikator. Sehingga, ketercapaian jumlah laporan bulanan 13 indikator INM dengan hasil seluruhnya mencapai target pada masing-masing indikator adalah 12 laporan.

Grafik 3.15
Persentase Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang Mencapai Target Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target:

Jumlah laporan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu yang mencapai target = 0%

Capaian Persentase indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun pada tahun 2023 ditargetkan 12 Laporan, realisasi Tahun 2023 belum tercapai atau belum ada Indikator Nasional Mutu yang mencapai target atau capaian sebesar 0%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 0%.

Berikut jumlah capaian indikator yang belum mencapai standar setiap bulannya: Januari = 2 indikator, Februari = 3 indikator, Maret = 3 indikator, April = 5 indikator, Mei = 3 indikator, Juni = 3 indikator, Juli = 5 indikator, Agustus = 4 indikator, September = 4 indikator, Oktober = 3 indikator, November = 3 indikator, Desember = 3 indikator. Sehingga, ketercapaian jumlah laporan bulanan 13 indikator INM dengan hasil seluruhnya mencapai target pada masing-masing indikator adalah 0

Langkah strategis perbaikan

1. Melakukan monitoring dan Evaluasi capaian indikator INM setiap triwulan
2. Melakukan koordinasi khusus dengan PIC indikator yang belum mencapai standar, yaitu: KSM Obgyn, Instalasi rawat inap, Instalasi Laboratorium dan Pokja IPSG.

Analisis kendala/hambatan

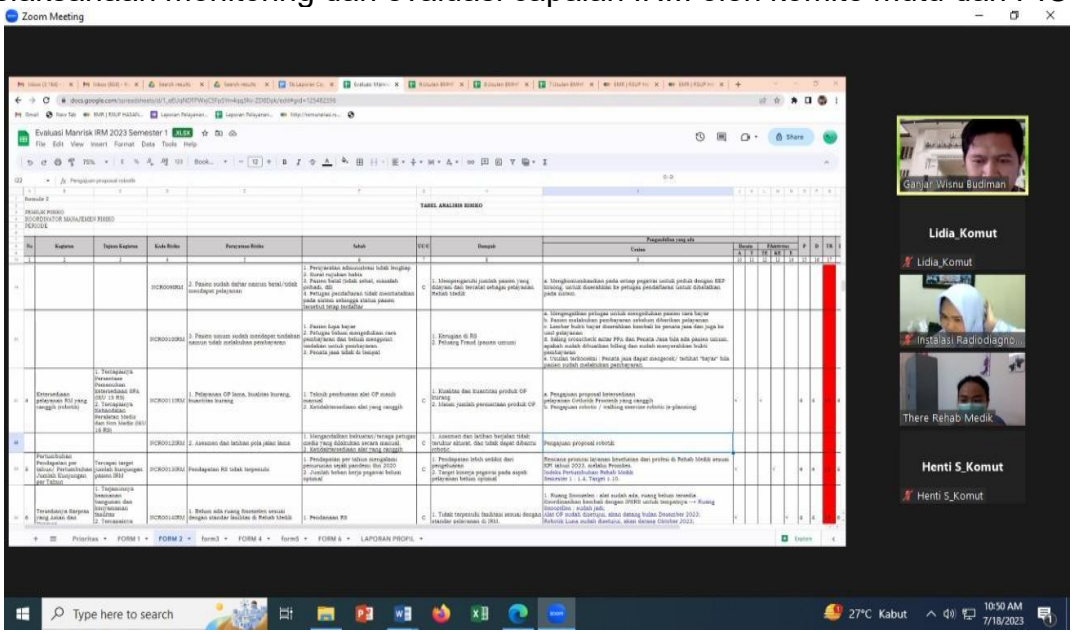
1. Beberapa indikator yang belum mencapai standar dikarenakan standar indikator terlalu tinggi yaitu 100%
2. Alur pelaporan INM bulan sebelumnya belum baku
3. Pelaporan nilai kritis belum menggunakan EMR

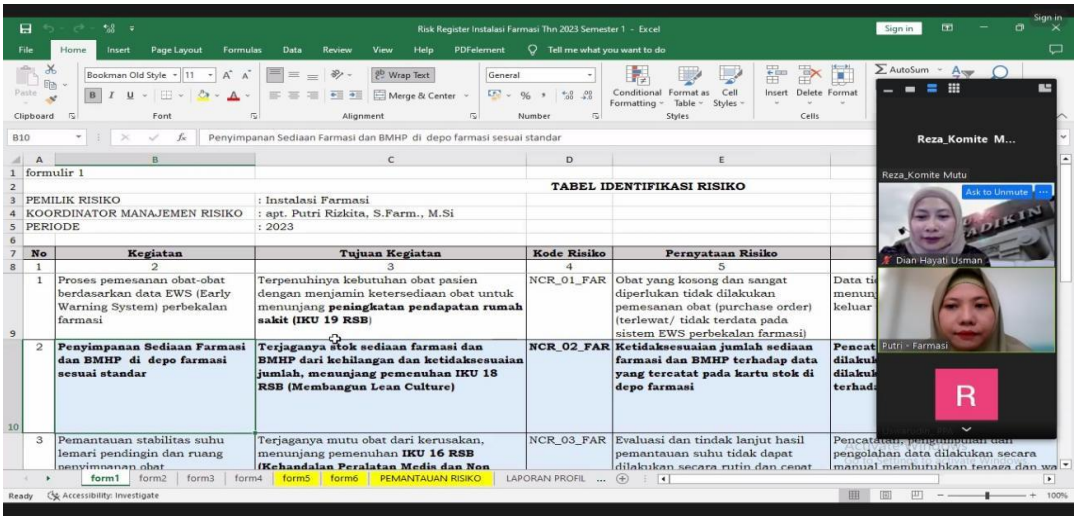
Rekomendasi

1. Melakukan Monev capaian indikator INM per triwulan dan memantau peningkatan capaian
2. Melakukan koordinasi dengan PIC dan Penanggung jawab EMR untuk menggunakan EMR sebagai media pelaporan nilai kritis

Bukti dukung

Gambar 3.13
Pelaksanaan monitoring dan evaluasi capaian INM oleh komite mutu dan PIC





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

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

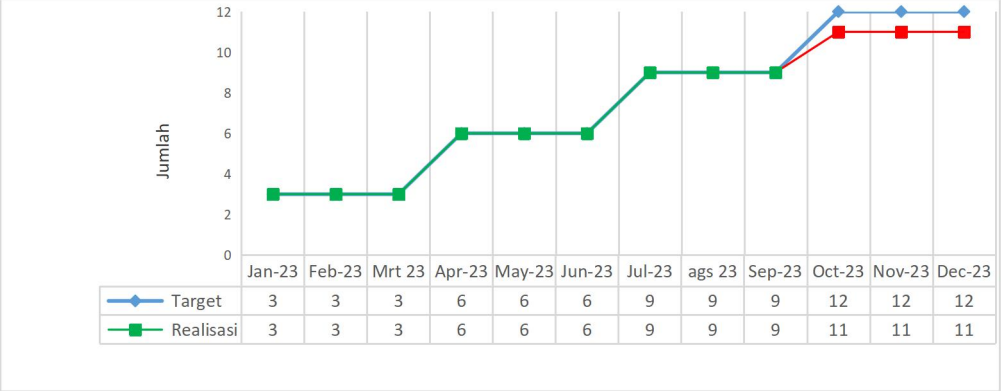
Tabel 3.17
Capaian Persentase Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol

Persentase Jumlah laporan Insiden Keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	12	11	11	12
Capaian	-		91,67%		91,67%	91,67%

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan insiden sentinel nol (never event nihil). Insiden keselamatan pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden sentinel adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit ataupun keadaan pasien. Insiden sentinel yang dilaporkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin telah ditetapkan didalam SK Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Nomor HK.02.03/X.4.2.1/16131/2022 tentang Pengelolaan kejadian sentinel pada keselamatan pasien.

Formula yang digunakan adalah Jumlah laporan bulanan Insiden Keselamatan Pasien sentinel yang menunjukkan insiden sentinel nol (never event nihil).

Grafik 3.16
Persentase Jumlah Laporan Indisen Keselamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	3	3	3	6	6	6	9	9	9	12	12	12
Realisasi	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11

Terdapat laporan rutin bulanan IKP sentinel yang menunjukkan insiden sentinel nol (never event nihil).

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase jumlah laporan indisen keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol :

Jumlah laporan laporan indisen keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol = 11 laporan

Capaian Persentase jumlah laporan indisen keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol tahun 2023 ditargetkan 12 Laporan, realisasi Tahun 2023 tercapai 11 laporan atau sebesar 91,67%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 91,67%.

Terdapat laporan kejadian IKP berupa sentinel sebanyak 2 kejadian pada bulan Desember 2023, yaitu:

- Pasien bedah mulut mengalami desaturasi dan cardiac arrest
- Kassa tertinggal pasca operasi

Langkah strategis perbaikan

1. Membentuk tim RCA
2. Melaksanakan rapat penyusunan RCA kejadian sentinel
3. Melaporkan kejadian sentinel kepada Kemenkes RI
4. Menyusun dan memperbaharui SOP Pelayanan
5. Melakukan koordinasi lintas sektor pelayanan

Analisis kendala/hambatan

1. Asesmen riwayat alergi belum dilakukan secara komprehensif
2. Pemasangan penanda alergi pada pasien belum rutin
3. Kit emergency anastesi tidak mencakup semua kasus yang mungkin terjadi pada saat proses induksi, intubasi dan ekstubasi

4. Informasi dalam EMR belum terintegrasi

Rekomendasi

1. Melakukan sosialisasi ulang kepada semua PPA mengenai asesmen alergi secara komprehensif dan patuh memberikan penanda alergi
2. Mengajukan pengadaan kit emergency anastesi
3. Mengajukan perbaikan/ penyempurnaan sistem EMR yang terintegrasi

17. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

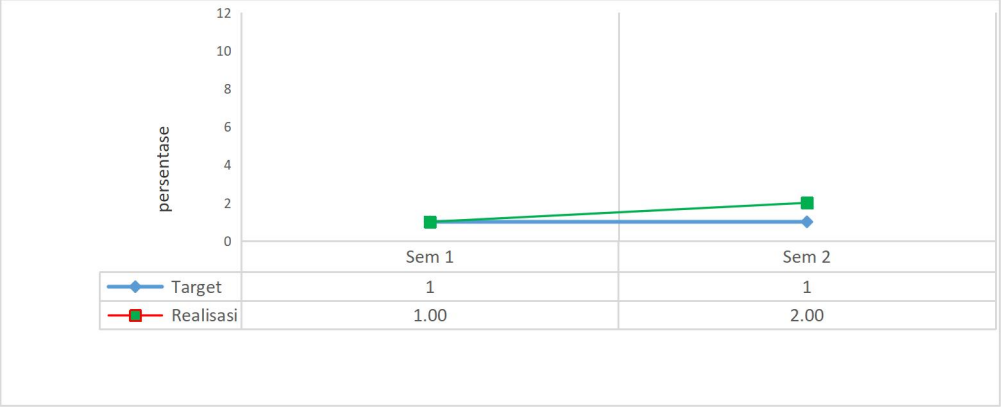
Tabel 3.18
Capaian Persentase Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Persemester

Persentase Jumlah laporan Pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas persemester	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	2	2	2	2
Capaian	-		100%		100%	100%

Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis. Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan. Laporan hasil audit medis 9 kasus layanan prioritas dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan. 9 layanan prioritas antara lain :Kanker, jantung, stroke, uronefrologi, TB, DM dan PIE (Penyakit Infeksi Emerging).

Formula yang digunakan adalah Jumlah laporan hasil audit medis 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Grafik 3.17
Persentase Jumlah Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Persemester Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase jumlah pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan :

Jumlah laporan laporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan = 2

Capaian Persentase jumlah pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan ditargetkan 2 Laporan pertahun, realisasi Tahun 2023 sebesar 2 atau capaian 100%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis perbaikan

Telah dilakukan pelaporan setiap bulan pada 12 standar klinis yang diantaranya adalah 9 layanan prioritas

Analisis kendala/hambatan

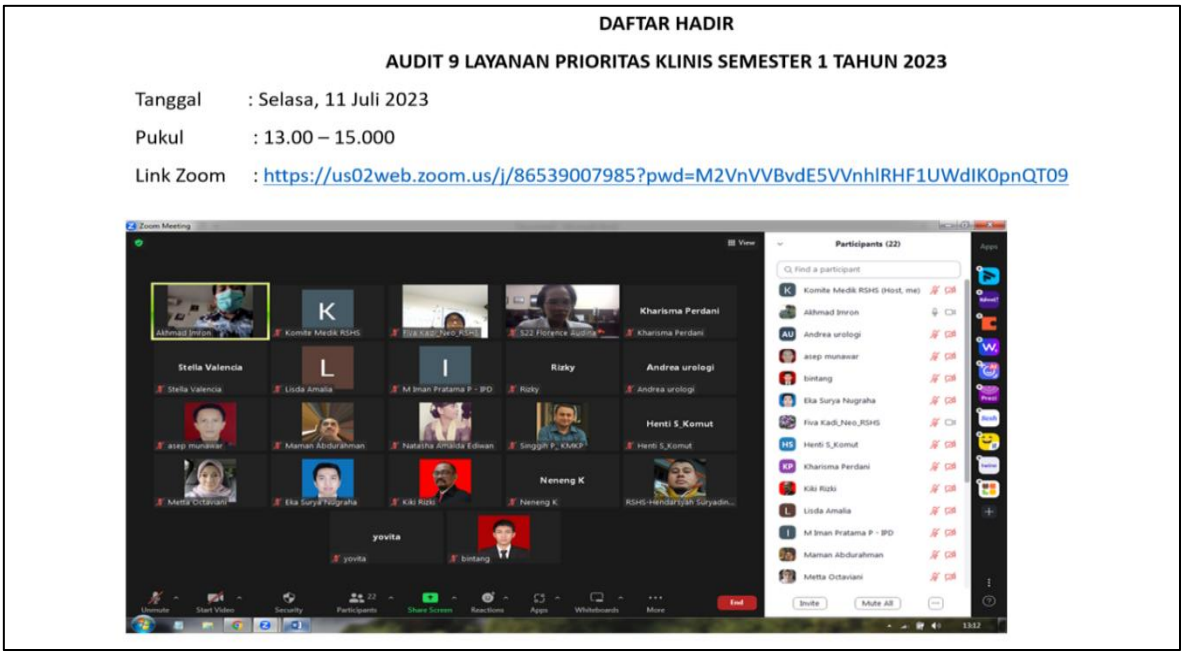
1. Monev per triwulan Bersama Komite Mutu masih belum terlaksana dengan baik karena belum terkumpulnya data dari PIC pada waktu yang seharusnya
2. Data langsung diisi ke link kemenkes, data belum divalidasi

Rekomendasi

1. Membuat ketentuan system pelaporan (kebijakan/SOP) dan tersosialisasi kepada PIC
2. PIC melaporkan capaian secara rutin dan tepat waktu, untuk selanjutnya dievaluasi dan divalidasi oleh komite mutu sebagai bahan audit medis di Komite Medik

Bukti kegiatan

Gambar 3.17
Pelaksanaan Audit 9 Layanan Prioritas Klinis


DAFTAR HADIR

AUDIT 9 LAYANAN PRIORITAS KLINIS SEMESTER 1 TAHUN 2023

Tanggal : Selasa, 11 Juli 2023

Pukul : 13.00 – 15.000

Link Zoom : https://us02web.zoom.us/j/86539007985?pwd=M2VnVVBvdE5VVnhlRHF1UWdIK0pnQT09

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

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.19
Capaian Persentase Target Strata Utama dan 9 Layanan Penyakit Prioritas

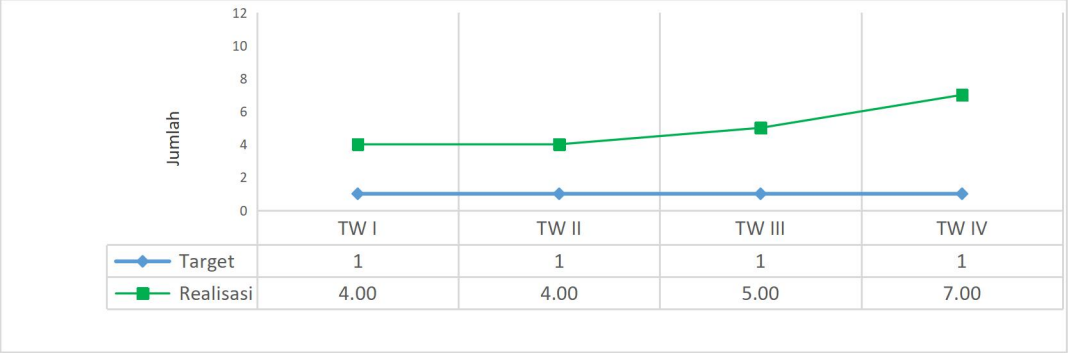
Persentase target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	7	7	1
Capaian	-		700%		700%	700%

Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas dengan minimal memiliki strata utama. Kriteria strata utama pada masing-masing layanan sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh kemenkes.

9 layanan prioritas antara lain : kanker, jantung, stroke, uronefrologi, TB, DM, PIE (Penyakit Infrksi Emerging), KIA dan Gastrohepatologi.

Formula yang digunakan adalah Jumlah layanan prioritas RS umum vertikal yang mencapai kriteria strata utama.

Grafik 3.18
Jumlah Capaian Target Strata Utama dan 9 Layanan Penyakit Prioritas Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah capaian target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas :

Jumlah Jumlah layanan prioritas RS umum vertikal yang mencapai kriteria strata utama = 7

Capaian jumlah capaian target strata utama dan 9 layanan penyakit prioritas Tahun 2023 yang ditargetkan 1 laporan realisasi sebanyak 7 atau capaian sebesar 700%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 700%.

Langkah strategis perbaikan

1. Evaluasi lanjutan dan Focused Group discussion untuk layanan dengan capaian indikator klinis yang belum tercapai . Pada terapi fibrinolitik dan penanganan BBLSR

Analisis kendala/hambatan

1. Terapi fibrinolitik
   a. Belum optimalnya unit Code STEMI
   b. Finalisasi dalam alur pelayanan Code STEMI, SDM yang bertugas , Sarana dan Prasarana, Obat yang berkeliling.
2. Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 - <1500 gr
   a. Insidensi kelahiran bayi sangat premature < 1000 gram bertambah, terdapat pemasangan vinyl yang diusulkan di tahun 2000 dan baru terealisasi di tahun 2023 sehingga kurangnya mitigasi risiko

Rekomendasi

<u>Layanan Stroke</u>

1. Terapi Fibrinolitik

a. Memperpendek alur pelayanan dengan cara penanganan langsung oleh Tim Chest Pain
b. Finalisasi dan Operasional alur Code STEMI mulai tanggal 16 Oktober 2023
c. Melakukan sosialisasi kepada para DPJP dan Tim Chest Pain untuk pelayanan Door to Needle < 30 menit.

2. Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 - <1500 gr
   a. Menambah fasilitas pelayanan neonatal prematur terutama utk berat <1000 gr

19. Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP ≤ 30 Menit

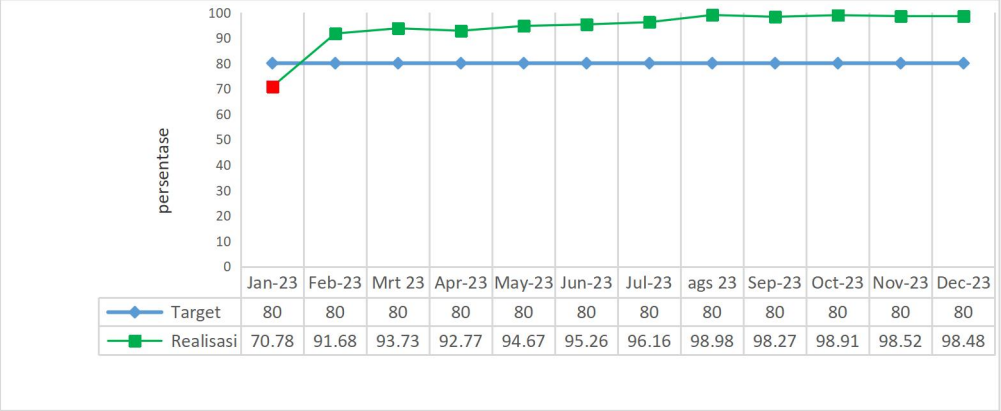
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.20
Capaian Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP ≤ 30 menit

Persentase kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP ≤ 30 menit	Tahun 2022		TW IVTahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	100%	92,99%	80%	98,64%	94,37%	80%
Capaian	92,99%		123,31%		117,97%	117,97%

Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima) ≤ 30 menit. Formula yang digunakan adalah Jumlah kasus rujukan sisrute yang memiliki keputusan final kurang dari 30 menit dibagi jumlah total kasus rujukan sisrute yang ditindaklanjuti dikali 100%.

Grafik 3.19
Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan final DPJP ≤ 30 menit Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	70.78	91.68	93.73	92.77	94.67	95.26	96.16	98.98	98.27	98.91	98.52	98.48

Capaian sudah memenuhi target, secara umum DPJP KSM sudah cepat dalam mengambil keputusan.

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit:

= Jumlah kasus rujukan sisrute yang memiliki keputusan final kurang dari 30 menit dibagi jumlah total kasus rujukan sisrute yang ditindaklanjuti dikali 100%. = 7.613/8.067 = 94,37%

Persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP ≤ 30 menit Tahun 2023 ditargetkan 80%, capaian yaitu 94,37% atau sebesar 117,97%. terdapat kenaikan capaian yang signifikan tahun 2023 dibanding tahun 2022 sebesar 30,32%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 117,97%.

Langkah strategis

1. Evaluasi kinerja petugas Sisrute melalui pertemuan pembahasan permasalahan kasus-kasus dengan waktu keputusan yang masih lebih dari 30 menit.
2. Sudah melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk menyepakati pola jawaban untuk rujukan intensif/semi intensif.
3. Tim dan petugas Sisrute sudah mengambil keputusan jika mendekati 30 menit belum ada keputusan DPJP
4. Memberikan feedback data Keputusan Sisrute kepada KSM untuk ditindaklanjuti

Analisis kendala/hambatan

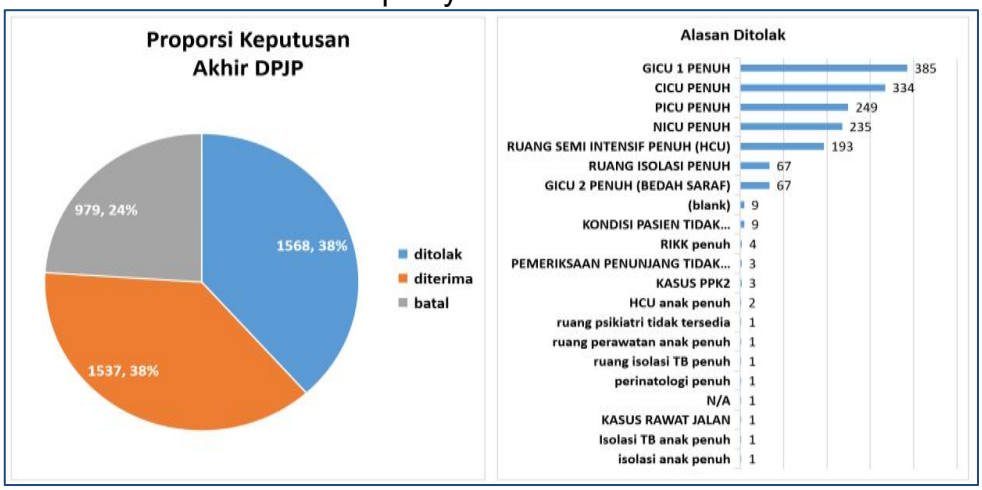
1. Masih ada dokter jaga PPDS yang slow response karena beberapa KSM merangkap tugas
2. Untuk kasus-kasus kompleks (yang melibatkan lebih dari satu KSM) tim IGD dan petugas sisrute tidak dapat mengambil keputusan, tetap menunggu keputusan DPJP

Rekomendasi

1. Meningkatkan target menjadi 95% pada tahun 2024

Bukti Kegiatan

Gambar 3.18
Data pelayanan sisrute



20. Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina menjadi Strata Utama sesuai Ketetapan

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.21
Capaian Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan

Jumlah RS umum daerah yang dibnina menjadi strata utama sesuai ketetapan	TW III Tahun 2022		TW III Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	1	1	1
Capaian	-		100%		100%	100%

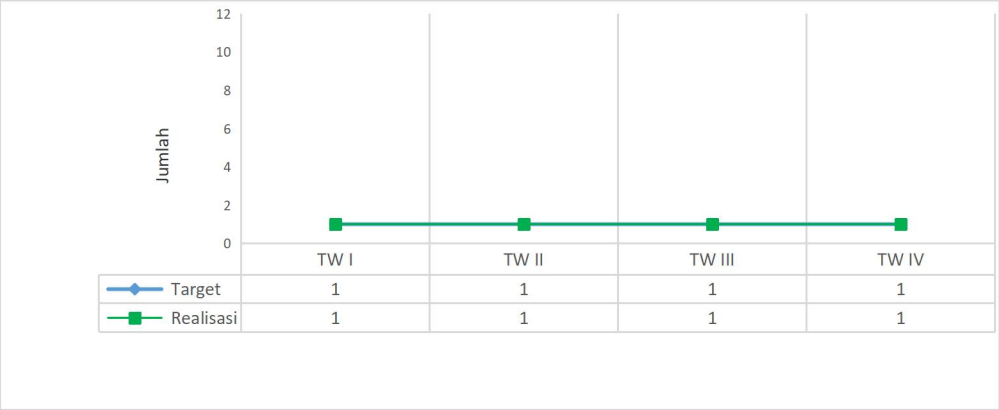
Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai target minimal satu strata layanan utama dalam satu tahun. Kriteria strata layanan utama pada RS Umum Daerah yang dibina sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh pengampu nasional.

Target strata layanan prioritas uatma antara lain :

1. Kanker (RSUD AL Ihsan & RS Undata Palu)
2. Jantung (RSUD Al Ihsan & RSUP Kab. Tangerang)
3. Stroke (RSUD Al Ihsan)
4. Uronefrologi (RSUD Al Ihsan & RSUP Prof.. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo)
5. TB (RSUD Al Ihsan & RSUP Dr. Sudarso)
6. DM (RSUD Al Ihsan)

Formula yang digunakan adalah Jumlah rumah sakit umum daerah yang dilakukan pembinaan dengan mencapai target minimal satu strata layanan utama.

Grafik 3.20
Jumlah RS Umum Daerah yang dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan Periode Tahun 2023



Realisasi sudah tercapai dari 1 (satu) RSUD target yang ditetapkan tahun 2023

Kendala:

- Penetapan kriteria strata belum ada
- Juknis pengampuan belum ada yang ditetapkan oleh Kemkes

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketetapan:

Jumlah rumah sakit umum daerah yang dilakukan pembinaan dengan mencapai target minimal satu strata layanan utama = 1

Persentase jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi strata utama sesuai ketetapan Tahun 2023 ditargetkan 1, realisasi 1 atau sebesar 100%. Progres capaian kinerja tahun 2023 100% dan terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis

1. Updating progres pengampuan secara berkala atau jika diminta oleh RS Pengampu nasional dan/atau kemenkes
2. Menyampaikan masukan dan rekomendasi program pengampuan kepada RS Pengampu Nasional

<u>Layanan Kanker</u>

Pengajuan TOR Penyelenggaraan Program ECHO

<u>Layanan Respirasi&TB</u>

- Penandatanganan MoU Tripartite RS Persahabatan – RSHS – Pemprov Jabar di Karawang
- Penandatanganan Kesepakatan Bersama RS Persahabatan – RSHS – Pemprov Kalbar
- Visitasi ke RSUD Dr. Soedarso

Layanan Uronefrologi

- Penandatanganan Kesepakatan Bersama RSCM– RSHS – Pemprov Gorontalo
- Visitasi Ke RS Aloei Saboe

Analisis kendala/hambatan

Internal:

- Belum terdapat mekanisme/ bentuk penetapan pencapaian strata baik oleh RS Pengampu Nasional maupun Kemkes
- Belum terdapat Juknis pengampuan yang ditetapkan oleh Kemkes
- Asesmen yang dikeluarkan oleh RS Pengampu Nasional tidak seragam dan sulit dalam penentuan/ interpretasi strata eksisting

Eksternal:

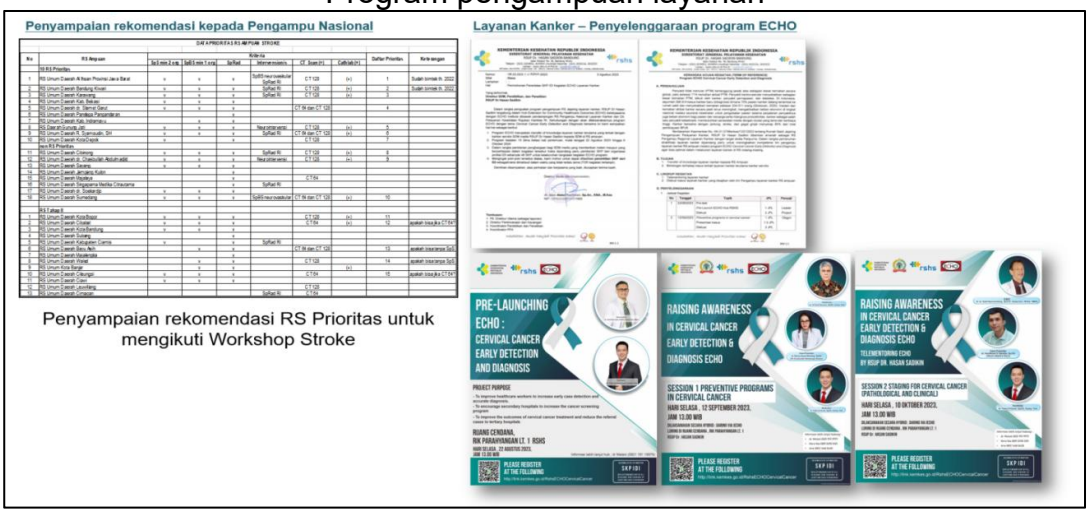
- Target kemenkes dan fokus layanan masing masing RSUD tidak sejalan.
- Pembiayaan di tahun 2023 dibebankan pada RSUD

Rekomendasi

- Monev hasil visitasi per triwulan untuk layanan yang ditargetkan
- Follow up permohonan masukan fokus layanan dari masing-masing RSUD dan Dinkes Prov/Kab/Kota

Bukti Kegiatan

Gambar 3.19
Program pengampuan layanan



21. Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.22
Capaian Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna

Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	3	3	1
Capaian	-		300%		300%	300%

Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas dengan minimal memiliki strata utama. Kriteria Strata Utama pada masing-masing layanan sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh Kemenkes.

9 layanan prioritas antara antara lain : Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, TB dan DM.

Formula yang digunakan adalah Jumlah layanan prioritas RS umum vertikal yang mencapai kriteria strata paripurna

Grafik 3.21
Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna
Periode Tahun 2023

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna:

Jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna = 3

Persentase jumlah layanan dengan stratifikasi paripurna Tahun 2023 ditargetkan 1, tercapai 3 atau sebesar 300%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 300%.

Acuan capaian merujuk pada KMK RS Jejaring Pengampuan masing-masing layanan prioritas yang mencakup kriteria layanan dan SDM. Realisasi sudah tercapai dari 1 (satu) layanan yang ditargetkan tahun 2023. ayanan yang sudah tercapai: Jantung, stroke, KIA

Langkah strategis perbaikan

1. Updating progres pengampuan secara berkala atau jika diminta oleh RS Pengampu Nasional dan/atau Kemkes
2. Menyampaikan masukan dan rekomendasi program pengampuan kepada RS Pengampu Nasional
3. Menyusun SK PIC Pengampuan sehingga beban pengampuan terbagi secara proporsional kepada bidang pelayanan penunjang dan bidang pelayanan keperawatan.
4. Penyusunan Kajian program Dirmed – Program pengampuan

<u>Layanan Stroke</u>

5. Penyiapan ruangan stroke unit untuk kelengkapan ruang perawatan pasien stroke pasca trombolisis, pasca trombektomi, dan pasien dengan ancaman stroke akut

<u>Layanan Uronefrologi</u>

6. Penyusunan Kajian Usulan unit cost layanan edukasi, advokasi, dan revisi Tindakan operasi transplantasi ginjal
7. Kredensialing BPJS Layanan Transplantasi Ginjal
8. Evaluasi Alur Layanan Transplantasi Ginjal
9. Clinical meeting 3 pasang pasien ktx ke tim transplantasi ginjal RSCM
10. Pelatihan keperawatan Transplantasi Ginjal ke RSCM

<u>Layanan Respirasi&TB, KIA, dan PIE</u>

11. Pengajuan PKS dengan Labkes prov Jabar untuk Layanan Respirasi&TB dan PIE
12. Visitasi dari RS Pengampu Nasional Layanan PIE

Analisis kendala/hambatan:

<u>Internal:</u>

Dalam pemenuhan kompetensi SDM, biaya pelatihan yang semula direncanakan sharing cost dengan Kemkes menjadi full pembiayaan dari RS dan belum dianggarkan oleh Diklit RS.

Tim Pengampu belum secara komprehensif menyusun program kegiatan dan merekapitulasi kebutuhan SDM, SPA, dan Alkes untuk menunjang pencapaian target strata

Eksternal:

Belum terdapat mekanisme/ bentuk penetapan pencapaian strata baik oleh RS Pengampu Nasional maupun Kemkes

Belum terdapat Juknis pengampuan yang ditetapkan oleh Kemkes

Asesmen yang dikeluarkan oleh RS Pengampu Nasional tidak seragam dan sulit dalam penentuan/ interpretasi strata eksisting

Rekomendasi:

Layanan Kanker

- Bersurat kepada KSM Patklin dan Instalasi PA permohonan staf yang akan pendidikan dan/atau fellow bidang Paru dan Mediastinum dan bidang Hematolimfoid
- Bersurat kepada Dir SDM terkait permohonan fasilitasi pendidikan dan/atau fellow bidang Paru dan Mediastinum dan bidang Hematolimfoid

Layanan Stroke

- Mengikuti Workshop Pengampuan Pelayanan Stroke yang diselenggarakan oleh RS PON dengan mengirimkan tim yang terdiri dari 2 GP, 5 Perawat, 1 SpS, dan 1 SpRad.

Layanan Uronefrologi

- 7 (tujuh) pasang kandidat pasien transplantasi ginjal telah berproses persiapan, harapannya operasi pertama kali dapat dilakukan pada bulan Nov 2023
- 1 (satu) orang SpU akan mulai fellow transplantasi ginjal di RSCM pada bulan Okt 2023

Layanan Respirasi&TB

- Pengajuan PKS dengan Labkes Prov Jabar untuk pemeriksaan mikrobiologi yang tidak bisa dilakukan di Labklin RSHS

Layanan DM

- Berkoordinasi dengan KSM Jiwa memasukkan layanan transisi DM dalam layanan transisi anak dan remaja
- Pengusulan alkes penunjang metabolic surgery

Layanan KIA

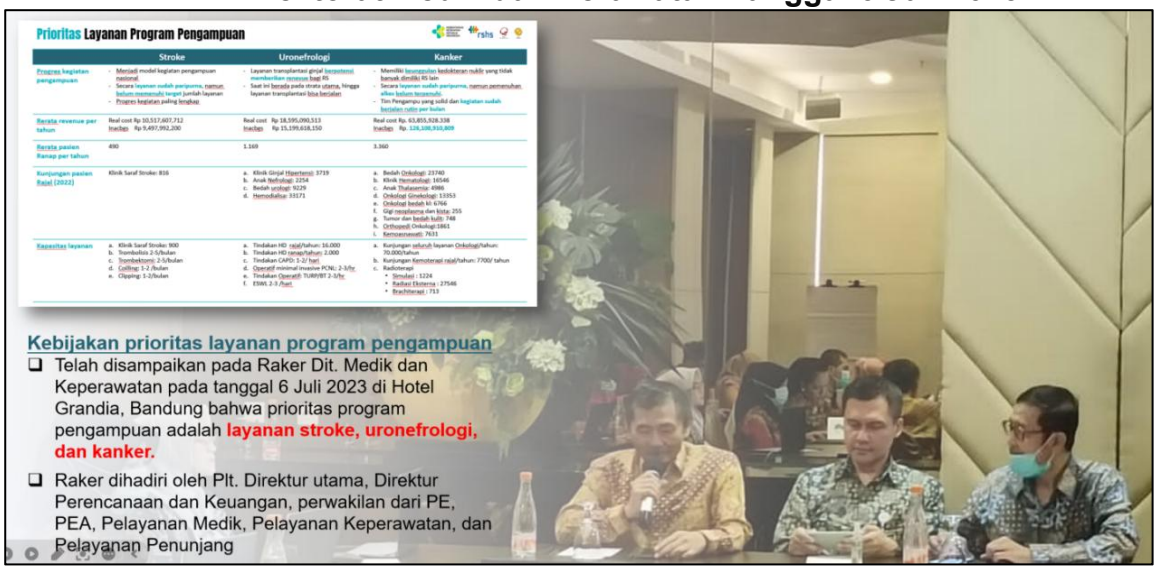
Menunggu SpM lulus pendidikan lebih kurang pada tahun 2024

Layanan PIE

- Pengajuan PKS dengan Labkes Prov Jabar untuk pemeriksaan kultur virus
- Analisis registry menunggu juknis terkait registri layanan PIE terbit

Gambar 3.20

Kebijakan Prioritas Layanan Program Pengampuan disampaikan pada Saat Raker Direktorat Medik dan Perawatan Tanggal 6 Juli 2023



Evaluasi alur layanan transplantasi ginjal | Kredensialing BPJS Layanan Transplantasi Ginjal | Clinical meeting daring dengan tim transplantasi ginjal RSCM

Pengajuan PKS dengan Labkes Prov Jabar

Visitasi Pengampu Nasional Layanan PIE

Penyiapan ruangan stroke unit

22. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

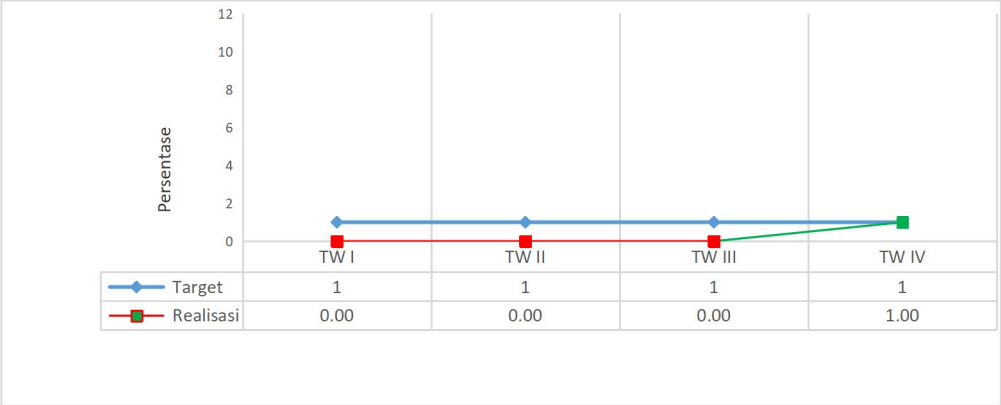
Tabel 3.23
Capaian Persentase Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional

Persentase Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	1	1	1
Capaian	-		100%		100%	100%

Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional adalah RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau insitusi kesehatan LN terkait layanan unggulan. Kerjasama international dalam bentuk proposal (terlampir). layanan Terapi Lu177 PSMA sebagai layanan kedokteran nuklir bertaraf international sudah dilakukan dengan gambaran pasien. Bukti dukung yaitu bukti koordinasi dan baru draft proposal sehingga belum dapat dapa diklaim.

Formula yang digunakan adalah Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil assessment internal.

Grafik 3.22
Persentase RS yang Menyelenggarakan Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan LN terkait Layanan Unggulan
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau insitusi kesehatan LN terkait layanan unggulan.:

Jumlah Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil assessment internal.= 1

Persentase RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau insitusi kesehatan LN terkait layanan unggulan Tahun 2023 ditargetkan 1, realisasi 1 atau capaian sebesar 100%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 0%.

Langkah strategis perbaikan:

- Draft MOU sudah disusun antara SNUH dan RSHS
- Melakukan penjajakan MOU dengan SNUH dan RSHS

Analisis kendala/hambatan:

- MOU dua negara atau lembaga seringkali memerlukan manajemen logistik yang kompleks
- Perlu melibatkan pihak-pihak yang kompeten seperti hukormas, manajemen, dan hubungan internasional yang mengawal agar MOU ini terlaksana

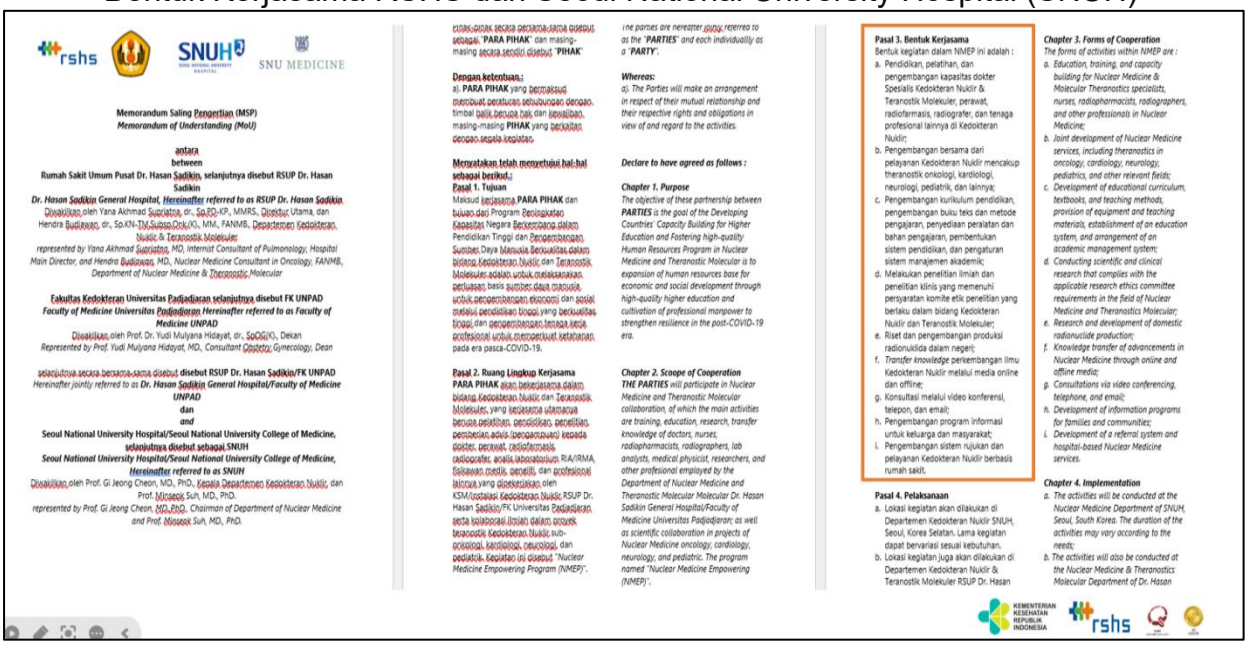
Rekomendasi:

- Tanggal 1 Desember Draft MOU dari RSHS sudah disusun oleh Hukormas menunggu tanggapan dari Nuklir terkait draft tsb

- Keberangkatan satu staf Medis dari KSM Kedokteran nuklir untuk membawa draft PKS ke SNUH dan mendiskusikan tujuan prioritas MOU tersebut

Bukti kegiatan:

Gambar 3.21
Bentuk Kerjasama RSHS dan Seoul National University Hospital (SNUH)



Memorandum Saling Pengertian (MSP)
Memorandum of Understanding (MoU)

antara
between
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin, selanjutnya disebut RSUP Dr. Hasan Sadikin
Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Hereinafter referred to as RSUP Dr. Hasan Sadikin
Diwakilkan oleh Yana Akhmad Supriatna, dr., Sp.PD-KP., MMRS., Direktur Utama, dan Hendra Budiawan, dr., Sp.KN-TM.Subsp.Onk.(K)., MM., FANMB., Departemen Kedokteran Nuklir & Teranostik Molekuler
represented by Yana Akhmad Supriatna, MD, Internist Consultant of Pulmonology, Hospital Main Director, and Hendra Budiawan, MD., Nuclear Medicine Consultant in Oncology, FANMB., Department of Nuclear Medicine & Theranostic Molecular

Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran selanjutnya disebut FK UNPAD
Faculty of Medicine Universitas Padjadjaran Hereinafter referred to as Faculty of Medicine UNPAD
Diwakilkan oleh Prof. Dr. Yudi Mulyana Hidayat, dr., SpOG(K), Dekan
Represented by Prof. Yudi Mulyana Hidayat, MD., Consultant Obstetry Gynecology, Dean

selanjutnya secara bersama-sama disebut disebut RSUP Dr. Hasan Sadikin/FK UNPAD
Hereinafter jointly referred to as Dr. Hasan Sadikin General Hospital/Faculty of Medicine UNPAD
dan
and
Seoul National University Hospital/Seoul National University College of Medicine, selanjutnya disebut sebagai SNUH
Seoul National University Hospital/Seoul National University College of Medicine, Hereinafter referred to as SNUH
Diwakilkan oleh Prof. Gi Jeong Cheon, MD., PhD., Kepala Departemen Kedokteran Nuklir, dan Prof. Mooseok Suh, MD., PhD.
represented by Prof. Gi Jeong Cheon, MD.,PhD., Chairman of Department of Nuclear Medicine and Prof. Mooseok Suh, MD., PhD.

Pasal 3. Bentuk Kerjasama
Bentuk kegiatan dalam NMEP ini adalah :
a. Pendidikan, pelatihan, dan pengembangan kapasitas dokter Spesialis Kedokteran Nuklir & Teranostik Molekuler, perawat, radiofarmasis, radiografer, dan tenaga profesional lainnya di Kedokteran Nuklir;
b. Pengembangan bersama dari pelayanan Kedokteran Nuklir mencakup theranostik onkologi, kardiologi, neurologi, pediatrik, dan lainnya;
c. Pengembangan kurikulum pendidikan, pengembangan buku teks dan metode pengajaran, penyediaan peralatan dan bahan pengajaran, pembentukan sistem pendidikan, dan pengaturan sistem manajemen akademik;
d. Melakukan penelitian ilmiah dan penelitian klinis yang memenuhi persyaratan komite etik penelitian yang berlaku dalam bidang Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler;
e. Riset dan pengembangan produksi radionuklida dalam negeri;
f. *Transfer knowledge* perkembangan Ilmu Kedokteran Nuklir melalui media online dan offline;
g. Konsultasi melalui video konferensi, telepon, dan email;
h. Pengembangan program informasi untuk keluarga dan masyarakat;
i. Pengembangan sistem rujukan dan pelayanan Kedokteran Nuklir berbasis rumah sakit.

Pasal 4. Pelaksanaan
a. Lokasi kegiatan akan dilakukan di Departemen Kedokteran Nuklir SNUH, Seoul, Korea Selatan. Lama kegiatan dapat bervariasi sesuai kebutuhan.
b. Lokasi kegiatan juga akan dilakukan di Departemen Kedokteran Nuklir & Teranostik Molekuler RSUP Dr. Hasan

Chapter 3. Forms of Cooperation
The forms of activities within NMEP are :
a. Education, training, and capacity building for Nuclear Medicine & Molecular Theranostics specialists, nurses, radiopharmacists, radiographers, and other professionals in Nuclear Medicine;
b. Joint development of Nuclear Medicine services, including theranostics in oncology, cardiology, neurology, pediatrics, and other relevant fields;
c. Development of educational curriculum, textbooks, and teaching methods, provision of equipment and teaching materials, establishment of an education system, and arrangement of an academic management system;
d. Conducting scientific and clinical research that complies with the applicable research ethics committee requirements in the field of Nuclear Medicine and Theranostics Molecular;
e. Research and development of domestic radionuclide production;
f. Knowledge transfer of advancements in Nuclear Medicine through online and offline media;
g. Consultations via video conferencing, telephone, and email;
h. Development of information programs for families and communities;
i. Development of a referral system and hospital-based Nuclear Medicine services.

Chapter 4. Implementation
a. The activities will be conducted at the Nuclear Medicine Department of SNUH, Seoul, South Korea. The duration of the activities may vary according to the needs;
b. The activities will also be conducted at the Nuclear Medicine & Theranostics Molecular Department of Dr. Hasan

23. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.24
Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	70%	80,79	80,79%	70%
Capaian	-		115,41%		115,41%	115,41%

Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar adalah :

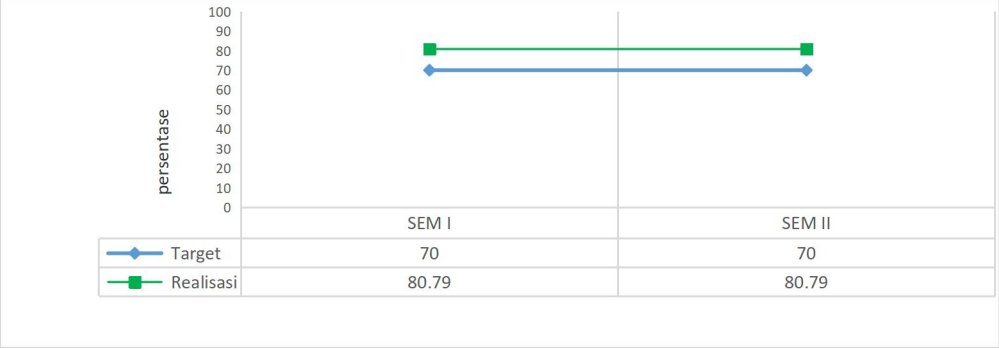
Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu untuk memenuhi kebutuhan parkir kendaraan pasien.

Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (khususnya mobil penumpang), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.

Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai dengan kebutuhan atau mengacu pada ketentuan perundang-undangan

Formula yang digunakan adalah Jumlahsatuan ruang parkiryang tersedia untuk pasien dibagi jumlah kebutuhan satuan ruang parkir yang tersedia di rumah sakit untuk pasien sesuai standar dikali 100 %

Grafik 3.23
Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar adalah:

Jumlahsatuan ruang parkiryang tersedia untuk pasiendibagi jumlahkebutuhan satuan ruang parkiryang tersedia di rumah sakituntuk pasien sesuai standar dikali 100 % = (265/325) x 100% = 80,79%

Persentase Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar adalah Tahun 2023 ditargetkan 70%, realisasi tercapai 80,79% atau sebesar 115,41%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 115,41%.

Kebutuhan Parkir Rumah Sakit Sesuai Standar (Berdasarkan PMK 14/2021 dan PMK 40/2022):

1. Kebutuhan lahan parkir minimal 20% dari luas total bangunan (sudah termasuk jalur sirkulasi kendaraan)
2. Penyediaan lahan parkir tidak boleh mengurangi daerah penghijauan yang telah ditetapkan

Kebutuhan Parkir Kendaraan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap Sesuai Standar (Berdasarkan SE Dirjen Yankes HK.02.02/I/2748/2022) : Area parkir kendaraan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap paling sedikit 70% dari kapasitas parkir yang ada di rumah sakit

Langkah strategis

1. Melakukan kerja sama dalam pengelolaan parkir dengan Koperasi Konsumen Rancabadak

2. Pengembangan sistem pengelolaan parkir melalui pembayaran cashless

Analisis kendala/hambatan

1. Keterbatasan lahan parkir yang tersedia
2. Berkurangnya lahan parklr akibat dari pembangunan Gedung Pusat Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
3. Banyaknya jumlah kendaraan yang masuk ke rumah sakit

Rekomendasi

1. Evaluasi pengaturan zonasi parkir
2. Pemantauan kepatuhan parkir berdasarkan zonasi yang telah ditetapkan
3. Peningkatan layanan valet parking
4. Pengusulan demolish gedung untuk lahan parkir dan/atau pembangunangedung parkir secara bertahap

Bukti Kegiatan

Gambar 3.22
Pengaturan zonasi parkir di RSHS

24. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

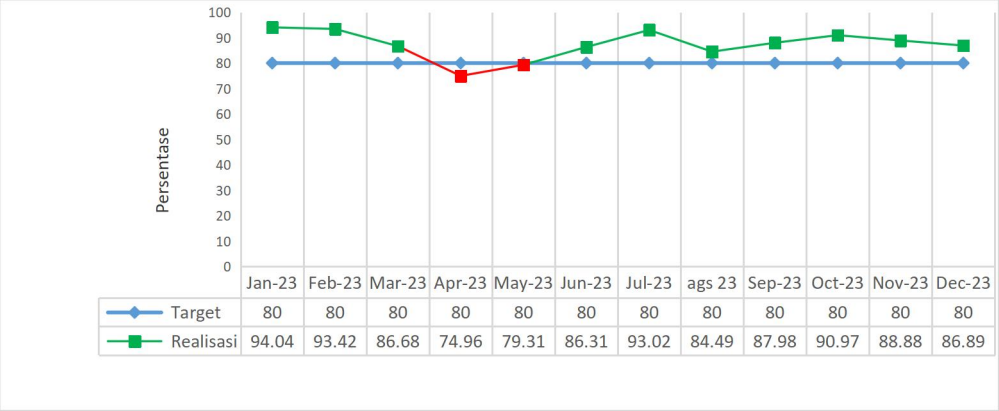
Tabel 3.25
Capaian Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	80%	89,08%	88,67%	80%
Capaian	-		111,35%		110,84%	110,84%

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah presentase pasien rawat jalan tujuan kunjungan hanya satu klinik tanpa tindakan, dengan mengukur waktu pelayanan mulai dari cetak karcis sampai menerima obat tidak lebih dari 120 menit.

Formula yang digunakan adalah Jumlah pasien rawat jalan kunjungan satu klinik tanpa tindakan, dengan waktu pelayanan ≤ 120 menit dibagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang terdaftar dikali seratus persen

Grafik 3.24
Persentase Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	94.04	93.42	86.68	74.96	79.31	86.31	93.02	84.49	87.98	90.97	88.88	86.89

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang:

Jumlah pasien rawat jalan kunjungan satu klinik tanpa tindakan, dengan waktu pelayanan ≤ 120 menit dibagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang terdaftar dikali seratus persen = (61.030/68.828) x 100% = 88,67%

Persentase Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 ditargetkan 80%, tercapai 88,67% atau sebesar 110,84%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 88,67% atau sebesar 110,84%.

Langkah strategis perbaikan

1. Menerapkan absensi dokter (residen dan DPJP)
2. Melakukan analisis kapasitas klinik
3. Mengajukan penambahan tenaga perawat dan Pengadministrasi Umum
4. Mengajukan pengaturan kedatangan pasien ke SIRS

Analisis kendala/hambatan

1. Sekitar 25-30% klinik terlambat memulai pelayanan (dari absensi). Kepatuhan untuk absensi tepat waktu tidak diikuti dengan ketepatan mulai pelayanan.
2. EMR sebagai komponen penentu waktu tunggu, kepentingannya belum dipahami oleh seluruh PPA
3. Perbandingan jumlah PPA dengan pasien tidak seimbang
4. Kondisi pasien yang kompleks turut memengaruhi waktu tunggu kumulatif
5. Pengaturan jadwal kedatangan pasien masih diuji cobakan dan belum ada evaluasi
6. Penulisan resep belum seluruhnya memanfaatkan/menggunakan EMR

Rekomendasi

1. Feedback pelaporan capaian implementasi waktu mulai pelayanan berdasarkan data absensi dokter ke KSM
2. Penarikan data untuk perhitungan waktu tunggu oleh SIRS
3. Pengadaan layar (multimedia) untuk monitor antrian
4. Percepatan pengaturan kedatangan pasien dan rejection system
5. Implementasi e-prescribing
6. Pengadaan penggunaan scan barcode/finger print pasien di setiap titik pelayanan

Bukti Kegiatan

Gambar 3.23
System sign DPJP (absensi kehadiran DPJP mulai pelayanan)

Nama Klinik	Reumatologi					
Waktu Mulai	07:30	WIB				
Jumlah Dokter	3	orang				
Kecepatan periksa	8	menit	00:08			
Kapasitas per jam	22,5	pasien				
Rata2 jumlah kunjungan		pasien				
Mulai Cetak Karcis	07:15	WIB	00:03	00:01		
Sesi 1	Urutan Pasien					
	1	2	3	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:15	07:16	07:17			
Jam dilayani	07:30	07:30	07:30			
Waktu Tunggu	00:15	00:14	00:13	00:42	00:14	00:14
Sesi 2	Urutan Pasien					
	4	5	6	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:18	07:19	07:20			
Jam dilayani	07:38	07:38	07:38			
Waktu Tunggu	00:20	00:19	00:18	00:57	00:19	00:16
Sesi 3	Urutan Pasien					
	7	8	9	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:21	07:22	07:23			
Jam dilayani	07:46	07:46	07:46			
Waktu Tunggu	00:25	00:24	00:23	01:12	00:24	00:19
Sesi 4	Urutan Pasien					
	10	11	12	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:24	07:25	07:26			
Jam dilayani	07:54	07:54	07:54			
Waktu Tunggu	00:30	00:29	00:28	01:27	00:29	00:21

Sesi 5	Urutan Pasien					
	13	14	15	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:27	07:28	07:29			
Jam dilayani	08:02	08:02	08:02			
Waktu Tunggu	00:35	00:34	00:33	01:42	00:34	00:24
Sesi 6	Urutan Pasien					
	16	17	18	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:30	07:31	07:32			
Jam dilayani	08:10	08:10	08:10			
Waktu Tunggu	00:40	00:39	00:38	01:57	00:39	00:26
Sesi 7	Urutan Pasien					
	19	20	21	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:33	07:34	07:35			
Jam dilayani	08:18	08:18	08:18			
Waktu Tunggu	00:45	00:44	00:43	02:12	00:44	00:29
Sesi 8	Urutan Pasien					
	22	23	24	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:36	07:37	07:38			
Jam dilayani	08:26	08:26	08:26			
Waktu Tunggu	00:50	00:49	00:48	02:27	00:49	00:31
Sesi 9	Urutan Pasien					
	25	26	27	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:39	07:40	07:41			
Jam dilayani	08:34	08:34	08:34			
Waktu Tunggu	00:55	00:54	00:53	02:42	00:54	00:34
Sesi 10	Urutan Pasien					
	28	29	30	Jml WT	Waktu Tunggu	
					Kelompok	Kumulatif
Cetak karcis	07:42	07:43	07:44			
Jam dilayani	08:42	08:42	08:42			
Waktu Tunggu	01:00	00:59	00:58	02:57	00:59	00:36

25. Penundaan Waktu Operasi Elektif

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.26
Capaian Penundaan Waktu Operasi Elektif

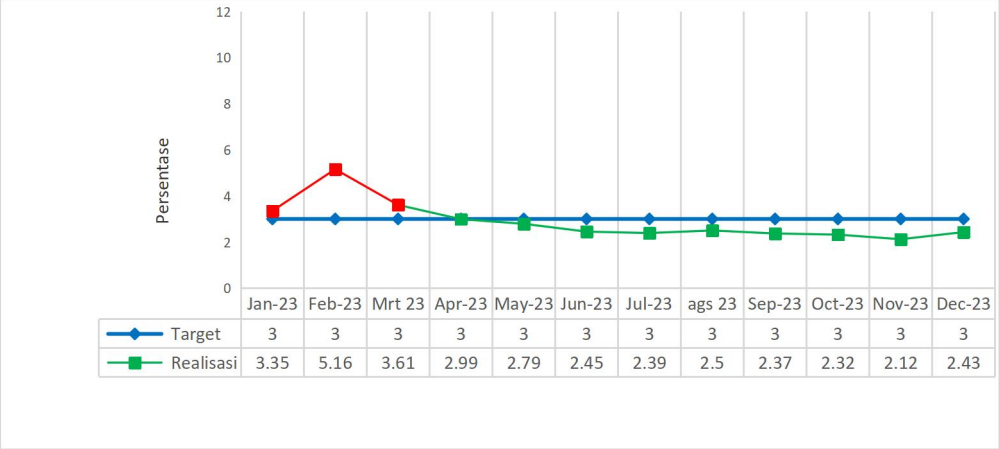
penundaan waktu operasi elektif	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	≤3%	2,27%	2,64%	≤3%
Capaian	-		124,26%		111,96%	111,96%

Penundaan waktu operasi elektif :

- Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan
- Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebi dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan namun tetap dioperasi pada hari yang sama
- Operasi elektif terdiri dari tindakan operasi, endoskopi dan introtekal kemoterapi.

Formula yang digunakan adalah Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi dengan jumlah pasien operasi elektif dikali 100%

Grafik 3.25
Penundaan Waktu Operasi Elektif
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mrt 23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realisasi	3.35	5.16	3.61	2.99	2.79	2.45	2.39	2.5	2.37	2.32	2.12	2.43

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Penundaan waktu operasi elektif:

Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi dengan jumlah pasien operasi elektif dikali 100%= (307/11.624) x 100% =2,64%

Persentase Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 ditargetkan 3%, tercapai 2,64% atau sebesar 111,96%. Progres capaian kinerja dan jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 111,96%.

Langkah strategis perbaikan

1. Pengajuan pembuatan edaran ulang mengenai ketepatan kehadiran DPJP di kamar operasi edaran bahwa Penanggung Jawab OK mengingatkan DPJP bila operasi akan segera dimulai.
2. Pengajuan penambahan alat kesehatan (bor, C-Arm,) yang sering digunakan secara simultan

Analisis kendala/hambatan

1. Keterlambatan kehadiran tim operator/Anestesi, radiographer, perawat
2. Depo Farmasi COT Lt.4 seringkali blm siap untuk operasi pagi
3. Alat C-arm seringkali mengalami kerusakan (KSM tidak konfirmasi sebelumnya bahwa akan menggunakan alat khusus)

Rekomendasi

1. a. Sosialisasi berkala mengenai ketepatan jam operasi pada setiap pertemuan penjadwalan operasi.
   b. Penanggung Jawab OK menghubungi operator/Anestesi untuk mengingatkan bahwa operasi

akan segera dimulai

c. Koordinasi dengan Farmasi COT utk kesiapan obat terutama di COT lt.4

2. a. Menegaskan kembali rencana penggunaan alat pada rapat penjadwalan

b. Pemberitahuan KSM apabila ada kerusakan alat sehingga dapat menyesuaikan penjadwalan

Bukti dukung

Gambar 3.24
Koordinasi dalam rangka Peningkatan Capaian

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
Telepon : (022) 2034953, 2034954 (hunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533
Laman : www.rshs.or.id Pos-el : rsup@rshs.web.id
SMS hotline : 08112335555, Contact Center : 022-2551111, Reservasi Online : reservasi.rshs.or.id, facebook : /rshsbdg, twitter@rshsbdg

NOTA DINAS
NOMOR: UM.01.05/X.1.4.6/015/2022

Yth. : Direktur Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang RSUP Dr. Hasan Sadikin
Dari : Kepala Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Hasan Sadikin
Hal : Permohonan pembuatan edaran
Tanggal : 12 Januari 2022

Sehubungan dengan upaya peningkatan utilisasi kamar operasi dimana ketepatan jam insisi operasi merupakan hal yang sangat penting dan memerlukan kerja sama dari seluruh Tim Operasi. Terkait dengan hal tersebut kami ajukan permohonan pembuatan edaran kepada seluruh KSM terkait tindakan operasi **untuk dapat hadir tepat waktu dan apabila DPJP tidak hadir, tugasnya sebagai Operator dilimpahkan kewenangannya kepada PPDS (Residen), terkait hal tersebut maka PJ Kamar Operasi (Perawat) akan menelpon DPJP apabila ada kendala pada saat intra op dan memanjangnya 1,5x dari perkiraan lama operasi.**

Diharapkan dengan adanya edaran ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan di kamar operasi. Atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

dr. Indriasari, Sp.An., K.I.C., M. Kes.

Tembusan:
Kepala Bidang Pelayanan Medik RSUP Dr. Hasan Sadikin

26. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.27
Capaian Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

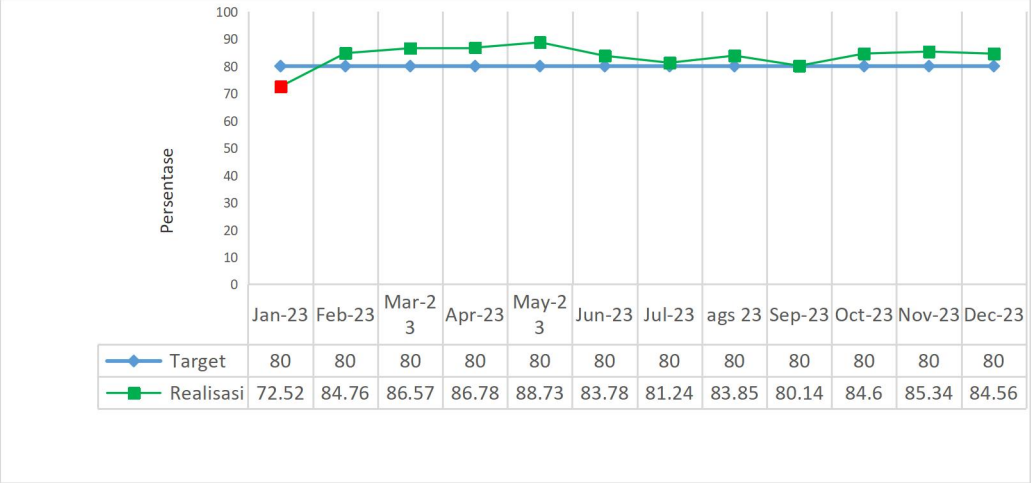
ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	≥ 80%	84,85%	83,46%	≥ 80%
Capaian	-		106,06%		104,32%	104,32%

Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah :

- ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan yaitu mulai 07.30.
- Tenaga medis yang dimaksud adalah doter, doter gigi, doter spesialis dan doter gigi spesialis
- Rumah sakit menetapkan jadwal setiap doter yang memberikan pelayanan di poliklinik.

Formula perhitungan yang digunakan adalah jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%

Grafik 3.26
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	72.52	84.76	86.57	86.78	88.73	83.78	81.24	83.85	80.14	84.6	85.34	84.56

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik :

jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100% = (8.591/10.294)x100% = 83,46%

Persentase Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023 ditargetkan ≥ 80%, tercapai 83,46% atau sebesar 104,32%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 104,32%.

Langkah strategis perbaikan

1. Menerapkan absensi dokter (residen dan DPJP)
2. Melakukan analisis kapasitas klinik
3. Perencanaan penambahan tenaga perawat dan Pengadministrasi Umum
4. Koordinasi dengan SIRS terkait pengaturan kedatangan pasien

Analisis kendala/hambatan

1. Waktu tunggu rawat jalan sampai diperiksa dokter, berhasil mencapai target.
2. Waktu pelayanan pasien tanpa penunjang sampai mendapatkan obat berhasil mencapai target.
3. Ketepatan mulai pelayanan poliklinik berhasil mencapai target

Rekomendasi

1. Melaporkan capaian implementasi waktu mulai pelayanan berdasarkan data absensi dokter ke KSM
2. Koordinasi dengan SIRS/tim EMR tentang variable-variabel yang ditarik untuk perhitungan waktu tunggu
3. Perencanaan pengadaan layar (multimedia) untuk monitor antrian dengan tujuan kenyaman pasien.
4. Percepatan pengaturan kedatangan pasien (clustering system) dan rejection system
5. Implementasi e-prescribing di seluruh klinik
6. Perencanaan penggunaan scan barcode/ sidik jari pasien di setiap titik pelayanan feedback capaian implementasi waktu mulai pelayanan berdasarkan data absensi dokter ke KSM

27. Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

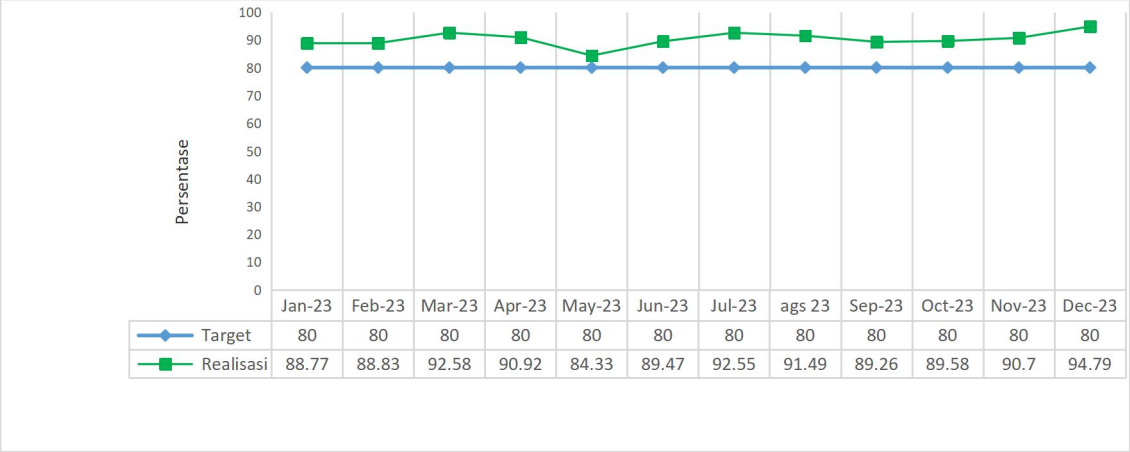
Tabel 3.28
Capaian Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap

Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter untuk pasien rawat inap	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024	Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target	Target
	90%	99,28%	≥80%	91,61%	90,28%	≧80%	≧80%
Capaian	110,31%		114,51%		112,85%	112,85%	112,85%

Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk pasien rawat inap adalah:

- Waktu visite doter adalah waktu kunjungan doter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja
- Visite dilakukan oleh DPJP
- Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul: 06.00 – 12.00.

Grafik 3.27
Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	88.77	88.83	92.58	90.92	84.33	89.47	92.55	91.49	89.26	89.58	90.7	94.79

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap :

Jumlah pasien yang di-visite doter pada pukul 06.00 – 12.00 dibagi dengan jumlah pasien rawat inap dikali dikali 100 = (123.223/136.489) x 100% = 90,28%

Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023 ditargetkan ≥ 80%, realisasi tercapai 90,28% atau capaian sebesar 112,85%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 112,85%.

Langkah strategis

1. Rekap data dari SIRS dengan system elektronik digital
2. Sosialisasi Kepala Ruangan/staff unit dan Pengadministrasi Umum di ruangan
3. Sosialisasi (mengingatkan DPJP) seluruh staff di unit pada waktu visite

Analisis kendala/hambatan:

1. Masih ada DPJP yang belum melakukan visite pasien dan visite kurang dari jam 6

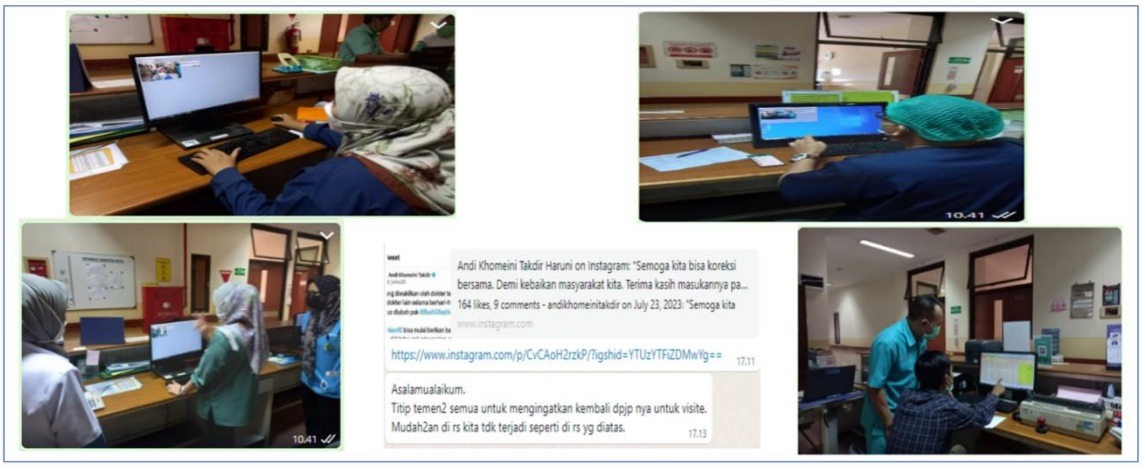
Rekomendasi

1. Membuat surat edaran bahwa visite DPJP tidak dilakukan sebelum jam 06.00 WIB
2. Sosialisasi ulang KSM di ingatkan Kembali bahwa waktu input visite dari jam 06.00 sd jam 12.00
3. Memberikan notifikasi pada whatsapp kepada DPJP ketika pasen nya belum di visite 1 jam sebelum jam 12.00 (belum submit pasien pada sistem absensi sign in)

4. Petugas di ruangan saling mengingatkan apabila ada yang belum diinput visite dpjp Koordinsi SIRS dan tim remun untuk hanya menggunakan salah satu sistem absensi visite DPJP.

Bukti kegiatan

Gambar 3.25
Sosialisasi dan suvervisi kepada petugas PU untuk mengingatkan dan membantu DPJP melakukan absensi visite di ruangan



28. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.29
Capaian Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU

Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	4	4	1
Capaian	-		400%		400%	400%

Tercapainya indikator klinis

disetiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA sesuai target indikator klinis RS vertikal.

Indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA antara lain :

1. Kanker : lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa kompikasi 5 hari. Target > 80%;
2. Jantung : terapi fibrinolotik : “Door to needle” < 30 menit, target > 80%;
3. Stroke : pasien stroke iskemik dengan lenght of stay (LOS) < 7 hari. Target > 80%
4. Uronefrologi : pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1 x 24 jam. Target > 80%
5. KIA : kemampuan menangani BBLSR 1000 gram < 1500 gram. Target > 80%

6. KIA : kejadian kematian ibu karena pre eklampsia/eklampsia di rumah sakit. Target < 30%

Formula perhitungan yang digunakan adalah jumlah indikator klinis layanan prioritas K-J-S-U dan KIA yang mencapai target.

Grafik 3.28
Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU
Periode Tahun 2023

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU:

Jumlah indikator klinis layanan prioritas K-J-S-U dan KIA yang mencapai target.= 4

Persentase Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023 ditargetkan 1, tercapai 4 atau sebesar 400%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 400%.

Langkah strategis perbaikan

1. Evaluasi lanjutan dan Focused Group discussion untuk layanan dengan capaian indikator klinis yang belum tercapai . Pada terapi fibrinolitik dan penanganan BBLSR

Analisis kendala/hambatan

Terapi Fibrinolitik

1. Belum optimalnya unit Code STEMI
2. Finalisasi dalam alur pelayanan Code STEMI, SDM yang bertugas, Sarana dan Prasarana, Obat yang berkeliling.

Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 - <1500 gr

3. Insidensi kelahiran bayi sangat premature < 1000 gram bertambah, terdapat pemasangan vinyl yang diusulkan di tahun 2000 dan baru terealisasi di tahun 2023 sehingga kurangnya mitigasi risiko

Rekomendasi

Terapi Fibrinolitik

1. Memperpendek alur pelayanan dengan cara penanganan langsung oleh Tim Chest Pain
2. Finalisasi dan Operasional alur Code STEMI mulai tanggal 16 Oktober 2023
3. Melakukan sosialisasi kepada para DPJP dan Tim Chest Pain untuk pelayanan Door to Needle < 30 menit.

Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 - <1500 gr

4. Menambah fasilitas pelayanan neonatal prematur terutama utk berat <1000 gram

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

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.30
Capaian Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai Standar

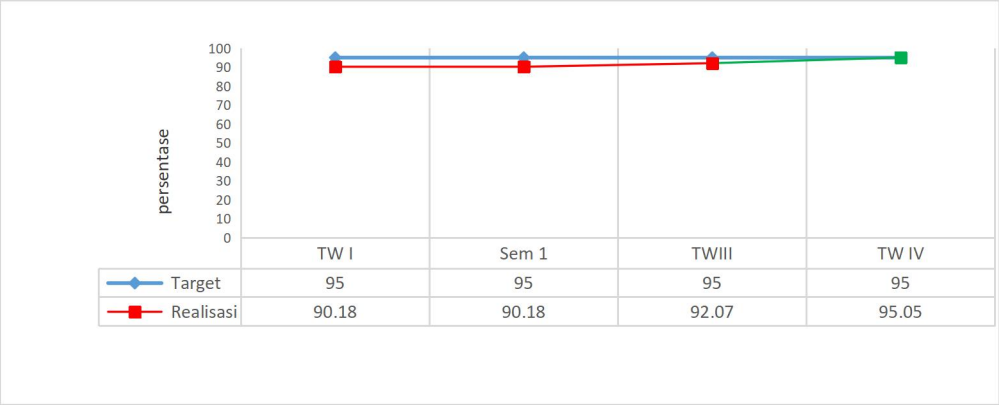
Presentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan alat (SPA Rumah Sakit Sesuai Standar	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	95%	95,05%	95,05%	95%
Capaian	-		100,05%		100,05%	100,05%

Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar adalah rerata persen pemenuhan SPA yang dimiliki sesuai dengan Permenkes 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perijinan rumah sakit (sesuai aplikasi ASPAK) dan persen kalibrasi prasaranan dan alkesnya.

Formula perhitungan yang digunakan adalah Persen pemenuhan [Jumlah sarana (S), Prasarana(P), dan Alat Kesehatan (A) di RS] ditambah Persen Prasarana dan Alkes (Jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi) dibagi 2

Periode Analisis dan Pelaporan Data setiap semester

Grafik 3.29
Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar:

Persen pemenuhan [Jumlah sarana (S), Prasarana(P), dan Alat Kesehatan (A) di RS] ditambah Persen Prasarana dan Alkes (Jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi) dibagi 2 = 93,32%

Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) rumah sakit sesuai standar Tahun 2023 ditargetkan 95%, triwulan III tercapai 92,07% atau sebesar 96,91%. Progres capaian kinerja tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 96,91%.

Langkah strategis perbaikan

1. Mendata alat di ruangan
2. *Update* (melengkapi) data pada aplikasi ASPAK, antara lain meliputi:
   - Nomor Izin Edar
   - Distributor Alat
   - Tahun Pengadaan
3. Melakukan konsultasi ke Dit Fasyankes terkait kamus indikator

Analisis kendala/hambatan

1. Terdapat alat dalam ASPAK yg tidak digunakan di RSHS, contoh office histeroscopy (Poli Kebidanan), set aspirasi sumsum tulang belakang (Ruang Bedah Saraf), astograph (R. Tindakan Sp. Paru & Pernafasan)
2. Peralatan mata di RSHS hanya peralatan standar

3. Nama Ruangan yang berbeda antara Aspak & RSHS
4. Adanya data instrument dan alat yg tidak termasuk alkes di ASPAK, contoh
   - Lemari obat kaca (poli kebidanan)
   - Trocar (R. Bedah Saraf)
   - Set punksi lumbal (R. Tindakan Sp. Bedah Saraf)

Rekomendasi

1. Pendataan langsung ke ruangan
2. Melakukan input data alat-alat baru pengadaan 2023
3. Melengkapi data tahun pengadaan dan izin edar

30. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.31
Capaian Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)

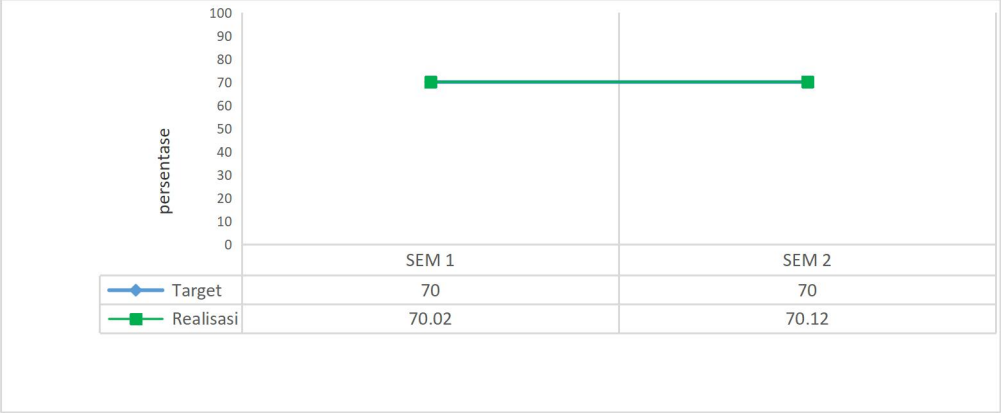
Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)	Tahun 2022		TW IV 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	70%	70,14%	70%	70,12%	70,12%	70%
Capaian	100,20%		100,17%		100,17%	100,17%

Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana adalah Tingkat pemenuhan persyaratan teknis sarana dan prasarana sesuai Permenkes no. 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.

Formula perhitungan yang digunakan yaitu Jumlah fungsi ruang yang memenuhi parameter persyaratan teknis sesuai standar dibagi Jumlah seluruh fungsi ruang yang diukur sesuai standar dikali 100%

Periode Analisis dan Pelaporan Data setiap semester

Grafik 3.30
Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana :

= Jumlah fungsi ruang yang memenuhi parameter persyaratan teknis sesuai standar dibagi Jumlah seluruh fungsi ruang yang diukur sesuai standar dikali 100% = 70,12%

Capaian persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP) pada tahun 2023 ditargetkan 70%, realisasi sebesar 70,12% atau capaian 100,17%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah tahun 2024 100,17%.

Langkah strategis perbaikan

1. Melakukan pemantauan kondisi sarana dan prasarana rumah sakit
2. Melakukan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit
3. Melakukan pemeliharaan sarana dan prasarana secara periodic (preventif)

Analisis kendala/hambatan:

1. Masih terdapat bangunan yang belum mengalami perubahan atau pembaharuan sesuai dengan Permenkes no.40 tahun 2022
2. Ketersediaan suku cadang yang terbatas atau tidak tersedia di gudang
3. Keterbatasan jumlah dan keterampilan SDM
4. Keterbatasan alat kerja

Rekomendasi

1. Merencanakan renovasi bangunan-bangunan mengacu kepada Permenkes no.40 tahun 2022 (tata letak toilet, railling, ventilasi, penerangan, tata udara, bukaan pintu toilet dll)

2. Perencanaan pengadaan suku cadang diadakan di awal tahun
3. Perencanaan penambahan SDM dan pelatihan/pendidikan formal bagi SDM
4. Perencanaan pengadaan alat kerja

31. Persentase Peralatan Medis dan Non Medis yang Memenuhi Standar Kehandalan Alat (OEE)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3. 32
Capaian Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	79%	85,71%	80%	76,79%	80,17%	81%
Capaian	108,50%		95,98%		100,22%	98,89%

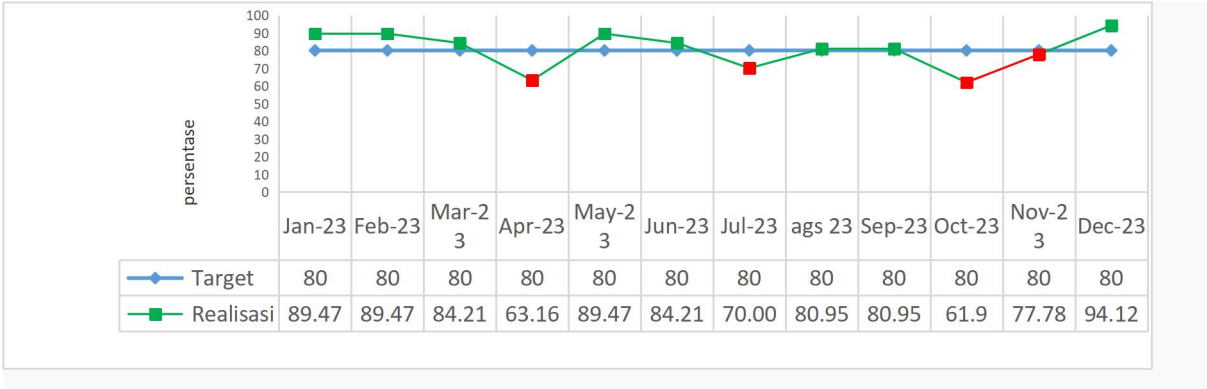
Kehandalan peralatan medis dan non medis (*Overall Equipment Effectiveness* – OEE) adalah Keandalan peralatan medis dan non medis (Overall Equipment Effectiveness – OEE) adalah nilai ratarata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu: ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses.

Ketersediaan (Ke, availability): adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam rentang waktu yang telah ditentukan Kinerja (Ki, performance): adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi. Kualitas (Ku, quality): adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar

Formula yang digunakan adalah :

OEE per alat = (Ke x Ki x Ku) x 100%Persentase Keandalan Peralatan Medis danNon-Medis (OEE) = Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100% dibagi jumlah alat yangdihitung nilai OEE nya

Grafik 3.31
Persentase Kehandalan Peralatan Medis dan non Medis
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Realisasi	89.47	89.47	84.21	63.16	89.47	84.21	70.00	80.95	80.95	61.9	77.78	94.12

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan kehandalan peralatan medis dan non medis :

er alat = (Ke x Ki x Ku) x 100%Persentase Keandalan Peralatan Medis danNon-Medis (OEE) = Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100% dibagi jumlah alat yangdihitung nilai OEE nya = 186/232 = 80,17%

Capaian kehandalan peralatan medis dan non medis pada tahun 2023 ditargetkan 80%, realisasi 80,17% atau sebesar 100,22%. Terdapat penurunan capaian Tahun 2023 dibanding Tahun 2022 yaitu sebesar 8,28%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 98,89%.

Langkah strategis

1. Melakukan perbaikan sebaik dan secepat mungkin.
2. Melakukan pemeliharaan alat secara periodik

Analisis kendala/hambatan:

1. Alat belum dipakai secara maksimal
2. Alat digunakan dengan tujuan khusus sehingga utilitasnya rendah.
3. Alat kesehatan tertentu memerlukan prosedur operasional yang lama
4. Kunjungan pasien beberapa alat sedikit/menurun
5. Peralatan yang dihitung OEE nya, tidak semua dilakukan kontrak service (8 alat = 38%)

Rekomendasi

1. Peralatan medis dan non medis yang dihitung OEE nya yang mengalami kerusakan harus menjadi prioritas perbaikan sehingga dapat mengurangi downtime losses yang terlalu lama.
2. Untuk peralatan yang tidak dapat dimaksimalkan karena usia (umur teknis) alat, namun utilitasnya relatif tinggi, perlu direncanakan penggantian sehingga dapat mengoptimalkan tingkat keandalan alat.
3. Mengusulkan kegiatan kontrak service peralatan lainnya (13 alat).
4. Promosi pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kunjungan pasien RSHS

32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.33
Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Target
Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	84	73,60%	80	80,33%	80,33	82
Capaian	92%		100,41%		100,41%	97,96%

Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu.

Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi:

1. Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS
2. Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS
3. Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS
4. Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS
5. Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS
6. Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS
7. Kepuasan terhadap Reward/ kompensasi di RSHS

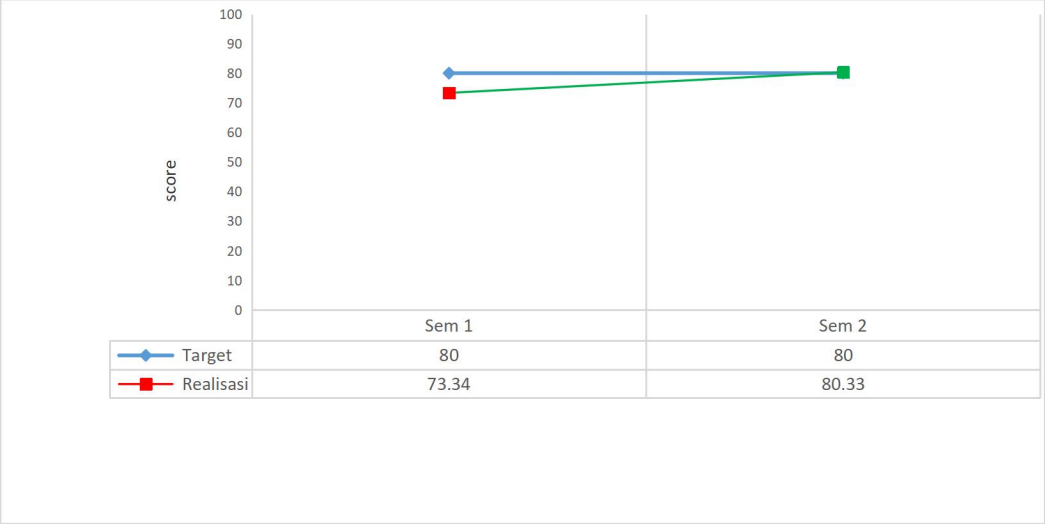
Data dan informasi diperoleh dari quesioner yang diisi oleh pegawai RSHS sesuai kriteria inklusi. Analisis dilakukan dengan menginterpretasikan pernyataan dari pegawai

PNS dan non PNS. Dijelaskan juga bahwa masing-masing indikator ada rentang nilai yang harus dipilih oleh responden. Kemudian bagaimana menghitung nilai yg diperoleh dan nilai maksimal.

Metode sampling :

- Stratified-clustered random sampling
    - Margin of error: 0,05
    - Derajat konfidensi: 0,95
    - Banyak Strata: 4 jenis pekerjaan
    - Banyak klaster: 52 sub jenis pekerjaan
    - Banyak unit sampel: 2760 pegawai
- Ukuran sampel minimum: 281 pegawai
- Ukuran sampel: 400 pegawai

Grafik 3.32
Pengukuran Kepuasan Pegawai Periode Tahun 2023



Survei kepuasan pegawai dilaksanakan setiap semester, kinerja pada Tahun 2023 adalah tindak lanjut dari temuan survei pada Semester I tahun 2023.

Strategi peningkatan kualitas kerja:

1. Kemampuan pegawai
2. Penghargaan/kompensasi
3. Interaksi pimpinan
4. Pengembangan karir
5. Keselamatan pasien

Capaian/kondisi yang dicapai:

Survei kepuasan pegawai pada Tahun 2023 ditargetkan 80, realisasi 76,8 atau capaian sebesar 96%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 93,66%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Kemampuan pegawai

- Perawat, Nakes Lainnya, Dokter Spesialis, Tenaga Strategis
- Dengan meningkatkan pelatihan service excellent untuk seluruh pegawai, pelatihan kompetensi teknis, mempermudah proses ijin Fellowship, mengadakan studi banding,

2.Penghargaan/Kompensasi

- Perawat, Nakes Lainnya, Dokter Umum, dokter Spesialis, T Administrasi
- Perencanaan usulan peningkatan gaji secara berkala bagi tenaga Non PNS, Penyempurnaan Perhitungan insentif bagi pegawai yang langsung ke pelayanan berupa variable pay dimana pembayaran berupa FFS bagi dokter dan bagi Perawat / nakes lain berdasarkan pendapatan unit kerja, menyempurnakan perhitungan insentif kinerja, Perbaikan sistim penilaian capaian pelaksanaan pekerjaan, intens dalam mensosialisasikan setiap perubahan, memberikan feedback atas usulan dan konfirmasi yang masuk ke Tim Kerja OSDM sesuai hasil verifikasi.

3.Interaksi Pimpinan

- Perawat, Nakes Lainnya, Dokter Spesialis, Tenaga Administrasi
- Membuka seluas-luasnya komunikasi dengan pimpinan, pimpinan melakukan pemantauan pekerjaan ke lapangan, optimalisasi rapat koornisasi antar pimpinan dan unit terkait serta seluruh unit kerja

4. Pengembangan karir

- Perawat, Nakes Lainnya, Dokter Spesialis, Dokter Umum
- Membuka seluas-luasnya kesempatan untuk mengembangkan kompetensi melalui program Tubel dan tugas belajar mandiri, serta pelatihan. Dan memfasilitasi pegawai untuk mengikuti ajang lomba nakes dan ASN berprestasi tingkat nasional

5. Keselamatan-Kesehatan

- Perawat, Nakes Lainnya, Dokter Spesialis

- Optimalisasi dalam penentuan jenis pemeriksaan kesehatan, sehingga dengan anggaran yang ada dapat meningkatkan kuantitas pegawai untuk mendapatkan program pemeriksaan Kesehatan,

Analisis kendala/hambatan:

1. Masih belum optimalnya metoda pelatihan service excellent yang diberikan
2. Belum optimalnya untuk besaran gaji khususnya Non PNS dan belum optimalnya sistem perhitungan tunjangan
3. Belum optimalnya penyajian informasi data pada aplikasi e remunerasi khususnya untuk dokter spesialis jumlah pelayanan dan jumlah nominal insentif yang ditampilkan pada dashboard masih yang belum terverifikasi.
4. Belum optimal dalam pengembangan aplikasi e remunerasi
5. Belum optimalnya interaksi social secara langsung
6. Pendidikan kepemimpinan masih belum optimal
7. Belum optimalnya dalam penetapan pemberian ijin tugas belajar mandiri
8. Masih berdasarkan seniodirasakan oleh pegawai bahwa untuk melanjutkan Pendidikan masih berdasarkan senioritas
9. Belum seluruh pegawai mendapatkan program pemeriksaan kesehatan, saat ini masih terbatas pada pegawai di area kritis.
10. Belum terlaksananya program vaksin bagi seluruh pegawai

Rekomendasi

1. Optimalisasi dan sosialisasi aplikasi penilaian service excellent bagi pegawai dari pelanggan
2. Menentukan skala prioritas untuk pelatihan service excellent
3. Mengembangkan aplikasi penilaian service excellent pada gadget masing masing pegawai sehingga pelanggan dapat langsung memberikan penilaian
4. Melakukan evaluasi secara berkala atas capaian pelaksanaan pekerjaan pegawai dan memberikan feedback hasil pekerjaan.
5. Menyempurnakan aplikasi E Remunerasi
6. Koordinasi dengan unit terkait
7. Menyelenggarakan pelatihan management kepemimpinan
8. Melakukan koordinasi secara berkala dengan unit terkait dan peer group
9. Melakukan kajian atas usulan tugas belajar
10. Membentuk tim seleksi tugas belajar mandiri

11. Pengusulan dan pelaksanaan program vaksin infulensa dan pemeriksaan Kesehatan pegawai pada risiko rendah

12.

Bukti Kegiatan

Gambar 3.26

Rapat Koordinasi dalam rangka Perbaikan system tunjangan dan gaji

PERBAIKAN SISTEM TUNJANGAN DAN GAJI

1. Kegiatan Rapat Tentang Pelayanan Eksekutif

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
Telepon: (022) 2034953, 2034954 (hunting) Faksimile: (022) 2032033, 2032533
Laman: www.rsha.co.id Pos-el: rsup@rsha.web.id
SMS hotline: 081123555, Contact Center: 022-2551111
Reservasi Online: reservasi.rsha.co.id, facebook: /rshabdg, twitter:@rshabdg

Nomor : UM.01.01/D.XIV.4.3.1/17514/2023 6 September 2023
Hal : Undangan

Yth.
1. Direksi
2. Seluruh Kepala KSM
3. Tim Remunerasi
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Dengan ini kami mengharapkan kehadiran Bapak/Ibu/Saudara pada pertemuan Sosialisasi Remunerasi Pelayanan Poliklinik *Executive*, yang akan dilaksanakan

pada hari, tanggal : Kamis, 7 September 2023
pukul : 08:30—selesai
tempat : Ruang Sidang RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Atas kehadiran Bapak/Ibu/Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Direktur Utama,

Dr. dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD

- Kesepakatan pembayaran jasa pelayanan *executive* tanggal 10 pada setiap bulanya, dengan tahapan :

No	Tahapan	Tanggal Pelaksanaan
1	Penarikan data pelayanan *executive*	1 s.d 5
2	Verifikasi data pelayanan *executive*	6 s.d 7
3	Pleno pembayaran pelayanan *executive*	8
4	Usulan Pembayaran	9
5	Pembayaran	10

2. Penyempurnaan Sistem Aplikasi Eremunerasi dalam Upaya Transpanransi

*** baa ***
D133 - KSM ILMU BEDAH
GENERATE LINK SPT PAJAK

Bulan

Rekapitulasi Kinerja
Pelayanan Medis - **Eksekutif** : OCTOBER - 2023
** Informasi berikut belum memperhitungkan Pajak Progresif dan status pembayaran pasien

Masukan Keyword Pencarian Anda — 5 baris

LOKASI PELAYANAN	TANGGAL PELAYANAN	NOMOR MEDREC	NAMA PASIEN	CARA BAYAR	TANGGAL LAHIR	TINDAKAN PELAYANAN	JASA PELAYANAN
POLI SPESIALIS	02-OCT-23	0001702100	MIRTHA WIDIARTY, NY	UMUM	08-MAY-78	TNJM889 - Pemks. & Konsultasi Sub Spesialis	Rp. 175.000
POLI SPESIALIS	02-OCT-23	0001880480	RASMAN SITORUS	UMUM	15-NOV-65	TNJM889 - Pemks. & Konsultasi Sub Spesialis	Rp. 175.000
POLI SPESIALIS	02-OCT-23	0002007119	LILIS ROHAENI	UMUM	27-APR-74	TNJM889 - Pemks. & Konsultasi Sub Spesialis	Rp. 175.000
POLI SPESIALIS	02-OCT-23	0002176216	AI FITRI KAPISYA	UMUM	30-MAR-95	TNJM889 - Pemks. & Konsultasi Sub Spesialis	Rp. 175.000
POLI SPESIALIS	02-OCT-23	0002176316	AI FITRI KAPISYA	UMUM	30-MAR-95	TNJM842 - Gandi Balutan Sedang	Rp. 100.000

Rekapitulasi Kinerja
Pelayanan Medis - **BPJS** : OCTOBER - 2023

Masukan Keyword Pencarian Anda — 5 baris

INSTALASI	TOTAL SEP TERBIT	TOTAL RESUME/SBPK VERIF	TOTAL RESUME/SBPK BELUM	TOTAL RESUME/SBPK KONFIRMASI	EKLAIM
IRJ	92	47	45	0	Detail
IRD	17	0	17	0	Detail

33. Jumlah Keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.34

Capaian Jumlah Lean Project yang terlaksana

Jumlah *Lean Project* yang terlaksana	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	4	4	4	4	4	4
Capaian	100%		100%		100%	100%

Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun. Lean project 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. Formula yang digunakan adalah menghitung jumlah keberhasilan lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis.

Penetapan *lean project* didasarkan pada:

- Tersedia sumber daya
- Prioritas masalah untuk ditingkatkan perbaikannya
- Memberikan nilai tambah baik untuk pasien maupun RSHS
- Menghilangkan atau memotong pemborosan proses Perbaikan berkelanjutan

Lean Project yang terlaksana Tahun 2023:

1. Peningkatan Efisiensi biaya layanan diruang tindakan IGD melalui pembukaan ruang transit IGD (Direktorat Medik dan Keperawatan)
2. Penyediaan Air Minum dengan Teknologi Reserve Osmosis (Direktorat Layanan Operasional)
3. Pembukaan Tagihan Terintegrasi (Aplikasi Sistem Akuntansi Utang Rumah Sakit Serapan Penuh/SAUR SEPUH) (Direktorat Perencanaan dan Keuangan)
4. Pengembangan website system informasi dan pendaftaran Pendidikan dan pelatihan Terpadu (SIPINTER) (Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian)

Grafik 3.33
Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana
Periode Tahun 2023

Capaian/kondisi yang dicapai:

Jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis = 4 Lean Project

Capaian jumlah lean project yang terlaksana pada tahun 2023 ditargetkan 4 project, realisasi sebanyak 4 project atau capaian 100%. Terdapat persamaan capaian dengan Tahun 2022 sebesar 100%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Melakukan monev progress pencapaian target dari masing-masing lean project
2. Memberikan pendampingan ke unit pelaksana project oleh Tim Lean Projec

<u>Penyediaan Air Minum dengan Teknologi Reserve Osmosis yang aman dan sehat:</u>

1. Sosialisasi dan edukasi konsumsi air minum RO (konsumen CS dan supir, pegawai R. Asnawati, Fresia lt. 3, eco enzym)
2. Menyediakan galon 15 buah untuk uji coba konsumsi air minum RO oleh unit kerja.
3. Pemantauan kualitas air minum secara kimiawi (TDS dan pH)

<u>Pembukaan Tagihan Terintegrasi (Aplikasi Sistem Akuntansi Utang Rumah Sakit Serapan Penuh/SAUR SEPUH):</u>

Per 31 Desember 2023 Target project tercapai sesuai yang di harapkan yaitu:

1. Pendetailan data per item barang selesai di Triwulan III 2023
2. Perdetailan data per jenis barang selesai di Triwulan III 2023
3. Tracking Berkas Tagihan Vendor selesai di Triwulan III 2023
4. Saldo Utang selesai di TW III 2023
5. Capaian Realisasi IP, SPK dan BA selesai di Triwulan III 2023
6. Interkoneksi dengan Aplikasi SAKTI selesai Uji Coba pada TWriwulan IV 2023

<u>Peningkatan Efisiensi biaya layanan diruang tindakan IGD melalui pembukaan ruang transit IGD:</u>

1. Persiapan administrative pembukaan R. Transit IGD
   Tahap persiapan administrative dilaksanakan sejak minggu kedua bulan Maret hingga awal Juni 2023. Kegiatan yang dilakukan berupa rangkaian rapat koordinasi antara IGD, Bidang Medik, Penunjang, Instalasi Rekam 7 Medis, SIRS, Akuntansi, dan unit terkait

lainnya. Dilakukan juga kunjungan lapangan agar dapat memberikan gambaran yang sama mengenai R. Transit untuk seluruh unit yang terlibat

2. Persiapan sarana dan prasarana R. Transit IGD
   Tahap kedua adalah mempersiapkan sarana dan prasarana yang dibutuhkan di R. Transit IGD. Kegiatan ini berlangsung sejak bulan April hingga Juni 2023. Dilakukan identifikasi kebutuhan sarana dan prasarana serta sumber pemenuhannya. Kebutuhan bed dan alat medis akan menggunakan inventaris yang tersedia di IGD.
3. Mengukur indikator keberhasilan proyek, yaitu peningkatan POBO IGD Setelah R. Transit beroperasi dengan berkoordinasi dengan bagian Akuntansi untuk menyediakan data POBO IGD sejak berfungsinya R. Transit IGD.
4. Melakukan monitoring dan evaluasi keberhasilan proyek

Pengembangan website system informasi dan pendaftaran Pendidikan dan pelatihan Terpadu (SIPINTER)

1. Persiapan Pengembangan website system informasi dan pendaftaran Pendidikan dan pelatihan Terpadu (SIPINTER)

Analisis kendala/hambatan:

Penyediaan Air Minum dengan Teknologi Reserve Osmosis yang aman dan sehat:

1. Pemeriksaan kualitas air minum RO secara bakteriologi setiap bulan baru terealisasi bulan September 2023.
2. Kekurangan galon food grade untuk memenuhi permintaan dari unit kerja.
3. Maintenance rutin dengan IPSRS belum terjadwal secara rutin.
4. Belum terkoordinasinya tupoksi masing-masing unit kerja dalam system pengelolaan RO di Gizi :
5. IKL : pemantauan kualitas air
6. GIZI : User dan pendistribusian
7. IPSRS : pemeliharaan sarana
8. Sumber air baku yang khusus untuk RO belum tersedia

Pembukaan Tagihan Terintegrasi (Aplikasi Sistem Akuntansi Utang Rumah Sakit Serapan Penuh/SAUR SEPUH):

1. Mekanisme pelaksanaan penerimaan barang belum sepenuhnya mengakomodir kejadian dilapangan, sehingga perlu penyesuaian khusus dalam applikasi
2. Mekanisme pelaksanaan penerimaan barang belum sepenuhnya penjelaskan pembagian pekerjaan.
3. Masih terdapat Praktek pengadaan yang tidak sesuai ketentuan disebabkan kondisi darurat sehingga mengharuskan penyesuaian dalam applikasi (Uncontrolable).

Peningkatan Efisiensi biaya layanan diruang tindakan IGD melalui pembukaan ruang transit IGD:

1. Dukungan KSM/DPJP Kurangnya pemahaman mengenai indicator pelayanan IGD, yaitu LOS pasien $\leq$ 4 jam.
2. Keterbatasan rawat inap termasuk semiintensif/intensif
   Ruang rawat inap definitive (termasuk semiintensif dan intensif) yang penuh menyebabkan pasien yang ada di R. Transit tidak dapat dimobilisasi. Kondisi ini mengakibatkan pasien-pasien IGD yang sudah diputuskan rawat tidak dapat dipindahkan ke R. Transit. Pada akhirnya hal ini menyebabkan Length of Stay pasien IGD memanjang.
3. Keterbatasan SDM (perawat, penata jasa)
   Jumlah perawat tidak sesuai beban kerja. Tidak ada penata jasa yang khusus mengurus kelengkapan berkas klaim
4. Keterbatasan sarana dan prasarana
   Saat awal operasionalisasi R. Transit pemenuhan alat kesehatan memanfaatkan alat-alat Kesehatan yang ada di IGD. Sebagian alat yang digunakan tidak sesuai standar.

5. Pencatatan yang masih manual
   Pencatatan data pasien masih dilakukan secara manual menggunakan Google Sheet, sehingga penginputan data tidak seragam, data kurang lengkap, terjadi kesalahan input data dan keamanan data tidak terjamin.

Rekomendasi:

Penyediaan Air Minum dengan Teknologi Reserve Osmosis yang aman dan sehat**:**

1. Penetapan swakelola pengambilan dan pemeriksaan sampel air dengan PDAM.
2. Pengadaan segera galon food grade.
3. Melakukan koordinasi dengan Gizi, IPSRS, SDM untuk merealisasikan tupoksi masing-masing unit

Pembukaan Tagihan Terintegrasi (Aplikasi Sistem Akuntansi Utang Rumah Sakit Serapan Penuh/SAUR SEPUH):

1. Perlu dikembangkan untuk penyusunan SPK berdasarkan format/ templete dalam applikasi
2. Perlu dikembangkan untuk verifikasi terintegrasi
3. Perlu dikembangkan Anggaran
4. Keberhasilan Applikasi ini tergantung dari kedisiplinan user pengguna, diharapkan semua yang terkait dapat penyikapi penggunaan applikasi ini sebagaimana mestinya

Peningkatan Efisiensi biaya layanan diruang tindakan IGD melalui pembukaan ruang transit IGD:

1. Dukungan KSM/DPJP
   - Sosialisasikan dengan intensif kepada KSM/DPJP mengenai indikator pelayanan IGD, khususnya tentang LOS pasien $\leq$ 4 jam.
   - Lakukan pelatihan atau workshop untuk meningkatkan pemahaman mereka terhadap pentingnya mencapai target LOS dan manfaatnya bagi pasien.
2. Keterbatasan Rawat Inap (termasuk semiintensif/intensif)
   - Identifikasi solusi jangka pendek seperti peningkatan koordinasi dengan unit rawat inap untuk memastikan pasien yang sudah diputuskan rawat segera dipindahkan dari R. Transit.
   - Evaluasi kebutuhan kapasitas rawat inap dan pertimbangkan untuk pengembangan ruang rawat inap yang baru

34. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

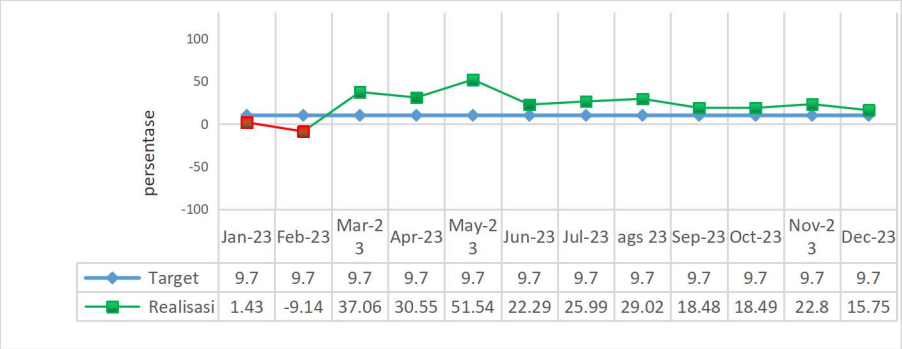
Tabel 3.35
Capaian Pertumbuhan pendapatan pertahun

Pertumbuhan Pendapatan pertahun	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	2%	-4,91%	9,7%	15,75%	15,75%	4%
Capaian	-245,65%		162,41%		162,41%	393,75%

Pertumbuhan pendapatan pertahun merupakan persentase dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. Pendapatan PNBP

merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secra langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM. Formula perhitungan yang dipergunakan adalah {(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) dibagi pendapatan tahun lalu)} di kali 100%

Grafik 3.34
Pertumbuhan Pendapatan Pertahun
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7
Realisasi	1.43	-9.14	37.06	30.55	51.54	22.29	25.99	29.02	18.48	18.49	22.8	15.75

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan pendapatan pertahun :

= [(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) dibagi (pendapatan tahun lalu**)]** di kali 100%
= (129.066.880.408/819.298.993.511) x 100%
= 15,75%

Capaian pendapatan pertahun pada tahun 2023 ditargetkan 9,7%, realisasi 15,75% atau sebesar 162,41%. Capaian pertumbuhan pendapatan pertahun pada Tahun 2023 mengalami kenaikan dibanding tahun 2022 sebesar 408,06%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 393,75%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Revitalisasi sarana ruang
2. Pemenuhan alat Kesehatan
3. Pembayaran Jasa Pelayanan kepada Dokter berupa pembayaran *Fee for service* H+1
4. Kegiatan promosi melalui media social

Analisis kendala/hambatan:

1. Jumlah penerimaan dari pasien umum masih dibawah 10%
2. Utilisasi alat, sarana belum digunakan secara optimal
3. Promosi melalui media sosial belum optimal

Rekomendasi

1. Sosialisasi kepada para dokter
2. Optimlaisasi promosi pelayanan di media social
3. Kerjasama dengan instansi lain terkait pelayanan di RSHS

35. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.36
Capaian Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	90%	91,51%	95%	95,82%	95,82%	97,5%
Capaian	101,68%		100,86%		100,86%	98,27%

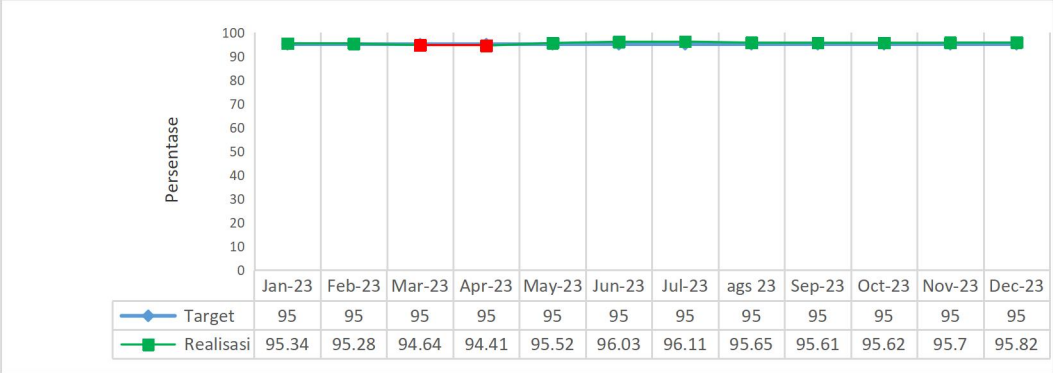
Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim adalah :

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 menjalai rawat inap di RSHS

Jumlah SEP pasien rawat inap : adalah jumlah SEP pasien yang menjalani rawat inap RSHS.

Formula yang digunakan adalah {[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100

Grafik 3.35
Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Realisasi	95.34	95.28	94.64	94.41	95.52	96.03	96.11	95.65	95.61	95.62	95.7	95.82

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan berkas pasien BPJS layak klaim :

{[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100 = (399.949/417.410) x 100% = 95,82%

Capaian Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 95%, realisasi mencapai 95,82% atau capaian sebesar 100,86%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 98.27%.

Langkah strategis:

1. Membuat kajian / pemetaan masalah.
2. Meningkatkan kerja sama dengan unit terkait (Instl. Ranap, Instalasi Rajal, Instalasi Rekam Medis, Unit Penunjang)
3. Roadshow ke KSM Bersama tim Coder untuk sosialisasi perbaikan kualitas isi rekam medis untuk perbaikan kualitas klaim.
4. Koordinasi dengan unit terkait untuk pelaksanaan e-klaim
5. Koordinasi dengan petugas Pengadministrasi Umum
6. Koordinasi dengan KSM untuk melengkapi e-RM dan e-klaim

Analisis kendala/hambatan:

Hambatan internal

1. Pengembalian Berkas Rekam Medis ranap belum sesuai yang diharapkan
2. Kelengkapan SBPK dan Validasi klaim rajal belum segera setelah pelayanan selesai
3. Lama waktu tunggu pemeriksaan penunjang yang cukup lama (lebih dari 1 hari), sehingga validasi juga tertunda.
4. Kurang tenaga pengadministrasi umum di rawat jalan.
5. Kemampuan tenaga Pengadministrasi Umum yang tidak seragam di rawat jalan maupun rawat inap.
6. Sistem e-klaim belum disuport perangkat yang memadai sehingga pengerjaan belum bisa lebih cepat.

Hambatan eksternal

1. Perubahan system verifikasi mempengaruhi jumlah berkas yang pending
2. Perubahan verifikator menyebabkan perubahan kebijakan
3. Masih terjadi ketidaksepakatan dalam penentuan coding diagnose maupun Tindakan (dispute)

Rekomendasi

1. Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait agar proses klaim lebih cepat.
2. Merencanakan penambahan SDM PU dengan kompetensi yang memadai.
3. Perenacanaan penggantian perangkat agar lebih memadai untuk proses e-klaim.
4. Penyempurnaan e-MR dan e-Klaim berdasarkan usulan unit terkait.
5. Meningkatkan koordinasi dengan verifikator BPJS

Bukti Dukung

Gambar 3. 27
Kegiatan penyelesaian berkas klaim BPJS

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

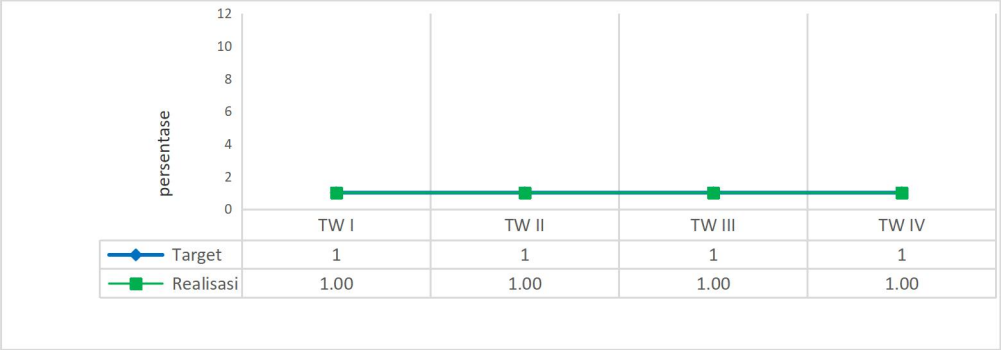
Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.37
Capaian Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit Sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	1	1	1	1
Capaian	-		100%		100%	100%

Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai rencana bisnis anggaran adalah pelayanan unggulan rawat jalan di RS vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RS vertikal.

Grafik 3.36
Persentase Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik Eksekutif di Rumah Sakit Sesuai Rencana Bisnis Anggaran
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai rencana bisnis anggaran:

Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran = 1

Capaian Persentase Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai rencana bisnis anggaran pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 1, realisasi sebesar 1 atau capaian sebesar 100%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Langkah strategis perbaikan:

Perencanaan renovasi Gedung, perbaikan sarpras (ruang konsultasi, ruang suntik, ruang rawat inap, ruang pengambilan sampel darah, ruang tunggu pasien) untuk layanan eksekutif

Analisis kendala/hambatan:

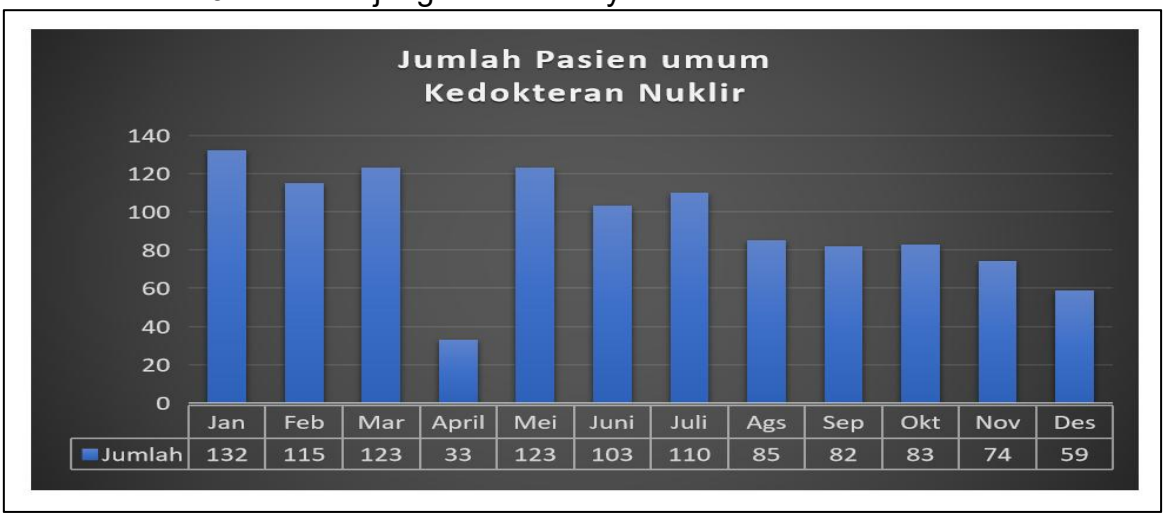
Pelayanan Kedokteran Nuklir Poliklinik Eksekutif menggunakan sarana yang sama dengan pasien lainnya, tidak mempunyai fasilitas khusus

Rekomendasi:

Renovasi Gedung untuk ruangan klinik eksekutif di Gedung kedokteran nuklir dalam upaya pelayanan one stop service pelayanan kedokteran nuklir

Bukti kegiatan

Gambar 3. 28
Jumlah kunjungan dan Pelayanan Kedokteran Nuklir



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

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.38
Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif

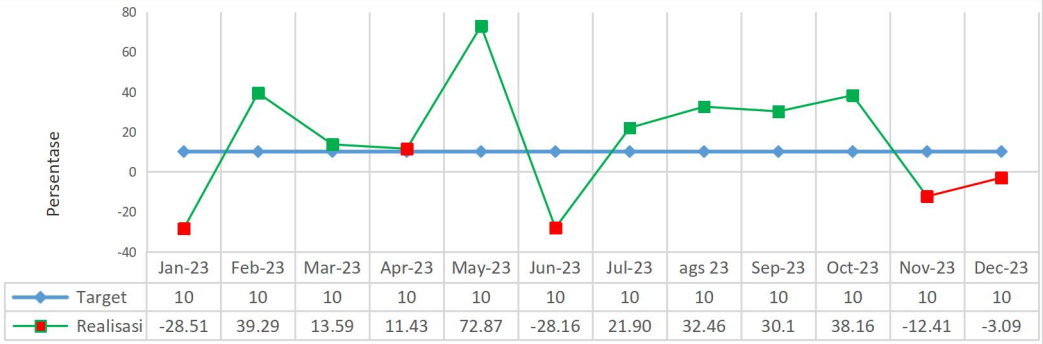
	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
Persentase Peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif	-	-	10%	5,84%	10,01%	10%
Capaian	-		58,41%		100,14%	100,14%

Presentase Peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif:

- Pasien non BPJS adalah pasien yang berkunjung di klinik unggulan eksekutif dengan cara pembayaran selain menggunakan BPJS.
- Klinik Unggulan Eksekutif meliputi klinik spesialis pagi sore, medical check up, estetika, klinik kedokteran nuklir, dan klinik ITRB.

Formula yang digunakan adalah Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode berjalan di kurangi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dibagi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dikali 100%

Grafik 3.37
Persentase Peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Realisasi	-28.51	39.29	13.59	11.43	72.87	-28.16	21.90	32.46	30.1	38.16	-12.41	-3.09

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase Peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif :

Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode berjalan di kurangi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dibagi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dikali 100% =
= [(2.389/23.947] x 100% = 10,01%

Capaian Presentase Peningkatan kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 10%, realisasi mencapai

10,01% atau capaian sebesar 100,14%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100,14%.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan perbaikan alur layanan eksekutif dengan pengaturan Percepatan layanan kedatangan pasien.

Analisis kendala/hambatan:

1. Petugas:
   - Dokter tidak stand by ditempat
   - Kedatangan dokter tidak bisa diprediksi (tidak menginformasikan jam berapa bisa datang) sehingga waktu tunggu memanjang
   - Slow respon, tidak ada kabar/informasi keberadaan dokter (bisa praktek atw tidak dihari tsb)
   - Jadwal subspesialis tidak setiap hari ada
   - Beberapa dokter membatasi jumlah kunjungan pasien
   - Satu perawat mendampingi 2 s.d 3 dokter pada saat bersamaan (bila pasien sedang banyak)
2. Sarana dan Prasarana:
   - Belum tersedia obat paten khusus untuk layanan klinik eksekutif dengan vasiasi sesuai usulan DPJP
   - Pemeriksaan khusus (skin prick test, spirometri, PPD test/mantoux) tidak ada, sehingga pasien diarahkan ke luar Gedung Anggrek

Rekomendasi

1. Koordinasi dengan Bidang medik & penunjang utk peningkatan layanan: penyediaan obat, maintenance, kelengkapan sarpras
2. Koordinasi dengan Bidang Medik dan KSM daftar/data DPJP yang bersedia mengisi klinik dengan konsisten dengan perikatan
3. Melakukan telaahan kembali terkait dana operasional, program diskon dan penyesuaian tarif
4. Promosi/marketing bekerjasama dengan Humas
5. Kerjasama dengan pihak ketiga misalnya bank mandiri untuk pemeriksaan kesehatan karyawan

6. Perbaikan alur layanan eksekutif/estetik/MCU yang lebih nyaman untuk pasien sejak pasien datang
7. Penambahan Jenis Paket Layanan:
   - Pemkes bagi pekerja
   - Skrining jantung, hati, ginjal, dan DM
   - Paket manajemen Berat Badan
   - Paket pra nikah
8. Penempatan SDM dan pembagian tugas khusus untuk Poliklinik eksekutif

38. Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.39
Capaian Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK

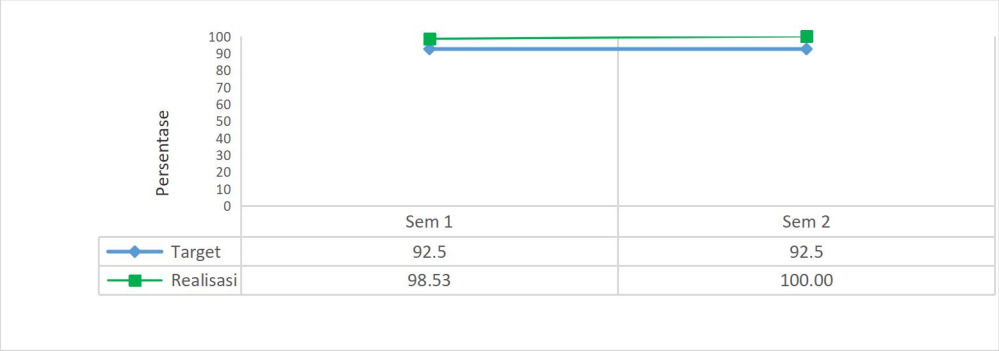
	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
Persentase Penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK	-	-	92,5%	100%	100%	92,5%
Capaian	-		108,11%		108,11%	108,11%

Presentase Penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK:

- Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan tahun berjalan yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam hasil pemantauan semester (Hapsem) BPK.
- Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibuktikan dengan Berita Acara Tindak Lanjut yang ditandatangani oleh SPI dan Itjen Kemenkes.

Formula perhitungan yang digunakan Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan x 100%

Grafik 3.38
Persentase Penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK Periode Tahun 2023



Dari 68 rekomendasi hasil pemeriksaan BPK sejak tahun 2019 masih terdapat 1 (satu) rekomendasi yang masih dalam proses penyelesaian/belum tuntas, yakni rekomendasi dari hasil pemeriksaan tahun 2019, sehingga persentase capaian menjadi 98,53%.

Untuk hasil pemeriksaan LK 2022 laporan hasil pemeriksaannya baru terbit awal Juli 2023 sehingga akan masuk ke dalam capaian semester II tahun 2023.

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK:

Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan x 100% = (76/76)x100% = 100%

Capaian Penyelesaian tindak lanjut hasil rekomendasi pemeriksaan BPK Tahun 2023 ditargetkan sebesar 92,5%, realisasi 100% atau capaian sebesar 108,11%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 108,11%.

Pada bulan Oktober s.d. November 2023 masih terdapat 3 rekomendasi hasil pemeriksaan BPK atas LK 2022 dalam proses penyelesaian tindak lanjut/belum tuntas sehingga persentase capaian menjadi 96,05%. Pada bulan Desember 2023 telah ditindaklanjuti 3 rekomendasi sehingga seluruh temuan & rekomendasi pemeriksaan BPK telah tuntas (100%).

Langkah strategis perbaikan:

1. Berkoordinasi dengan Bapeten dan telah terbit izin Bapeten atas alat PET-CT dengan nomor: 13182.351.3. 191223 tanggal 19 Desember 2023.

2. Telah mengajukan Surat Permohonan Reviu atas Piutang Macet kepada Inspektur Jenderal Kemenkes dengan nomor: PS.05.01/X.7/122309/2023 tanggal 1 November 2023 sesuai arahan BPK.

Analisis kendala/hambatan:

1. Berkoordinasi dengan Bapeten dan telah terbit izin Bapeten atas alat PET-CT dengan nomor: 13182.351.3. 191223 tanggal 19 Desember 2023.
2. Telah mengajukan Surat Permohonan Reviu atas Piutang Macet kepada Inspektur Jenderal Kemenkes dengan nomor: PS.05.01/X.7/122309/2023 tanggal 1 November 2023 esuai arahan BPK.

Rekomendasi

Atas permasalahan piutang macet akan dilakukan:

1. Penagihan Kembali
2. Mengelompokkan piutang berdasarkan nilai piutang
3. Memastikan ke direksi terkait keterangan hilang dokumen, sehingga dapat dicarikan solusi oleh Itjen untuk dokumen penggantinya
4. Menunggu rekomendasi Itjen atas permintaan reviu agar bisa ditindaklanjuti

39. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.40
Capaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

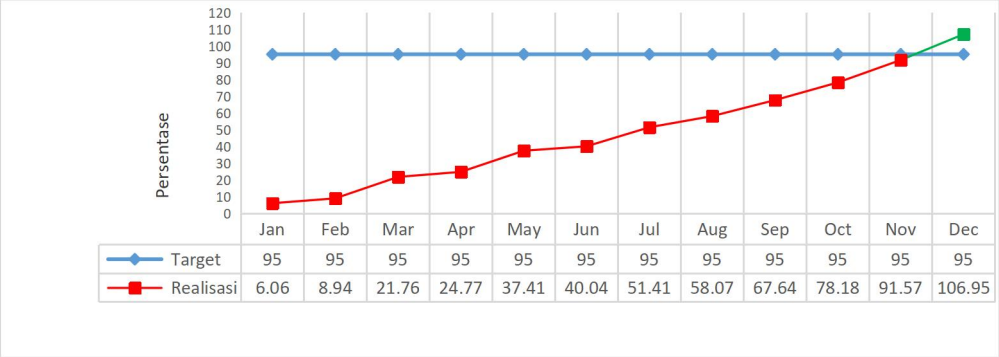
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	95%	106,95%	106,95%	95%
Capaian	-		112,58%		112,58%	112,58%

Persentase realisasi target pendapatan BLU adalah :

- 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.

  Formula perhitungan yang digunakan adalah (Realisasi PNBP BLU tahun berjalan / Target PNBP BLU tahun berjalan) x 100%

Grafik 3.39
Persentase realisasi target pendapatan BLU
Periode Tahun 2023



	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Target	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Realisasi	6.06	8.94	21.76	24.77	37.41	40.04	51.41	58.07	67.64	78.18	91.57	106.95

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase realisasi target pendapatan BLU :

(Realisasi PNBP BLU tahun berjalan / Target PNBP BLU tahun berjalan) x 100%
= 948.365.873.919/886.725.499.000= 106,95%

Capaian realisasi target pendapatan BLU Tahun 2023 ditargetkan sebesar 95%, realisasi 106,95% atau capaian sebesar 112,58%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 112,58%.

Langkah strategis:

1. Perbaikan kelengkapan dan kualitas berkas Rekam Medis dengan Program E-Claim.
2. Penagihan berulang untuk Piutang Pasien Jaminan Perusahaan dan Jamkesda
3. Penyesuaian Tarif kerjasama Bantuan Pasien Tidak Mampu dengan BAZnas dan Kitabisa.COM
4. Penyesuaian tarif Kerjasama dengan pihak ke 3 khusunya sewa ase

Analisis kendala/hambatan:

1. Sekitar 15-20% per bulan berkas RM belum tertagihkan
2. Masih terdapat berkas RM yg under coding
3. Ketidaksesuaian data pasien dengan data penjamin dan ada ketidakmampuan pasien untuk membayar cost sharing

Rekomendasi

1. Pengajuan klaim untuk sisa pending bulan Desember
2. Percepatan klaim Piutang Non BPJS

3. Melakukan kolaborasi dengan KPKNL untuk sinkronisasi data khususnya pasien JAMKESDA

40. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.41
Capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

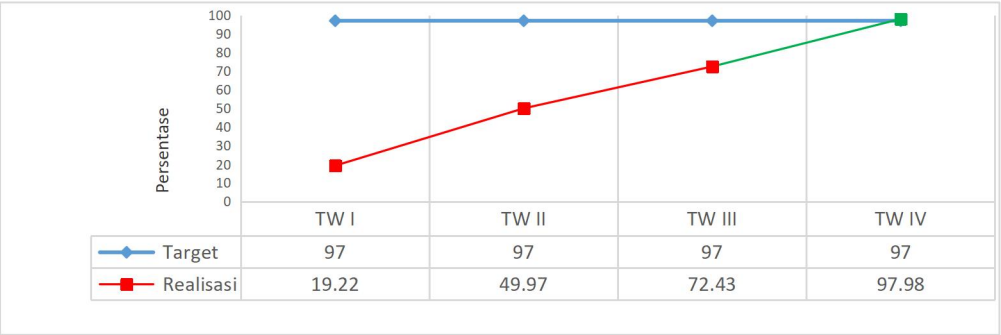
	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni	-	-	97%	97,98%	97,98%	97%
Capaian	-		101,01%		101,01%	101,01%

Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni adalah :

- Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni adalah realisasi/penyerapan anggaran yang bersumber dari rupiah murni
- Rupiah murni adalah seluruh penerimaan pemerintah kecuali penerimaan pembiayaan proyek yang berasal dari pinjaman luar negeri dan/atau dalam negeri.

Formula perhitungan yang digunakan adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100%.

Grafik 3.40
Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni
Periode Tahun 2023



- Realisasi tergantung pada hak pegawai yang muncul seperti Uang Makan yang tergantung pada kehadiran
- Realisasi belanja lembur belum diperlukan di awal tahun
- CPNS masih digaji melalui pusat sehingga realisasi belum diperhitungkan (166 orang)

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Realisasi anggaran bersumber rupiah murni adalah:

realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100% = (152.111.386.734/155.260.972.000)x 100% = 97,98%

Capaian realisasi anggaran bersumber rupiah murni Tahun 2023 ditargetkan sebesar 97%, realisasi 97,97% atau capaian sebesar 101%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 101%.

Langkah strategis:

1. Koordinasi dengan Bagian SDM dalam rangka pengusulan belanja pegawai dan usulan realisasi pembayaran.
2. Koordinasi dengan KPPN dalam rangka proses pembayaran.
3. Koodinasi dengan unit terkait terhadap revisi pagu untuk PPPK

Analisis kendala/hambatan:

1. Perhitungan pagu anggaran PPPK masih dalam proses sebagai dasar revisi anggaran

Rekomendasi

1. Optimalisasi belanja dengan melakukan pembayaran PPPK baru (124 orang) dengan memanfaatkan pagu yang ada.
2. Melakukan revisi anggaran

Bukti Dukung

1. TOR belanja Pegawai tahun 2023
2. RPD DIPA Definitif RSHS 2023
3. Surat Edaran Biro Umum Kemenkes
4. Kebijakan terkait tenaga PPPK tahun 2023

41. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.42
Capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

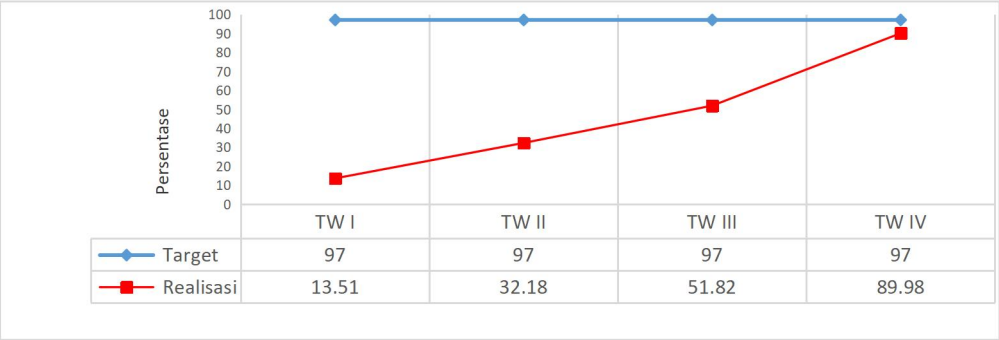
Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	95%	89,98%	89,98%	95%
Capaian	-		94,72%		94,72%	94,72%

Persentase Realisasi anggaran bersumber BLU adalah :

- Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU adalah realisasi/penyerapan anggaran yang bersumber dari rupiah BLU
- Rupiah BLU adalah seluruh penerimaan BLU RS terdiri dari tarif layanan rs, perjanjian kerjasama dan hibah yang tidak bersyarat.

Formula perhitungan yang digunakan adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dikali 100%.

Grafik 3.41
Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah BLU
Periode Tahun 2023



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Realisasi anggaran bersumber rupiah BLU adalah:

realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dikali 100% = (1.053.637.515.831/1.170.963.605.000)x 100% = 89,98%

Capaian realisasi anggaran bersumber rupiah BLU Tahun 2023 ditargetkan sebesar 95%, realisasi 89,98% atau capaian sebesar 94,72%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 94,72%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Menyampaiakn Surat Edaran ke unit kerja mengenai Langkah-Langkah akhir tahun 2023
2. Mengundang PPK, Staf PPK, ULP, Panitia, Unit terkait dan Mitra/Vendor
3. Mengundang SITP Kemenkeu untuk interkoneksi aplikasi SAURSEPUH dan SAKTI

Analisis kendala/hambatan:

1. Adanya proses revisi penggunaan saldo yang menyebabkan kecilnya belanja pada awal tahun
2. Koordinasi kurang maksimal dan proses pemberkasan yang belum optimal sehingga menyebabkan timbulnya utang yang belum dibayar
3. Penginputan SAKTI terutama persediaan masih dilakukan secara manual oleh Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran sehingga memerlukan waktu lama

Rekomendasi

1. Sosialisasi dan koordinasi antar unit terkait di RSHS dan mitra/vendor lebih optimal lagi, sehingga pemberkasan penagihan lebih cepat
2. Interkoneksi aplikasi SAKTI dan SAURSEPUH sehingga pengesahan pendapatan dan belanja berjalan lebih cepat

42. Persentase Nilai EBITDA Margin

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.43
Capaian Persentase Nilai EBITDA Margin

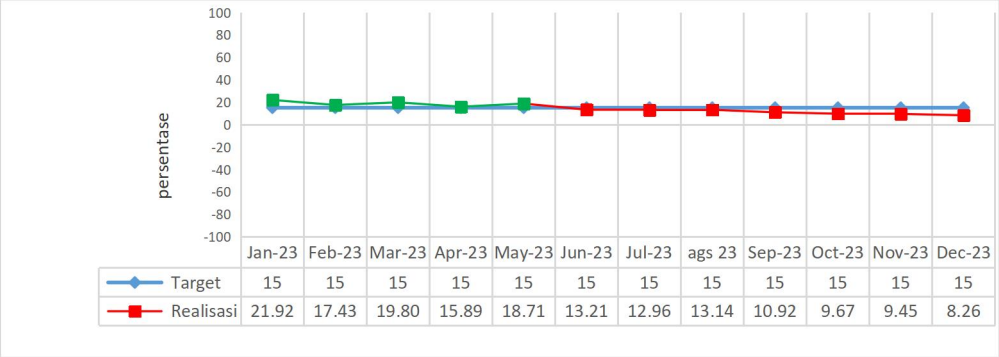
Persentase nilai EBITDA Margin	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target
	-	-	15%	8,26%	10.71%	15%
Capaian	-		55,07%		71,43%	71,43%

Persentase nilai EBITDA margin adalah :

- EBITDA Margin adalah persentase perbandingan antara surplus/defisit sebelum bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah sakit terhadap pendapatan usaha rumah sakit
- EBITDA = surplus atau defisit + bunga + pajak + depresiasi + amortisasi
- surplus atau defitis adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha
- Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan rawat jalan, pendapatan rawat inap, dan pendapatan lainnya

Formula perhitungan yang digunakan adalah (Nilai EBITDA periode berjalan dibagi pendapatan periode berjalan) x 100%

Grafik 3.42
Persentase Nilai EBITDA Margin
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Realisasi	21.92	17.43	19.80	15.89	18.71	13.21	12.96	13.14	10.92	9.67	9.45	8.26

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan nilai EBITDA margin adalah:

(Nilai EBITDA periode berjalan dibagi pendapatan periode berjalan) x 100% = (100.471.370.835/937.767.043.390)x 100% = 8,26%

Capaian (Nilai EBITDA periode berjalan dibagi pendapatan periode berjalan) x 100% Tahun 2023 ditargetkan sebesar 15%, realisasi 8,26% atau capaian sebesar 55,07%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 55,07%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Langkah strategis untuk pencapai target EBITDA Margin, kunci utamanya adalah pencapaian pendapat secara optimal, sehingga Upaya yang telah dilakukan yaitu Percepatan dan berbaikan kualitas Klaim BPJS dengan menggunakan Bridging E-Claim

Analisis kendala/hambatan:

1. Waktu kelengkapan berkas yang belum seperti yang diharapkan (< tgl 10 bulan berikutnya)
2. Validasi PU masih tertunda
3. Pengisian Rekam Medis yang belum maksimal.
4. Berkas penunjang belum lengkap (dalam proses dimasukkan di system e-klaim)
5. Jaringan kadang tidak stabil

Rekomendasi:

1. Pengawasan ketat terhadap penyelesaian klaim pada H+2

2. Perlunya kebijakan terkait kerugian akibat kelalaian pegawai (petugas PU, pengisi e-klaim)
3. Penambahan penguat jaringan di tempat pelayanan

43. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan 2023 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.44

Capaian Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	Tahun 2022		TW IV Tahun 2023		Tahun 2023	Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Realisasi	Target	Target
	80%	84,70%	83%	88,91%	88,91%	85%	75%
Capaian	105,88%		107,12%		107,12%	104,60%	118,55%

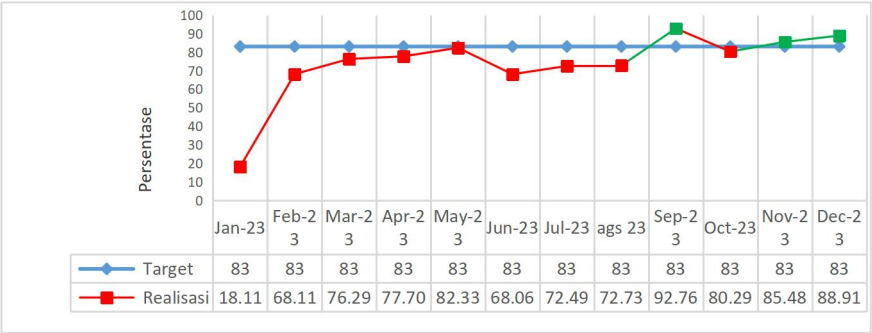
Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya operasional yang dikeluarkan.

1. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pe
2. ndapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).
3. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP satker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan.

Formula yang digunakan adalah:

(Pendapatan PNBP/Biaya Operasional) X 100%

Grafik 3.43
Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)
Periode Tahun 2023



	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	ags 23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Target	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
Realisasi	18.11	68.11	76.29	77.70	82.33	68.06	72.49	72.73	92.76	80.29	85.48	88.91

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya oprasional :

POBO = (879.358.125.330/989.064.390.177)x 100% = 88,91%

Capaian rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2023 ditargetkan 83%, realisasi sebesar 88,91% atau capaian sebesar 107,12%. Progres capaian kinerja terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 107,12%, dan terhadap target nasional terpenuhi sebesar 118,55%.

Langkah strategis perbaikan:

1. Percepatan dan berbaikan kualitas Klaim BPJS dengan menggunakan Bridging E-Claim

Analisis kendala/hambatan:

1. Waktu kelengkapan berkas yang belum seperti yang diharapkan (< tgl 10 bulan berikutnya)
2. Validasi PU masih tertunda
3. Pengisian Rekam Medis yang belum maksimal.
4. Berkas penunjang belum lengkap (dalam proses dimasukkan di system e-klaim)
5. Jaringan kadang tidak stabil

Rekomendasi:

1. Pengawasan ketat terhadap penyelesaian klaim pada H+2
2. Perlunya kebijakan terkait kerugian akibat kelalaian pegawai (petugas PU, pengisi e-klaim)

B. Realisasi Anggaran

1. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

Tabel 3.45
Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

NO	URAIAN		PAGU (Rp)	REALISASI		%
				TW 4	TOTAL TA 2023	
I	**Anggaran APBN (RM)**					
	A.	**Belanja Pegawai**	**147.987.061.000**	**34.969.641.481**	**145.031.195.510**	**98,00261897**
		Gaji Pegawai PNS	**140.122.243.000**	**31.680.127.994**	**137.837.498.027**	**98,36946303**
	-	Belanja Gaji Pokok PNS	93.464.976.000	19.861.426.000	92.978.213.200	99,47920299
	-	Belanja Pembulatan Gaji PNS	1.269.000	270.264	1.261.612	99,4178093
	-	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	6.923.204.000	1.469.776.920	6.879.579.700	99,36988279
	-	Belanja Tunjangan Anak PNS	1.956.058.000	424.566.094	1.954.986.648	99,94522903
	-	Belanja Tunjangan Struktural PNS	66.240.000	3.780.000	66.240.000	100
	-	Belanja Tunjangan Fungsional PNS	13.164.035.000	2.867.574.000	12.854.900.000	97,65166987
	-	Belanja Tunjangan PPh PNS	422.519.000	79.222.796	422.101.227	99,90112326
	-	Belanja Tunjangan Beras PNS	5.175.058.000	1.102.666.920	5.159.345.640	99,69638292
	-	Belanja Uang Makan PNS	17.940.384.000	5.704.585.000	16.723.705.000	93,21821094
	-	Belanja Tunjangan Umum PNS	1.008.500.000	166.260.000	797.165.000	79,04462072
	-	Belanja Lembur	1.654.560.000	603.612.000	1.482.023.000	89,57203123
		Belanja Pegawai P3K	**6.210.258.000**	**2.082.289.487**	**5.711.674.483**	91,97161347
	-	Belanja Gaji Pokok P3K	3.888.819.000	1.213.892.200	3.776.544.600	97,11289211
	-	Belanja Pembulatan Gaji P3K	71.000	21.531	54.159	76,28028169
	-	Belanja Tunjangan Suami/ Istri P3K	279.445.000	86.748.790	268.216.420	95,98182827
	-	Belanja Tunjangan Anak P3K	95.251.000	28.712.246	89.795.564	94,27256827
	-	Belanja Tunjangan Struktural P3K	0	0	0	0
	-	Belanja Tunjangan Fungsional P3K	399.426.000	122.865.000	399.419.900	99,99847281
	-	Belanja Tunjangan Beras P3K	326.142.000	91.683.720	260.856.840	79,98259654
	-	Belanja Uang Makan P3K	1.161.000.000	522.363.000	900.033.000	77,52222222
	-	Belanja Tunjangan Umum P3K	0			0
	-	Belanja Lembur P3K	60.104.000	16.003.000	16.754.000	27,87501664
	B.	**Belanja Modal**	**5.000.000.000**	**4.822.868.443**	**4.822.868.443**	96,45736886
	-	Alat Kesehatan dan Pendidikan	5.000.000.000	4.822.868.443	4.822.868.443	96,45736886
	-	Gedung	0	0	0	0
	-	Fasilitas Perkantoran	0	0	0	0
	-	Kendaraan	0	0	0	0
	-	Belanja peralatan dan mesin	0	0	0	0
	C.	**Belanja Operasional**	**2.273.911.000**	**476.483.750**	**2.265.749.760**	**99,64109237**

	-	Listrik, Air, dan Telepon	**2.273.911.000**	476.483.750	2.265.749.760	**99,64109237**
	-	Makanan/ Minuman	0	0	-	-
	-	Obat-obatan	0	0	0	-
	-	Belanja Barang Operasonal Lainnya	0	0	-	-
	TOTAL I		**155.260.972.000**	**35.446.125.231**	**152.119.813.713**	**97,97685262**
II	**Anggaran PNBP-BLU**					
	A.	**Belanja Barang**	**1.017.364.994.000**	**334.257.399.808**	**925.877.009.730**	**91,00735873**
	-	Belanja Pegawai	374.802.175.000	98.805.165.471	360.088.432.764	96,07426445
	-	Belanja Barang	70.424.514.000	22.619.278.976	63.882.248.848	90,71024452
	-	Belanja Jasa	14.288.296.000	3.912.116.332	13.192.072.596	92,32782269
	-	Belanja Pemeliharaan	30.525.370.000	16.924.609.312	20.907.301.995	68,49155963
	-	Belanja Perjalanan	1.560.754.000	590.996.919	1.184.091.849	75,86665477
	-	Belanja Penye. Barang Jasa BLU	85.345.695.000	27.620.956.497	74.227.088.164	86,97226985
	-	Belanja Persediaan Konsumsi	434.322.127.000	161.335.883.018	387.737.520.105	89,27418061
	-	Belanja Persediaan Pemeliharaan	4.499.529.000	2.448.393.283	3.061.720.143	68,04534748
	-	Belanja Jasa BLU kepada BLU Lain	0	0	0	0
	-	Belanja Barang BLU - COVID-19	0	0	0	0
	-	Belanja Barang Persediaan BLU - COVID-19	1.596.534.000	0	1.596.533.266	99,99995403
	B.	**Belanja Modal**	**153.559.903.000**	**14.544.037.359**	**127.760.506.101**	**83,19913181**
	-	Peralatan dan Mesin	140.644.862.000	14.350.737.359	121.890.551.962	**86,66548513**
	-	Gedung dan Bangunan	8.724.281.000	193.300.000	5.869.954.139	**67,28295591**
	-	Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan	4.190.760.000	0	0	**0**
	-	Peralatan dan Mesin terkait COVID19	0	0	0	**0**
	-	Belanja Modal Lainnya	0	0	0	**0**
	TOTAL II		**1.170.924.897.000**	**348.801.437.167**	**1.053.637.515.831**	**89,98**
III	**Anggaran PLN**					
	A.	**Belanja Barang PLN**	**1.758.223.000**	**1087717500**	**1.531.067.500**	**87,0803931**
	-	Belanja Barang Operasional Lainnya	0	0	0	**0**
	-	Belanja Jasa Konsultan	1.758.223.000	1.087.717.500	1.531.067.500	**87,0803931**
	B.	**BELANJA MODAL PLN**	**189.824.465.000**	**0**	**169.501.845.501**	**89,29399353**
		Belanja Modal Alat Kesehatan dan Kedokteran PLN	20.319.840.000	**0**	**0**	**0**
	-	Gedung dan Bangunan	169.504.625.000	54.853.962.408	169.501.845.501	**99,99836022**
	TOTAL III		**191.582.688.000**	**57.029.397.408**	**171.032.913.001**	**89,27367853**
	GRAND TOTAL (I+II+III)		**1.517.768.557.000**	**441.276.959.806**	**1.376.790.242.545**	**90,71147483**

Aspek Kualitas Pelaksanaan Anggaran merupakan penilaian terhadap kemampuan Satker dalam merealisasikan anggaran yang ditetapkan dalam DIPA.

Salah satu indikatornya adalah Penyerapan Anggaran, yaitu dihitung berdasarkan rata-rata nilai kinerja penyerapan anggaran pada setiap triwulan yang dihitung berdasarkan rasio antara tingkat penyerapan anggaran terhadap target penyerapan keseluruhan anggaran pada DIPA setiap triwulan. Target penyerapan untuk Belanja Barang adalah sebesar minimal 15 persen pada triwulan I, 50 persen sampai dengan triwulan II, 70 persen sampai dengan triwulan III, dan 90 persen sampai dengan triwulan IV. Sedangkan target penyerapan anggaran untuk Belanja Modal adalah sebesar minimal 10 persen pada triwulan I, 40 persen sampai dengan triwulan II, 70 persen sampai dengan triwulan III, dan 90 persen sampai dengan triwulan IV. Target penyerapan anggaran ini dapat berubah sesuai dengan komposisi alokasi anggaran per jenis belanja pada setiap akhir periode triwulanan berkenaan.

Berdasarkan indikator tersebut, capaian serapan anggaran pada akhir triwulan IV TA 2023 harus mencapai target 90%, sedangkan realisasi total telah tercapai yaitu sebesar 90,71%.

Capaian target pengeluaran tersebut harus diakui secara proses tidak optimal, karena kebanyakan realisasi penyelesaian pekerjaan dilakukan di akhir tahun anggaran. Kedepannya diharapkan proses pengadaan, terutama barang modal, dapat dimulai di awal tahun sehingga proses kontrak, dan pelaksanaan pekerjaan dapat segera dilakukan, dan realisasi penyelesaian dan pembayarannya dapat dituntaskan tidak mepet di akhir tahun.

Pada belanja pemeliharaan, sejumlah pengadaan kontrak servis alat kesehatan belum dapat direalisasikan yang lalu sebagian besar rencananya dialihkan ke belanja sparepart alat medik yang dapat digunakan untuk perbaikan alat yang tidak dikontrakserviskan. Belanja gedung dan alat bersumber PLN dapat dituntaskan pada tahun ini, sehingga belanja bersumber PLN tersebut dapat direalisasikan secara optimal.

2. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.46

Komposisi SDM berdasarkan jenis tenaga (Desember 2023)

NO	Rincian Jenis Tenaga	PNS / CPNS /P3K KEMENKES	BLU RSHS	Tenaga Mitra RSHS	Tenaga UNPAD	Jumlah
1	**Fungsional Non kesehatan**					
1.1	Analis Hukum	4				**4**
1.2	Analis Kepegawaian	24				**24**
1.3	Arsiparis	8				**8**
1.4	Auditor	3				**3**
1.5	Pekerja Sosial	2				**2**
1.6	Perencana	10				**10**
1.7	Pranata Humas	6	4			**10**
1.8	Pranata Keuangan APBN	7				**7**
1.9	Pranata Komputer	21	5			**26**
1.10	Pustakawan	0				**0**
1.11	Analis Pengelolaan Keuangan APBN	11				**11**
1.12	Penata Laksana Barang terampil	1				**1**
2	**Tenaga Administrasi**					
2.1	Pengadministrasian Umum / Pengelola Data / Tenaga Non Fungional	102	180	2		**284**
3	**Tenaga Gizi**					
3.1	Nutrisionis	45				**45**
4	**Tenaga Kebidanan**					
4.1	Bidan	56	16			**72**
5	**Tenaga Kefarmasian**					
5.1	Apoteker	45				**45**
5.2	Tenaga Teknik Kefarmasian	72	47			**119**
6	**Tenaga Keperawatan**					
6.1	Perawat	969	169			**1138**
7	**Tenaga Kesehatan Lingkungan**					
7.1	Sanitarian	15				**15**
7.2	Epidemolog Kesehatan	1	1			**2**
8	**Tenaga Kesehatan Masyarakat**					
8.1	Pembimbing Kesehatan kerja	5	1			**6**
8.2	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli	7				**7**
8.3	Administrator Kesehatan	9				**9**
9	**Tenaga Keteknisian Medis**					
9.1	Audiologi		1			**1**
9.2	Asisten Penata Anestesi	5				**5**
9.3	Perekam Medis	67	22			**89**
9.4	Teknisi Gigi	1	1			**2**
9.5	Teknisi kardiovaskuler	1				**1**
9.6	Terapis Gigi Dan Mulut	14				**14**
10	**Tenaga Keterapian fisik**					
10.1	Fisioterapi	14				**14**
10.2	Okupasi Terapis	3	1			**4**
10.3	Terapis Wicara	2				**2**

11	**Tenaga Medis**					
11.1	Dokter Gigi Spesialis	14		1	2	**17**
11.2	Dokter Gigi Umum				1	**1**
11.3	Dokter Spesialis	253	1	20	101	**375**
11.4	Dokter Umum	24				**24**
12	**Tenaga Psikologi Klinis**					
12.1	Psikolog	2				**2**
13	**Tenaga Strategis**					
13.1	Pekarya & Pelaksana Rumah Tangga	88	46			**134**
13.2	Pelaksana CSSD	8	4			**12**
13.3	Petugas Keamanan	4				**4**
13.4	Teknisi	39	3			**42**
13.	Pemulasaraan Jenazah	3				**3**
14	**Tenaga Teknik BioMedika**					
14.1	Fisikawan	6				**6**
14.2	Ortotis Prostetis	3				**3**
14.3	Pranata Lab Kes	79	20			**99**
14.4	Radiografer	36	10			**46**
14.5	Teknisi Elektromedis	10				**10**
Jumlah Total		**2099**	**532**	**23**	**104**	**2758**

Tabel 3.47

Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan:

No.	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter spesialis konsultan	262
2	Dokter spesialis	69
3	Dokter umum	16
4	Dokter gigi spesialis	17
5	S-3	46
6	S-2	131
7	S-1 + Profesi	489
8	S-1 / D-4	319
9	D-3	1196
10	D-1	2
11	SLTA	197
12	SLTP	11
13	SD	3
	J u m l a h	**2758**

Tabel 3.48
Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan:

NO	JENIS JABATAN	JUMLAH
1	Administrator Kesehatan Ahli Madya (JF)	2
2	Administrator Kesehatan Ahli Muda (JF)	2
3	Administrator Kesehatan Ahli Pertama (JF)	3
4	Analis Hukum Ahli Madya (JF)	1
5	Analis Hukum Ahli Muda (JF)	3
6	Analis Kepegawaian Ahli Madya (JF)	1
7	Analis Kepegawaian Ahli Muda (JF)	8
8	Analis Kepegawaian Ahli Pertama (JF)	4
9	Analis Kepegawaian Mahir (JF)	2
10	Analis Kepegawaian Penyelia (JF)	2
11	Analis Kepegawaian Terampil (JF)	2
12	Analis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Madya (JF)	3
13	Analis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Muda (JF)	7
14	Analis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Pertama (JF)	1
15	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Ahli Pertama (JF)	2
16	Apoteker Ahli Madya (JF)	14
17	Apoteker Ahli Muda (JF)	8
18	Apoteker Ahli Pertama (JF)	20
19	Arsiparis Ahli Madya (JF)	1
20	Arsiparis Ahli Muda (JF)	3
21	Arsiparis Mahir (JF)	2
22	Arsiparis Terampil (JF)	2
23	Asisten Apoteker Mahir (JF)	8
24	Asisten Apoteker Penyelia (JF)	9
25	Asisten Apoteker Terampil (JF)	55
26	Asisten Penata Anestesi Mahir (JF)	3
27	Asisten Penata Anestesi Penyelia (JF)	1
28	Auditor Ahli Madya (JF)	1
29	Auditor Ahli Muda (JF)	1
30	Bidan Ahli Madya (JF)	3
31	Bidan Ahli Muda (JF)	9
32	Bidan Ahli Pertama (JF)	8
33	Bidan Mahir (JF)	21
34	Bidan Penyelia (JF)	9
35	Bidan Terampil (JF)	5
36	Dokter Ahli Madya (JF)	11
37	Dokter Ahli Muda (JF)	34
38	Dokter Ahli Pertama (JF)	7
39	Dokter Gigi Ahli Madya (JF)	8
40	Dokter Gigi Ahli Muda (JF)	3

41	Dokter Gigi Ahli Pertama (JF)	1
42	Dokter Gigi Ahli Utama (JF)	2
43	Dokter Pendidik Klinis Ahli Madya (JF)	82
44	Dokter Pendidik Klinis Ahli Muda (JF)	51
45	Dokter Pendidik Klinis Ahli Pertama (JF)	39
46	Dokter Pendidik Klinis Ahli Utama (JF)	42
47	Epidemiolog Kesehatan Ahli Pertama (JF)	1
48	Fisikawan Medis Ahli Madya (JF)	2
49	Fisikawan Medis Ahli Muda (JF)	1
50	Fisikawan Medis Ahli Pertama (JF)	3
51	Fisioterapis Ahli Madya (JF)	5
52	Fisioterapis Ahli Pertama (JF)	1
53	Fisioterapis Mahir (JF)	3
54	Fisioterapis Penyelia (JF)	3
55	Fisioterapis Terampil (JF)	2
56	Nutrisionis Ahli Madya (JF)	11
57	Nutrisionis Ahli Muda (JF)	13
58	Nutrisionis Ahli Pertama (JF)	10
59	Nutrisionis Terampil (JF)	8
60	Okupasi Terapis Mahir (JF)	2
61	Okupasi Terapis Penyelia (JF)	1
62	Ortotis Prostetis Mahir (JF)	3
63	Pekerja Sosial Ahli Madya (JF)	1
64	Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Madya (JF)	1
65	Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Muda (JF)	1
66	Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Pertama (JF)	2
67	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Muda (JF)	1
68	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Pertama (JF)	1
69	Perawat Ahli Madya (JF)	78
70	Perawat Ahli Muda (JF)	161
71	Perawat Ahli Pertama (JF)	212
72	Perawat Mahir (JF)	163
73	Perawat Penyelia (JF)	280
74	Perawat Terampil (JF)	63
75	Perekam Medis Ahli Madya (JF)	1
76	Perekam Medis Ahli Muda (JF)	7
77	Perekam Medis Ahli Pertama (JF)	1
78	Perekam Medis Mahir (JF)	25
79	Perekam Medis Penyelia (JF)	6
80	Perekam Medis Terampil (JF)	22
81	Perencana Ahli Madya (JF)	2
82	Perencana Ahli Muda (JF)	4
83	Perencana Ahli Pertama (JF)	5

84	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Muda (JF)	3
85	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Pertama (JF)	2
86	Pranata Hubungan Masyarakat Terampil (JF)	1
87	Pranata Keuangan APBN Mahir (JF)	2
88	Pranata Keuangan APBN Penyelia (JF)	2
89	Pranata Keuangan APBN Terampil (JF)	3
90	Pranata Komputer Ahli Madya (JF)	1
91	Pranata Komputer Ahli Muda (JF)	3
92	Pranata Komputer Ahli Pertama (JF)	10
93	Pranata Komputer Mahir (JF)	1
94	Pranata Komputer Terampil (JF)	11
95	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya (JF)	7
96	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda (JF)	16
97	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama (JF)	3
98	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir (JF)	4
99	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia (JF)	16
100	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil (JF)	32
101	Pranata Sumber Daya Manusia Aparatur Terampil (JF)	3
102	Psikolog Klinis Ahli Madya (JF)	1
103	Psikolog Klinis Ahli Muda (JF)	1
104	Radiografer Ahli Madya (JF)	8
105	Radiografer Ahli Muda (JF)	2
106	Radiografer Ahli Pertama (JF)	8
107	Radiografer Mahir (JF)	5
108	Radiografer Penyelia (JF)	3
109	Radiografer Terampil (JF)	8
110	Sanitarian Ahli Madya (JF)	5
111	Sanitarian Ahli Muda (JF)	3
112	Sanitarian Mahir (JF)	1
113	Sanitarian Penyelia (JF)	5
114	Teknisi Elektromedis Ahli Madya (JF)	5
115	Teknisi Elektromedis Ahli Muda (JF)	3
116	Teknisi Elektromedis Ahli Pertama (JF)	1
117	Teknisi Elektromedis Mahir (JF)	1
118	Terapi Wicara Terampil (JF)	1
119	Terapis Gigi dan Mulut Ahli Madya (JF)	4
120	Terapis Gigi dan Mulut Penyelia (JF)	10
121	Terapis Wicara Mahir (JF)	1
122	Staf (Jabatan Pelaksana)	292
123	Pegawai Non PNS BLU	531
124	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	23
125	Staf Medis Unpad	104
	Total Jumlah Pegawai Desember 2023	**2758**

Tabel 3.49
Komposisi SDM berdasarkan Jenis Usia

NO	JENIS TENAGA	USIA			JUMLAH
		<35 Thn	35-45 Thn	>45 Thn	
1	PNS / CPNS /P3K KEMENKES	369	867	863	**2099**
2	Tenaga Tetap BLU (NON PNS)	166	355	11	**532**
3	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	4	4	15	**23**
	Jumlah Total	**539**	**1226**	**889**	**2654**

Tabel 3.50
Komposisi SDM berdasarkan Jenis Kelamin

NO	JENIS TENAGA	JENIS KELAMIN		JUMLAH
		Laki-Laki	Perempuan	
1	PNS / CPNS /P3K KEMENKES	787	1312	**2099**
2	Tenaga Tetap BLU (NON PNS)	232	300	**532**
3	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	12	11	**23**
	Jumlah Total	**1031**	**1623**	**2654**

Tabel 3.51
Komposisi SDM berdasarkan Lama Bekerja

NO	JENIS TENAGA	LAMA KERJA			JUMLAH
		<10 Thn	10 - 20 Thn	>20 Thn	
1	PNS / CPNS /P3K KEMENKES	594	990	515	**2099**
2	Tenaga Tetap BLU (NON PNS)	325	207	0	**532**
3	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	23	0	0	**23**
	Jumlah Total	**942**	**1197**	**515**	**2654**

3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Tabel 3.52
Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS
Tahunan per 31 Desember - Tahun 2023

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
A	**TANAH**	**90.692**	-	-	-	**2.381.708.969.000**
2.01.01	Tanah Persil	90.692	-	-	-	2.381.708.969.000
B	**PERALATAN DAN MESIN**	**64.994**	**63.466**	**411**	**1.117**	**1.442.012.512.002**
3.01.01	Alat Besar Darat	2	1	1	0	9.105.000
3.01.02	Alat Besar Apung	39	39	0	0	62.626.000
3.01.03	Alat Bantu	133	130	1	2	35.106.321.202
3.02.01	Alat Angkutan Darat Bermotor	28	24	0	4	7.864.040.410
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	186	176	7	3	1.637.297.350
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	40	38	1	1	512.848.516
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	503	500	3	0	224.104.420
3.03.03	Alat Ukur	361	361	0	0	1.198.024.166
3.04.01	Alat Pengolahan	289	287	0	2	509.612.453
3.05.01	Alat Kantor	7.330	7.180	90	60	23.475.946.323
3.05.02	Alat Rumah Tangga	20.294	19.880	107	307	78.225.209.571
3.06.01	Alat Studio	622	622	0	0	10.942.007.218
3.06.02	Alat Komunikasi	1.062	1.009	6	47	4.235.987.565
3.06.03	Peralatan Pemancar	54	54	0	0	6.862.279.457
3.07.01	Alat Kedokteran	22.612	22.105	133	374	1.070.041.777.055
3.07.02	Alat Kesehatan Umum	917	917	0	0	4.180.026.880
3.08.01	Unit Alat Laboratorium	3.438	3.299	46	93	73.893.407.842
3.08.02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	773	771	0	2	3.502.012.441
3.08.03	Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika	82	81	0	1	37.757.483.801
3.08.04	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	97	53	0	44	4.470.076.293
3.08.05	Radiation Application&Non Destructive Testing Laboratory	1	1	0	0	58.991.000
3.08.06	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup	318	317	0	1	3.096.276.512
3.08.07	Peralatan Laboratorium Hydrodinamica	29	29	0	0	842.225.000
3.08.08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	223	223	0	0	1.607.437.380
3.09.02	Persenjataan Non Senjata Api	1	1	0	0	49.635.455
3.09.04	Alat Khusus Kepolisian	23	23	0	0	14.999.000
3.10.01	Komputer Unit	1.998	1.863	8	127	22.453.799.396
3.10.02	Peralatan Komputer	2.853	2.801	6	46	22.026.200.091
3.11.02	Alat Eksplorasi Geofisika	1	1	0	0	171.000
3.13.03	Pengolahan dan Pemurnian	2	2	0	0	1.310.318.185
3.15.01	Alat Deteksi	6	6	0	0	858.000
3.15.02	Alat Pelindung	35	35	0	0	242.707.500
3.15.03	Alat Sar	13	8	0	0	150.293.025
3.15.04	Alat Kerja Penerbangan	47	46	1	0	246.938.186
3.16.01	Alat Peraga Pelatihan dan Percontohan	79	79	0	0	21.820.357.020
3.17.01	Unit Peralatan Proses/Produksi	364	364	0	3	2.950.316.994
3.18.01	Rambu-Rambu Lalu Lintas Darat	1		0		
3.19.01	Peralatan Olah Raga	138	137	1	0	430.794.295

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
C.	**GEDUNG DAN BANGUNAN**	**127**	**121**	**-**	**6**	**682.128.275.493**
4.01.01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	88	86	-	2	681.733.090.063
4.01.02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	0	-	-	-	0
4.04.01	Tugu/Tanda Batas	39	35	-	4	395.185.430
D.	**JALAN DAN JEMBATAN**	**22.271**	**22.266**	**4**	**1**	**3.998.002.500**
5.01.01	Jalan	22.271	22.266	4	1	3.998.002.500
E.	**IRIGASI**	**17**	**17**	**-**	**-**	**5.288.362.080**
5.02.04	Bangunan Pengaman Sungai/Pantai & Penanggulangan Bencana	1	1	-	-	2.667.941.990
5.02.05	Bangunan Pengembangan Sumber Air dan Sumber Tanah	6	6	-	-	187.954.000
5.02.06	Bangunan Air Bersih/Air Baku	3	3	-	-	19.755.470
5.02.07	Bangunan Air Kotor	7	7	-	-	2.412.710.620
F.	**JARINGAN**	**58**	**57**	**-**	**-**	**5.024.937.308**
5.03.01	Instalasi Air Bersih/Air Baku	3	2	-	-	652.839.000
5.03.07	Instalasi Pertahanan	1	1	-	-	20.320.300
5.03.08	Instalasi Gas	1	1	-	-	42.176.200
5.03.10	Instalasi Lain	2	2	-	-	35.833.600
5.04.02	Jaringan Listrik	50	50	-	-	4.252.033.208
5.04.03	Jaringan Telephone	1	1	-	-	21.735.000
G.	**ASET TETAP LAINNYA**	**933**	929	-	-	**80.210.486**
6.01.01	Bahan Perpustakaan Tercetak	929	929	-	-	77.197.462
6.02.01	Barang Bercorak Kesenian	4				3.013.024
H.	**ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN**	**1.094**	**-**	**-**	**1.094**	**13.475.171.549**
3.01.03	Alat Bantu	2	-	-	2	71.500.000
3.01.01	Alat Besar Darat	-	-	-	-	-
3.02.01	Alat Angkutan Darat Bermotor	4	-	-	4	676.755.800
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	3	-	-	3	1.059.000
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	1	-	-	1	102.000
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	-	-	-	-	-
3.03.03	Alat Ukur	-	-	-	-	-
3.04.01	Alat Pengolahan	2	-	-	2	148.000
3.05.01	Alat Kantor	54	-	-	54	25.393.000
3.05.02	Alat Rumah Tangga	304	-	-	304	894.548.607
3.06.01	Alat Studio	-	-	-	-	-
3.06.02	Alat Komunikasi	47	-	-	47	19.968.624
3.07.01	Alat Kedokteran	366	-	-	366	5.798.501.246
3.08.01	Unit Alat Laboratorium	88	-	-	88	3.049.122.378
3.08.02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	1	-	-	1	970.200.000
3.08.04	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	44			44	130.768.000
3.08.06	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup	1			1	24.200.000
3.08.08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	-	-	-	-	-
3.10.01	Komputer Unit	127	-	-	127	918.626.299
3.10.02	Peralatan Komputer	46	-	-	46	111.712.345
3.17.01	Unit Peralatan Proses/Produksi	3	-	-	3	776.211.000
4.01.01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	1	-	-	1	6.355.250
4.01.02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	-	-	-	-	-
I.	**PATEN**	**68**	**68**	**-**	**-**	**10.577.437.371**
8.01.01	Aset Tak Berwujud	68	68	-	-	10.577.437.371
J.	**KONTRUKSI DALAM PENGERJAAN**	-	-	-	-	**190.994.827.746**
7.01.01	Gedung dan Bangunan	-	-	-	-	190.994.827.746
K.	**ASET TAK BERWUJUD DALAM PENGERJAAN**	-	-	-	-	-
1	Aset Tak Berwujud Dalam Penyelesaiaan	-	-	-	-	-

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahun Anggaran 2023. Barang Milik Negara (BMN) Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomtable RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahunan per 31 Desember Tahun Anggaran 2023 bernilai nominal sebesar Rp4.697.651.533.802,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 90.692 M^2 dengan nilai nominal sebesar Rp2.394.460.169.000,-
b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, sejumlah 61.787 unit dengan nilai nominal sebesar Rp1.593.196.405.386,-
c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, sejumlah 108 unit dengan nilai nominal sebesar Rp682.128.275.493,-
d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, 22.271m^2 lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp3.998.002.500,-
e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 17 unit dengan nilai nominal sebesar Rp5.288.362.080,-
f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 57 unit dengan nilai nominal sebesar Rp5.024.937.308,-
g. Konstruksi dalam pengerjaan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 136111 sebesar Rp190.994.827.746,-
h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 162151, 162161, dan 162171, dengan nilai nominal sebesar Rp10.577.437.371,-
i. Aset Tetap Lainnya, dengan kode kelompok 135121, dengan nilai nominal sebesar Rp80.210.486,-
j. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 166112, sejumlah 1094 unit dengan nilai nominal sebesar Rp13.457.590.430,-

Tabel 3.53
Laporan Operasional Tahun 2023

LAPORAN OPERASIONAL - BLU
TINGKAT SATUAN KERJA
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022
(dalam rupiah)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	: 024	KEMENTERIAN KESEHATAN
ESELON I	: 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI	: 0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA	: 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG
JENIS SATUAN KERJA	: K8	

Kode Lap : LO SATBLU
Tanggal : 18/01/24 7:42 AM
Halaman : 1
Prg ID : lap_blu_lo_satker
Tgl Data : 17/01/24 4:30 AM

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
KEGIATAN OPERASIONAL	0	0	0	
PENDAPATAN OPERASIONAL	0	0	0	
Pendapatan Alokasi APBN	323,144,299,735	313,419,978,850	9,724,320,885	3.103
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	846,857,297,758	727,041,636,283	119,815,661,475	16.48
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	12,746,672,400	37,655,211,170	(24,908,538,770)	(66.149)
Pendapatan Hibah BLU	2,610,864,706	21,223,392,381	(18,612,527,675)	(87.698)
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	0	0	0	
Pendapatan BLU Lainnya	17,720,373,365	15,536,412,305	2,183,961,060	14.057
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL	1,203,079,507,964	1,114,876,630,989	88,202,876,975	7.911
JUMLAH PENDAPATAN	1,203,079,507,964	1,114,876,630,989	88,202,876,975	7.911
BEBAN OPERASIONAL	0	0	0	
Beban Pegawai	476,996,012,294	453,807,411,735	23,188,600,559	5.11
Beban Persediaan	135,129,543,741	38,833,837,048	96,295,706,693	247.969
Beban Barang dan Jasa	149,060,673,657	131,088,755,742	17,971,917,915	13.71
Beban Pemeliharaan	23,426,352,578	32,349,652,161	(8,923,299,583)	(27.584)
Beban Perjalanan Dinas	1,184,091,849	895,372,223	288,719,626	32.246
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	
Beban Penyusutan dan Amortisasi	80,242,638,694	152,369,640,484	(72,127,001,790)	(47.337)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	(11,918,594,860)	(5,817,218,797)	(6,101,376,063)	104.885
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	854,120,717,953	803,527,450,596	50,593,267,357	6.296
SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN OPERASIONAL	348,958,790,011	311,349,180,393	37,609,609,618	12.08
KEGIATAN NON OPERASIONAL	0	0	0	
Surplus/Defisit Pelepasan Aset Non Lancar	70,931,248	377,326,076	(306,394,828)	(81.202)
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	71,999,998	473,997,224	(401,997,226)	(84.81)
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	1,068,750	96,671,148	(95,602,398)	(98.894)
Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	15,044,516,171	59,227,529,448	(44,183,013,277)	(74.599)
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	16,248,694,776	65,343,430,791	(49,094,736,015)	(75.133)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	1,204,178,605	6,115,901,343	(4,911,722,738)	(80.311)
JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	15,115,447,419	59,604,855,524	(44,489,408,105)	(74.641)
SURPLUS/DEFISIT - LO	364,074,237,430	370,954,035,917	(6,879,798,487)	(1.855)

C. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Implementasi Indikator Kinerja Utama (IKU: 33) melalui lean project yang terlaksana Tahun 2023, menciptakan efisiensi sumber daya sebagai berikut:

   a) Operasionalisasi ruang transit di IGD.

   Pembukaan Ruang Transit IGD bertujuan untuk mengatasi permasalahan utama dalam pelayanan di IGD, yaitu memanjangnya waktu tunggu pasien di IGD dan penggunaan yang kurang optimal dari sumber daya yang tersedia. pembukaan R. Transit IGD berfungsi sebagai perantara antara IGD dan ruang rawat inap definitive. Pembukaan Ruang Transit IGD merupakan salah satu solusi untuk Peningkatan Efisiensi Biaya Layanan di Ruang Tindakan IGD.

   Length of Stay (LOS) adalah mengurangi lamanya seorang pasien berada di IGD sebelum akhirnya dipulangkan, dirawat, operasi atau meninggal atau biasa. RSHS menetapkan waktu pelayanan di IGD ≤4 jam dengan target capaian ≥ 90%.

   Implementasi pelaksanaan pembukaan Ruang Transit IGD menunjukkan peningkatan capaian LOS IGD mencapai 45,10% selama bulan Juli hingga Desember 2023, dibandingkan dengan bulan Januari sebesar 29,1%. Pada periode tahun 2022 hasil capaian LOS IGD didapatkan rata-rata sebesar 32,6% jauh dibawah standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu 90%.

   Stagnasi pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) memiliki dampak terhadap biaya layanan kesehatan. Beberapa dampak yang terkait dengan biaya:

   - Biaya Operasional Tambahan

     Stagnasi pasien memerlukan alokasi sumber daya tambahan seperti tenaga medis, tempat tidur, peralatan medis, dan obat-obatan. Ini dapat menyebabkan peningkatan biaya operasional rumah sakit.

   - Penurunan Efisiensi

     Ketika IGD berlebihan kapasitas karena stagnasi pasien, efisiensi layanan kesehatan dapat menurun. Proses perawatan yang lebih lambat dan penundaan dapat mengakibatkan biaya lebih tinggi dalam jangka panjang.

   - Risiko Komplikasi

Pasien yang terjebak dalam IGD lebih lama juga berisiko mengalami komplikasi kesehatan yang memerlukan perawatan tambahan. Ini bisa menambah biaya perawatan secara signifikan.

- Overhead Tambahan

  Rumah sakit mungkin perlu menyewa atau mempekerjakan lebih banyak staf tambahan untuk menangani pasien yang terjebak di IGD, yang dapat meningkatkan biaya overhead.

- Potensi Penurunan Pendapatan

  Stagnasi pasien di IGD juga dapat mengganggu aliran pasien yang direncanakan, yang dapat mengurangi pendapatan rumah sakit jika pasien dengan perawatan yang lebih mahal harus ditunda

b) Penerapan Applikasi Pemberkasan Tagihan Vendor Terinegrasi (Applikasi SAUR SEPUH)

Berkenaan dengan tuntutan pelaporan dan kemajuan teknologi, dimana laporan harus disajikan secara detail, tepat waktu dan akurat serta menghindari pekerjaan yang berulang. sehingga perlu di kembangkan teknologi yang bisa menjembatani kebutuhan manajemen tersebut dimana input data dilakukan sekali akan tetapi menghasilkan berbagai informasi yang dibutuhkan.

Applikasi Saur Sepuh menghasilkan data yang tepat, cepat dan akurat sebagai sumber data yang dapat digunakan untuk berbagai pelaporan.

Selain itu data-data yang ada dalam aplikasi terintegrasi akan menjadi sumber data yang terjaga validitasnya sebagai sumber pelaporan (*Single Source of Truth.*

Efisiensi yang tercipta dengan adanya penerapan applikasi SAUR SEPUH adalah*:*

- Pekerjaan Pendetailan Barang Persediaan secara manual tidak lagi dilakukan karena pendetailan secara otomatis menjadi output dari applikasi SAUR SEPUH.
- Apabila telah dilaksanakan Interkoneksi dengan Applikasi Keuangan Milik Kementerian Keuangan (SAKTI) tidak ada lagi input ke Applikasi SAKTI karena data output tersediaan di applikasi SAUR SEPUH

2. Pelaksanaan Kegiatan efisiensi sumber daya terkait Pemenuhan Ketersediaan Sarana dan Prasarana di rumah sakit oleh IPSRS Tahun 2023 (IKU:30)

2.1. Efesiensi di bidang AC/Tata udara

a. Pemilihan jenis AC

1) Jenis AC yang memiliki COP yang tinggi

2) Jenis AC VRV (*variable refrigerant volume*) dan inverter

b. Edukasi penghematan energi sumber daya listrik

1) Pemasangan stiker hemat listrik

2) Pemasangan stiker matikan AC bila tidak di gunakan

2.2. Efesiensi di bidang listrik

a. Penggantian lampu pijar dan cfl menjadi lampu LED

b. Jam operasional penggunaan lampu ruangan

ON 17.30 - 06.00 (Senin - Minggu)

OFF 06.00 - 17.30 (Senin - Minggu)

c. Mengurangi LUX pada ruangan tertentu

d. Edukasi penghematan energi listrik

1) Pemasangan stiker hemat listrik

2) Matikan saklar ketika jika tidak di perlukan

3) Cabut steker alat listrik yang tidak terpakai

4) Nilai lampu penerangan utama tingkat cahaya 200 lux

5) Nilai lampu penerangan tidur tingkat cahaya 50 lux

2.3 Efisensi air bersih

a. Jam operasional pompa distribusi air sentral

1) ON 05.00 - 19.00 (Senin-Jumat)

2) OFF 19.00 - 05.00 (Senin-Jumat)

3) ON 08.00 - 18.00 (Sabtu-Minggu)

4) OFF 18.00 - 08.00 (Sabtu-Minggu)

b. Selama pompa distribusi dalam kondisi off suplai air ke ruangan-ruangan unit lain di suplai langsung dari jalur induk PAM kota dengan mengatur stop kran induk

c. Pemasangan tandon air di tiap tiap gedung

d. Pemasangan pompa-pompa air dengan sistem 2 motor bergantian dengan sistem otomatis untuk mengisi tandon air atas

e. Edukasi penghematan air

1) Pemasangan stiker hemat air

2) Pemasangan stiker tutup kran jika tidak digunakan

2.4 Efisiensi lift

Jam operasional lift khusus pasien Gedung Anggrek (rawat jalan)

ON === 07.30 - 15.30 (Senin-Jumat)

OFF === 15.30 - 07.30 (Senin-Jumat)

BAB IV
KESIMPULAN

Capaian kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2023 dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020 – 2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian.

Pada pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program-program yang ada mendekati pencapaian kinerja maksimal sesuai target yang telah direncanakan. Pencapaian dari 43 IKU yang diperjanjikan RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2023 telah mencapai target sebesar 86,05% (37 dari 43 IKU) dan IKU yang belum mencapai target sebesar 13,95% (6 dari 43 IKU).

IKU yang tidak mencapai target tahun 2023 adalah Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit, Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (RME), Jumlah Laporan Pengukuran 13 INM yang mencapai target, Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dengan capaian target kejadian sentinel nol, Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU dan Persentase Nilai EBITDA Margin.

Keberhasilan yang telah dicapai Tahun 2023 diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan untuk hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan yang akan menjadi perhatian utama dalam pelaksanaan program dan kegiatan Tahun 2024.

Laporan kinerja RSHS ini selain merupakan media pertanggungjawaban kinerja, juga diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi dan bahan masukan bagi para pemangku jabatan baik dilingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin maupun di tingkat Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

Lampiran

1. Laporan Neraca Tahun 2023

NERACA - BLU
TINGKAT SATUAN KERJA
PER DESEMBER 2023 DAN 2022
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	**: 024**	**KEMENTERIAN KESEHATAN**
UNIT ORGANISASI	**: 04**	**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**
KDUAPPAW	**: 024040200KD**	**BA(024) ES1(04) JAWA BARAT**
KODE SATKER	**: 415479**	**RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG**

Tgl Data 18/01/24 12:07 AM
Tgl. Cetak 18/01/2024 7:41 AM
lap_blu_neraca_satker

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
ASET				
ASET LANCAR				
Kas Lainnya dan Setara Kas	152,694,780	78,673,860	74,020,920	94.09
Kas pada Badan Layanan Umum	93,551,570,607	171,323,412,519	(77,771,841,912)	(45.39)
Investasi Jangka Pendek- Badan Layanan Umum	132,500,000,000	160,000,000,000	(27,500,000,000)	(17.19)
Uang Muka Belanja (prepayment)	5,703,689,105	50,904,181,239	(45,200,492,134)	(88.80)
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	81,848,130,482	153,079,489,507	(71,231,359,025)	(46.53)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(49,466,943,640)	(61,389,108,191)	11,922,164,551	(19.42)
PIUTANG DARI KEGIATAN OPERASIONAL BLU (NETTO)	32,381,186,842	91,690,381,316	(59,309,194,474)	(64.68)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	300,140,859	386,821,173	(86,680,314)	(22.41)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(29,167,932)	(25,598,241)	(3,569,691)	13.95
PIUTANG DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL BLU (NETTO)	270,972,927	361,222,932	(90,250,005)	(24.98)
Persediaan	223,625,083,082	35,251,341,617	188,373,741,465	534.37
JUMLAH ASET LANCAR	**488,185,197,343**	**509,609,213,483**	**(21,424,016,140)**	**(4.20)**
ASET TETAP				
Tanah	2,394,460,169,000	2,381,708,969,000	12,751,200,000	0.54
Peralatan dan Mesin	1,591,085,203,314	1,441,193,151,417	149,892,051,897	10.40
Gedung dan Bangunan	680,947,424,976	657,064,061,327	23,883,363,649	3.63
Jalan, Irigasi dan Jaringan	14,311,301,888	13,961,301,888	350,000,000	2.51
Aset Tetap Lainnya	80,210,486	77,197,462	3,013,024	3.90
Konstruksi Dalam Pengerjaan	190,899,834,168	21,373,196,587	169,526,637,581	793.17
AKUMULASI PENYUSUTAN	(1,256,152,746,563)	(1,159,428,302,761)	(96,724,443,802)	8.34
JUMLAH ASET TETAP	**3,615,631,397,269**	**3,355,949,574,920**	**259,681,822,349**	**7.74**
ASET LAINNYA				
Aset Tak Berwujud	10,577,437,371	10,474,847,371	102,590,000	0.98
Aset Lain-lain	13,457,590,430	8,610,501,294	4,847,089,136	56.29
AKUMULASI PENYUSUTAN/AMORTISASI ASET LAINNYA	(18,830,346,551)	(13,328,534,790)	(5,501,811,761)	41.28
JUMLAH ASET LAINNYA	**5,204,681,250**	**5,756,813,875**	**(552,132,625)**	**(9.59)**
JUMLAH ASET	**4,109,021,275,862**	**3,871,315,602,278**	**237,705,673,584**	**6.14**
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
Utang kepada Pihak Ketiga	1,855,621,703	101,891,422,461	(100,035,800,758)	(98.18)
Pendapatan Diterima Dimuka	116,222,666	1,022,574,917	(906,352,251)	(88.63)
JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK	**1,971,844,369**	**102,913,997,378**	**(100,942,153,009)**	**(98.08)**
JUMLAH KEWAJIBAN	**1,971,844,369**	**102,913,997,378**	**(100,942,153,009)**	**(98.08)**

NERACA - BLU

TINGKAT SATUAN KERJA

PER DESEMBER 2023 DAN 2022

(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	**: 024**	**KEMENTERIAN KESEHATAN**
UNIT ORGANISASI	**: 04**	**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**
KDUAPPAW	**: 024040200KD**	**BA(024) ES1(04) JAWA BARAT**
KODE SATKER	**: 415479**	**RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG**

Tgl Data 18/01/24 12:07 AM
Tgl. Cetak 18/01/2024 7:41 AM
lap_blu_neraca_satker

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
EKUITAS				
EKUITAS				
Ekuitas	4,107,049,431,493	3,768,401,604,900	338,647,826,593	8.99
JUMLAH EKUITAS	**4,107,049,431,493**	**3,768,401,604,900**	**338,647,826,593**	**8.99**
JUMLAH EKUITAS	**4,107,049,431,493**	**3,768,401,604,900**	**338,647,826,593**	**8.99**
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	**4,109,021,275,862**	**3,871,315,602,278**	**237,705,673,584**	**6.14**

2. Laporan Arus Kas Tahun 2023

LAPORAN PERUBAHAN SALDO ANGGARAN LEBIH
TINGKAT SATKER
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022
(dalam rupiah)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	: 024	KEMENTERIAN KESEHATAN
ESELON I	: 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI	: 0200	JAWA BARAT
JENIS SATUAN KERJA	: K8	
SATUAN KERJA	: 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG

Tgl Data : 18/01/24 12:10 AM
Kode Lap : LPSAL.SATKER
Tanggal : 18/01/24 7:42 AM
Halaman : 1
Prg ID : lap_lpsal_satker

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
SALDO ANGGARAN LEBIH (SAL AWAL)	331,323,412,519	367,356,101,976	(36,032,689,457)	-
PENGGUNAAN SAL	0	0	0	-
Sub Total	331,323,412,519	367,356,101,976	(36,032,689,457)	-
SISA LEBIH/KURANG PEMBIAYAAN ANGGARAN (SiLPA/SiKPA)	(427,983,402,895)	(348,905,877,405)	(79,077,525,490)	-
Penyesuaian SiLPA/SiKPA	0	0	0	-
Penyesuaian Transaksi BLU dengan BUN	322,711,760,983	312,873,187,948	9,838,573,035	-
Pendapatan Alokasi APBN	323,144,299,735	313,419,978,850	9,724,320,885	-
Penyetoran PNBP ke Kas Negara	(432,538,752)	(546,790,902)	114,252,150	-
Penyetoran Surplus BLU ke Kas Negara	0	0	0	-
Pengembalian Pendapatan BLU TAYL	0	0	0	-
Transaksi antar BLU	0	0	0	-
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA) Setelah Penyesuaian	(105,271,641,912)	(36,032,689,457)	(69,238,952,455)	-
Sub Total	226,051,770,607	331,323,412,519	(105,271,641,912)	-
Koreksi Kesalahan Pembukuan Tahun Sebelumnya	0	0	0	-
Lain-lain	0	0	0	-
Saldo Anggaran Lebih Akhir	226,051,770,607	331,323,412,519	(105,271,641,912)	-

LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS - BLU
TINGKAT SATKER
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022
(dalam rupiah)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	: 024	KEMENTERIAN KESEHATAN
ESELON I	: 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI	: 0200	JAWA BARAT
JENIS SATUAN KERJA	: K8	
SATUAN KERJA	: 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG

Tgl Data : 18/01/24 12:10 AM
Kode Lap : LPE.BLU.STK
Tanggal : 18/01/24 7:42 AM
Halaman : 1
Prg ID : lap_blu_lpe_satker

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
EKUITAS AWAL	3,768,401,604,900	3,723,656,663,726	44,744,941,174	-
SURPLUS/DEFISIT-LO	364,074,237,430	370,954,035,917	(6,879,798,487)	-
DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI	0	0	0	-
KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS	(93,161,413,849)	(18,951,241,737)	(74,210,172,112)	-
PENYESUAIAN NILAI ASET	0	0	0	-
KOREKSI NILAI PERSEDIAAN	(1,644,899,752)	(13,580,645,248)	11,935,745,496	-
KOREKSI ATAS REKLASIFIKASI	32,516,880	0	32,516,880	-
SELISIH REVALUASI ASET	0	0	0	-
KOREKSI NILAI ASET NON REVALUASI	(91,549,030,977)	(5,370,596,489)	(86,178,434,488)	-
LAIN-LAIN	0	0	0	-
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	67,735,003,012	9,338,490,813	58,396,512,199	-
KENAIKAN/PENURUNAN EKUITAS	338,647,826,593	361,341,284,993	(22,693,458,400)	-
EKUITAS AKHIR	4,107,049,431,493	4,084,997,948,719	22,051,482,774	-

LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA - BLU
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN/LEMBAGA : KEMENTERIAN KESEHATAN 024
ESELON I : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04
SATUAN KERJA : RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG 415479

Waktu Olap: 2024-01-18 00:09:14.0 [B@7d3758b8
Kode Lap : LRA.BLU.STK
Tanggal : 18/01/24 7:42 AM
Halaman : 1
Prg ID : lap_blu_lra_face_satker

NO	URAIAN	2023				2022			
		ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
A	PENDAPATAN NEGARA DAN HIBAH				0				0
	PENERIMAAN PERPAJAKAN	0	0	0	0	0	0	0	0
	PENERIMAAN NEGARA BUKAN PAJAK	886,725,499,000	948,798,412,671	62,072,913,671	107	852,620,673,000	819,845,784,063	(32,774,888,937)	96
	PENERIMAAN HIBAH	0	0	0	0	0	0	0	0
	JUMLAH PENDAPATAN DAN HIBAH	886,725,499,000	948,798,412,671	62,072,913,671	107	852,620,673,000	819,845,784,063	(32,774,888,937)	108
B	BELANJA				0				0
	BELANJA PEGAWAI	147,987,061,000	145,022,768,531	(2,964,292,469)	98	149,377,305,000	140,259,999,778	(9,117,305,222)	94
	BELANJA BARANG	1,021,435,836,000	929,673,826,990	(91,762,009,010)	91	846,922,685,000	752,420,701,407	(94,501,983,593)	89
	BELANJA MODAL	348,384,368,000	302,085,220,045	(46,299,147,955)	87	392,132,339,000	276,070,960,283	(116,061,378,717)	70
	BELANJA PEMBAYARAN KEWAJIBAN UTANG	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA SUBSIDI	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA HIBAH	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA BANTUAN SOSIAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA LAIN-LAIN	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA TRANSFER KE DAERAH DAN DANA DESA	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Bagi Hasil	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Alokasi Umum	0	0	0	0	0	0	0	0

LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA - BLU
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN/LEMBAGA : KEMENTERIAN KESEHATAN 024
ESELON I : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04
SATUAN KERJA : RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG 415479

Waktu Olap: 2024-01-18 00:09:14.0 [B@3dd4171c
Kode Lap : LRA.BLU.STK
Tanggal : 18/01/24 7:42 AM
Halaman : 2
Prg ID : lap_blu_lra_face_satker

NO	URAIAN	2023				2022			
		ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
	Dana Alokasi Khusus Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
	Data Otonomi Khusus	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Alokasi Khusus Non Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Desa	0	0	0	0	0	0	0	0
	JUMLAH BELANJA (B I + B II)	1,517,807,265,000	1,376,781,815,566	(141,025,449,434)	91	1,388,432,329,000	1,168,751,661,468	(219,680,667,532)	84
C	PEMBIAYAAN				0				0

3. SK PIC Indikator Kinerja Unit

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
Telepon : (022) 2034953, 2034954 (Auditing) Faksimile : (022) 2032216, 2032533
Laman : www.rshs.or.id Pos-el : rsup@rshs.web.id
SMS hotline : 08112331555, Contact Center : 022 - 2551111, Reservasi Online : reservasi.rsha.or.id, facebook : rshsbdg, twitter@rshsbdg

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/X.4.2.1/17076/2020
TENTANG
***PERSON INCHARGE* (PIC) INDIKATOR KINERJA UNIT**
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DOKUMEN MASTER

Menimbang :
a. bahwa indikator kinerja RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung telah ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan maupun oleh Direktur Jenderal Perbendaharaan BLU Kementerian Keuangan;
b. bahwa semua unit kerja di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berkewajiban untuk menyusun/melaporkan hasil kinerja unit sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan secara akurat, akuntabel dan tepat waktu;
c. bahwa sehubungan dengan butir a dan b tersebut dan untuk menunjang pelaksanaan penilaian /pelaporan kinerja tersebut, maka perlu ditetapkan *Person Incharge* (PIC) indikator kinerja unit yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung.

Mengingat :
1. Undang Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2007 tentang perubahan Peraturan Pemerintah 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
7. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 249/PMK.02/2011 tentang Pengukuran dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kemneterian Negara / Lembaga;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2019 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
10. Peraturan Menteri PAN/RB No 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan tata cara Reviu atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
11. Peraturan Menteri PAN/RB Nomor 12 Tahun 2015 tentang Juknis Evaluasi SAKIP.

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN...

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami

-2/13-

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG *PERSON IN CHARGE* (PIC) INDIKATOR KINERJA UNIT RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

KESATU : Menetapkan *Person In Charge* (PIC) Indikator Kinerja Unit RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan sebagaimana tersebut dalam lampiran Keputusan ini;

KEDUA : Tugas dari *Person In Charge* (PIC) Indikator Kinerja Unit RSUP Dr. Hasan Sadikin adalah sebagai berikut :
1. Memantau pelaksanaan program kegiatan indikator;
2. Mengumpulkan data dengan panduan kamus indikator;
3. Menghitung data yang telah terkumpul sesuai dengan panduan kamus indikator;
4. Melakukan validasi data dengan mengumpulkan data dari seluruh atau sampel sumber data ke-1;
5. Melaporkan capaian indikator kinerja secara online ke Sistem Pelaporan Kinerja Rumah Sakit Terintegrasi.

KETIGA : Dalam pelaksanaan tugasnya, *Person In Charge* (PIC) Unit kerja berkewajiban untuk melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Utama melalui Direktur *Person In Charge* (PIC);

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 4 Agustus 2020

DIREKTUR UTAMA

R. NINA SUSANA DEWI
NIP. 196212031988032001

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami

-3/13-

Lampiran Keputusan Direktur Utama
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nomor : HK.02.03/X.4.2.1/17076/2020
Tanggal : 4 Agustus 2020
Tentang *Person In charge* (PIC) Indikator Kinerja Unit
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

DAFTAR SUSUNAN PIC INDIKATOR UNIT
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2020

IKT Direktur Utama (5 Indikator)

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	50%	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	IRI	Direktur PMKP
3	Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	25%	KSM Obgin	Direktur PMKP
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	Bag. Akuntansi dan BMN	Direktur Keuangan dan BMN
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	Inst. SIRS	Direktur POU

IKI Direktur Utama (18 Indikator)

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*	> 80 %	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80 %	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3 %	IRI	Direktur PMKP
4	Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)	100%	IBS	Direktur PMKP
5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	Komite PPIRS	Direktur PMKP
6	*Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)	≤ 5,8 ‰	Komite PPIRS	Direktur PMKP
7	Cuci Tangan *(Hand Hygiene)*	85%	Komite PPIRS	Direktur PMKP
8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium Klinik	Direktur PMKP

9. kematian...

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami

-4/13-

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
9	Kematian Pasien di IGD	≤ 2,5 %	IGD	Direktur PMKP
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	B-PL	Instalasi Rawat Inap	Direktur PMKP
11	Kecepatan Respons terhadap Komplain (KRK)	> 75 %	Humas	Direktur POU
12	*Emergency Response Time 2* (ERT)	≤ 120 menit	IBS	Direktur PMKP
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	IRJ	Direktur PMKP
14	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	IRI	Direktur PMKP
15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPS)	≤ 3 jam	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	> 80 %	Instalasi Rekam Medik	Direktur PMKP
18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	> 65 %	Bag. Akuntasi & Ver	Direktur Keuangan dan BMN

Indikator BLU (32 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	5 CP I/E	Bid. Medik	Direktur PMKP
2	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3 %	IRI	Direktur PMKP
3	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	IBS	Direktur PMKP
4	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 90 %	Farmasi	Direktur PMKP
5	Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	0%	IBS	Direktur PMKP
6	Dekubitus	≤ 1,5 ‰	PPIRS	Direktur PMKP
7	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	≤ 4,7 ‰	PPIRS	Direktur PMKP
8	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	PPIRS	Direktur PMKP
9	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤ 5,8 ‰	PPIRS	Direktur PMKP
10	Phlebitis	≤ 5 %	PPIRS	Direktur PMKP

11. net...

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami

-5/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
11	Net Death Rate (NDR)	≤ 24 ‰	Bid. Medik	Direktur PMKP
12	Kematian pasien di IGD	≤ 2,5 %	IGD	Direktur PMKP
13	Angka Kematian Ibu	≤ 25 %	KSM Obgin	Direktur PMKP
14	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (*Medication Error*)	≤ 5 %	Farmasi	Direktur PMKP
15	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Radiologi	100% < 60 mnt	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100% < 30 mnt	Laboratorium	Direktur PMKP
17	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	IRI	Direktur PMKP
18	Kepuasan Pelanggan (KP)	≥ 85 % / smt	PE	Direktur POU
19	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75 %	Humas	Direktur POU
20	Emergency Response Time 2 (ERT)	≤ 120 mnt	IBS	Direktur PMKP
21	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 mnt	IRJ	Direktur PMKP
22	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	IRI	Direktur PMKP
23	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 jam	Radiologi	Direktur PMKP
24	Waktu Tunggu Pelayaanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	Laboratorium	Direktur PMKP
25	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 mnt	Farmasi	Direktur PMKP
26	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu dalam 1x24 jam (PRM)	> 80 %	Medrek	Direktur PMKP
27	% Staf di Area Klinis yang Mendapat Pelatihan 20 jam / Orang per Tahun	≥ 70 % / th	Diklit	Direktur SDM
28	%Tingkat Kehandalan Sarana Prasarana	≥ 80 % / th	Fasmed	Direktur POU
29	Tingkat Penilaian Proper	Biru / th	Kesling	Direktur POU
30	Level IT yang Terintegrasi	Siloed 2 / th	SIRS	Direktur POU
31	Persentase Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 4 / th	Diklit	Direktur SDM
32	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran	1 : 1-5 / th	Komkordik	Direktur SDM

Indikator...

-7/13-

Indikator Mutu Nasional (12 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	IRI	Direktur PMKP
2	Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat	≤ 5 menit	IGD	Direktur PMKP
3	Waktu Tunggu Rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	IRJ	Direktur PMKP
4	Penundaan Operasi Elektif	< 5 menit	IBS	Direktur PMKP
5	Kepatuhan Waktu Visite DPJP	≥ 80%	IRI	Direktur PMKP
6	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium	Direktur PMKP
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	Inst Farmasi	Direktur PMKP
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	PPIRS	Direktur PMKP
9	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	≥ 80%	Bid. Yan Medik	Direktur PMKP
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	IRI	Direktur PMKP
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	≥ 80%	Bag. PE	Direktur POU
12	Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain	≥ 80%	Sub.Bag Humas	Direktur POU

Indikator Pelayanan Klinis Prioritas (15 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Perbaikan Lymphedema pada Pasien Ca Mammae	70%	KSM IKFR	Direktur PMKP
2	Angka Ketepatan Jadwal Kemoterapi LLA Anak	20%	KSM IKA	Direktur PMKP
3	Persentase Waktu Tunggu Operasi Elektif < 48 Jam Pasien Onkologi Bedah Saraf yang Memerlukan Ruang ICU Pasca Operasi	40%	KSM Bedah Saraf	Direktur PMKP
4	Lama Rawat Pasien Pasca Operasi Radikal Nefroktomy Tumor Ginjal < 1 Minggu	75%	KSM Urologi	Direktur PMKP

5.Penurunan...

-8/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
5	Penurunan Kejadian Fistel Faringokutan Pasca Total Laringektomi	20%	KSM THT-KL	Direktur PMKP
6	Decision Time Pasien Onkologi Bedah < 2 jam	85%	IGD	Direktur PMKP
7	Persentase Kasus Lymphedema Lengan Ipsilateral pada Pasien Carcinoma Mammae yang Menjalani Radical Mastectomy atau Modified Radical Mastectomy	40%	KSM Bedah-Onko	Direktur PMKP
8	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Obgin-Onkologi	80%	KSM Obgin	Direktur PMKP
9	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) Pasien Klinik Bedah Onkologi < 60 menit	30%	IRJ	Direktur PMKP
10	Ketepatan Waktu Pasien Onkologi Bedah Masuk Rawat Inap Sesuai Jadwal Operasi di Admission Center	78%	IRI	Direktur PMKP
11	Persentase Pemenuhan Obat pada Pelayanan Pasien Kemoterapi di Ruang Asnawati dan Kemuning Lt.3	60%	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
12	Ekspertise Hasil Pemeriksaan Histopatologi Jaringan Pasien Onkologi Bedah ≤ 7 hari	80%	KSM PA	Direktur PMKP
13	Utilisasi Operasi Onkologi Bedah	73%	IBS	Direktur PMKP
14	Angka Kejadian IDO pada Pasien Onkologi Bedah ≤ 2%	-	Komite PPIRS	Direktur PMKP
15	Ketepatan dan Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Onkologi Bedah < 24 jam	80%	Instalasi Rekam Medis	Direktur PMKP

Indikator Unit

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Cuci ulang	2.00%	Instalasi Binatu	Direktur POU
2	Persentase ketepatan pendistribusian linen bersih	100%		Direktur POU
3	Kepatuhan penggunaan APD	100%		Direktur POU

4. ketepatan...

-9/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
4	Ketepatan waktu penyediaan berkas Rekam Medis di Rawat jalan;	100%	Instalasi Rekam Medis	Direktur PMKP
5	Penyelesaian *coding* klaim JKN rawat jalan 90% < tanggal 10 setiap bulannya;	90%		Direktur PMKP
6	Penyelesaian coding klaim JKN rawat inap < tanggal 5 setiap bulannya;	85%		Direktur PMKP
7	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan penyinaran di Ruang Cobalt	100%	Instalasi Radioonkologi	Direktur PMKP
8	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan penyinaran di Ruang Linac	100%		Direktur PMKP
9	Ketepatan kalibrasi dosis keluaran pesawat LINAC untuk radiasi foton dan elektron dengan maksimal penyimpangan sebesar ± 1,5%	100%		Direktur PMKP
10	Kelengkapan formulir inform consent pada berkas rekam medis pasien onkologi radiasi	100%		Direktur PMKP
11	Kelengkapan berkas dari syarat kunjungan hari pertama Ca Nasofaring	100%		Direktur PMKP
12	Lamanya waktu tunggu pasien baru di poliklinik yang dimulai dari buku rekam medik masuk ke poliklinik sampai pasien diperiksa oleh dokter	100%		Direktur PMKP
13	Kelengkapan asesmen ulang nyeri selama pasien dirawat	100%	Instalasi RIK	Direktur PMKP
14	Kelengkapan asesmen awal keperawatan dalam waktu ≤ 12 jam setelah pasien masuk Instalasi Paviliun Parahyangan	100%		Direktur PMKP
15	Angka kejadian autoekstubasi pada pasien yang terhubung dengan ventilator di ICU	0%	Instalasi Rawat Intensif	Direktur PMKP
16	Kejadian reintubasi <24 jam setelah ekstubasi pada pasien yang dirawat di ICU	0%		Direktur PMKP
17	Persentase Laporan Kesalahan Dispensing Obat oleh Depo Farmasi	< 0,1%	Instalasi farmasi	Direktur PMKP
18	Kesesuaian Stok Obat dengan Kartu Stok di Depo dan Gudang Farmasi	100%		Direktur PMKP
19	Persentase Pemenuhan Obat pada Pelayanan Pasien Kemoterapi di Ruang Asnawati dan Kemuning Lantai 3	100%		Direktur PMKP

22. TAT...

-10/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
20	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 4 jam)	100%	Instalasi Laboratorium Klinik	Direktur PMKP
21	TAT Pelayanan pemeriksaan rutin laboratorium klinik (< 4 jam)	100%		Direktur PMKP
22	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 2 jam)	100%		Direktur PMKP
23	TAT Troponin I dalam waktu 90 menit di IGD	100%		Direktur PMKP
24	Pengembalian kartu crossmatch dan kejadian reaksi transfusi			Direktur PMKP
25	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium ≤ 1%	1%		Direktur PMKP
26	Waktu tunggu pelayanan Laboratorium (<2 jam)	<2 jam		Direktur PMKP
27	TAT pemeriksaan laboratorium Hematologi rutin pasien IGD <30 menit	90%		Direktur PMKP
28	Kepatuhan kelengkapan pengisian tilik keselamatan pasien yang dilakukan operasi	100%		Direktur PMKP
29	Angka kejadian hipotermia paska operasi di ruang pemulihan	0%	KSM Anestesi dan Terapi Intensif	Direktur PMKP
30	Penusukan jarum spinal yang dilakukan > 3x pada pasien yang mendapatkan tindakan anestesi spinal	0%		Direktur PMKP
31	Angka Kejadian Konversi Anestesi Regional menjadi Anestesi Umum pada Pasien Elektif COT lantai 3 dan 4	0%		Direktur PMKP
32	Pelaksanaan assesmen pra anestesi dan sedasi pada pasien operasi elektif yang dilakukan anestesi di COT lt.3 dan 4			Direktur PMKP
33	Pemeriksaan pra anestesi/ sedasi pada pasien elektif yang akan dilakukan sedasi dalam			Direktur PMKP
34	Pelaksanaan pemantauan selama anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP
35	Pemantauan selama tindakan sedasi dalam			Direktur PMKP
36	Evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP
37	Monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca sedasi			Direktur PMKP
38	Angka Kejadian NRS ≥4 pada Pasien Paska Operasi dengan Skala Aldrette >8 di Ruang Pemulihan			Direktur PMKP
39	Kejadian Desaturasi pada Pasien yang Dilakukan Sedasi Sedang-Berat di Luar OK			Direktur PMKP

40. waktu...

-12/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
60	Clinically Deteriorated Epidural Hematoma (EDH) Response Time		KSM Bedah saraf	Direktur PMKP
61	Kepatuhan clinical Pathway Glioma			
62	LOS	7 hari		
63	Waktu Tunggu Rawat Jalan	<60 menit		
64	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	<48 jam		
65	Infeksi Daerah Operasi	<2%		
66	Waktu tunggu pelayanan sterilisasi steam	100%	Instalasi CSSD	Direktur PMKP
67	Kepatuhan penggunaan APD pada saat proses pembersihan	100%		Direktur PMKP
68	Kematian pasien di IGD	≤ 2,5%	IGD	Direktur PMKP
69	Kepatuhan CP Gawat Janin	100%		
70	Kepatuhan CP Ketuban Pecah Dini	100%		
71	LOS KPD	4 hari		
72	Kepatuhan CP Eklamsi	100%		
73	Kepatuhan CP Ca Cervix	100%		
74	Kepatuhan CP Kanker Ovarium	100%		
75	LOS CP kanker buli	4 hari		
76	Kepatuhan CP Prolapsus Tumpul Vagina	100%		
77	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina AP	100%		
78	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Anterior	100%		
79	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Posterior	100%		
80	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri	100%		
81	Kepatuhan CP Endometrioma	100%		
82	Kepatuhan CP Endometriosis Pasca Operasi	100%		
83	Kepatuhan CP Endometriosis (terkait infertilitas)	100%		
84	Penurunan kejadian fistel faringokutaneus pasca total laringektomi	0,00%	KSM THT-KL	Direktur PMKP
85	Adekuasi dialisis	85%	Instalasi Hemodialisa	Direktur PMKP
86	Status nutrisi	85%		Direktur PMKP
87	Pelabelan wadah gamet	100%	Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu	Direktur PMKP
88	Angka fertilisasi pada program fertilisasi in vitro	100%		Direktur PMKP
89	Waktu tunggu pelayanan endodonsia	100%	KSM Gigi dan Mulut	Direktur PMKP
90	Kepatuhan pengisian *informed consent* secara lengkap pasien rawat jalan SMF Gigi dan Mulut	100%		

91. waktu...

-13/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
91	Waktu penyelesaian pembuatan VeR (Visum et Repertum) jenazah	5 hari kerja	KSM Ilmu Kedokteran Forensik	Direktur PMKP
92	Kepatuhan penggunaan APD pada tindakan embalming (menggunakan formaldehid)	100%		
93	Angka kejadian pneumonia pada pasien stroke infark dengan pemasangan NGT;		KSM Neurologi	Direktur PMKP
94	Kepatuhan pemberian aspilet pada pasien stroke infark	100%		
95	Kepatuhan penerapan CP cerebral infarction due to to thrombosis of cerebral arteries	100%		

DIREKTUR UTAMA

R. NINA SUSANA DEWI
NIP. 196212011988032001

4. *KAMUS INDIKATOR IKU*

IKU 1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

IKU1. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT	
Perspektif	*Stakeholder*
Sasaran Strategis	Meningkatnya kepuasan Pelanggan
IKU	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
Definisi	**Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)** adalah Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat adalah nilai, data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Unsur yang dinilai antar lain: 1. Persyaratan Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. 2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan. 3. Waktu Penyelesaian Waktu penyelesaian adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. 4. Biaya/Tarif *) Biaya/Tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat. 5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. -9- Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan. 6. Kompetensi Pelaksana **) Kompetensi Pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman. 7. Perilaku Pelaksana **) Perilaku Pelaksana adalah sikap petugas dalam memberikan pelayanan. 8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan Penanganan pengaduan, saran dan masukan, adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut. 9. Sarana dan prasarana Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung). Nilai penimbang adalah Jumlah bobot terhadap 9 (Sembilan) unsur pelayanan yang dikaji
Formula (rumus)	$IKM = \frac{Total\ dari\ Nilai\ Persepsi\ Per\ Unsur}{Total\ unsur\ yang\ terisi} x\ Nilai\ Penimbang$
Person in Charge	Direktur Layanan Operasional RSHS

Sumber Data	Hasil survei kepuasan pelanggan di rawat inap, rawat jalan, Intensif, penunjang dan IGD				
Periode Pelaporan	Semesteran				
Baseline	Rata rata IKM: 82 (baik)				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	83	83	84	84	85

IKU2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

IKU2. PERSENTASE PENURUNAN JUMLAH KEMATIAN DI RUMAH SAKIT					
Perspektif:	Stakeholder				
Sasaran Srategis	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat				
IKU	Persentase penurunan Jumlah kematian di rumah sakit				
Definisi Operasional	Jumlah Kematian di Rumah Sakit adalah nilai NDR (Nett Death Rate) pada periode tahun berjalan. Nett Death Rate adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.				
Formula (Rumus)	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati, dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Data sensus harian rawat inap				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	< 2,4%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	< 2,5	< 2,5

IKU3. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

IKU2. PERSENTASE PENURUNAN JUMLAH KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Srategis	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
IKU	Persentase Jumlah kematian ibu di rumah sakit

Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Kematian ibu adalah kematian ibu hamil, bersalin sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait langsung dengan oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh penyebab tidak langsung, kecelakaan/cedera, Covid-19, dan Dead On Arrival (DOA). **Penyebab langsung (direct obstetric deaths)** Kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan (pada saat hamil, melahirkan, dan nifas) dan karena intervensi, kelalaian, tatalaksana yang tidak sesuai, atau dari serangkaian kejadian yang disebabkan oleh hal tersebut. Contoh Perdarahan, tekanan darah tinggi dalam kehamilan, Komplikasi anestesi atau seksio sesarea. **Penyebab tidak langsung (indirect obstetric**) Kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit/kondisi yang telah ada sebelum kehamilan atau penyakit yang memberat selama kehamilan dan tidak disebabkan oleh penyebab langsung, tetapi diperberat oleh efek fisiologis selama kehamilan. Contoh: Penyakit jantung, Penyakit ginja.
Formula (Rumus)	100% - (Jumlah kematian ibu tahun berjalan / Jumlah kematian ibu tahun sebelumnya x 100%)
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Data divisi Obstetri Ginekologi Sosial
Periode Pelaporan	Triwulan
Base Line	36

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

IKU4. Waktu Tanggap Operasi Emergency Sectio Cesarea

IKU4. WAKTU TANGGAP OPERASI EMERGENVY SECTIO CESAREA	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Srategis	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
IKU	Persentase Jumlah kematian ibu di rumah sakit
Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin yang harus dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi. (Contoh: hipoksia pada janin atau bradikardia menetap,

	prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, kecurigaan ruptur uteri, abruptio plasenta mayor) (NICE Guidelines, 2021) Pengukuran indikator waku tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.				
Formula (Rumus)	Jumlah waktu tanggap yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan seksio sesarea Emergensi				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Data divisi Obstetri Ginekologi Sosial				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	≤ 30 menit				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	≤ 30	≤ 30

IKU5. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

IKU5. ANGKA KEMATIAN NEONATAL DINI (AKND)					
Perspektif	Stakeholder				
Sasaran Srategi	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat				
IKU	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)				
Definisi Operasional	Kematian neonatal dini adalah kematian bayi usia 0-6 hari. Angka kematian neonatal dini adalah jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS.				
Formula (Rumus)	$\frac{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Dini}}{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Lahir Hidup}} \times 1000$				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Data divisi Neonatologi KSM IKA				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	74‰				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	72‰	67‰	64‰	61‰	56‰

IKU.6 Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

IKU6. PERSENTASE UTILISASI RUANGAN OPERASI					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi				
IKU	Persentase Utilisasi ruangan operasi				
Definisi Operasional	Utilisasi kamar operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.				
Formula (Rumus)	(Jumlah Waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi Jumlah waktu kerja efektif) x 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Dokumen Pelayanan Kamar Operasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	61.70%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	52%	65%	72%	75%

IKU7. Jumlah Hasil Penelitian yang diterapkan per tahun

IKU7. JUMLAH HASIL PENELITIAN YANG DITERAPKAN PER TAHUN	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif
IKU	Jumlah hasil Penelitian yang Diterapkan Per Tahun
Definisi	Jumlah hasil penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS. Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun. Penelitian tidak harus dipublikasikan.

Formula (rumus)	Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh direktur pada tahun terkait.				
Person in Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Laporan penelitian yang diterapkan				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Baseline	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3	5	7	5	5

IKU8. Jumlah Penelitian dengan publikasi internasional

IKU8. JUMLAH PENELITIAN DENGAN PUBLIKASI INTERNASIONAL					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif				
IKU	Jumlah hasil Penelitian yang Diterapkan Per Tahun				
Definisi	Jumlah penelitian staf medis dan non medis RSHS yang dipublikasikan dalam jurnal internasional dalam waktu satu tahun. Penelitian adalah kegiatan pengumpulan data baik dalam bentuk uji klinik maupun non uji klinik di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang hasil penelitiannya dapat diterapkan dalam pelayanan rumah sakit dan menjadi acuan bagi Direktur Utama untuk membuat kebijakan dalam memperbaiki mutu pelayanan rumah sakit Publikasi internasional adalah kegiatan menyampaikan hasil penelitian pada jurnal ilmiah profesi internasional yang sudah memiliki ISSN (Internasional Standard Serial Number)				
Formula (rumus)	Jumlah hasil penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal internasional pada tahun berjalan				
Person in Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber Data	Laporan penelitian yang diterapkan				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Baseline	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	2	2

IKU9. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elekctronik Medical Record (EMR)

IKU9. PERSENTASE PELAYANAN PASIEN YANG MENGGUNAKAN ELEKTRONIK MEDICAL RECORD (EMR)	
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran	Terwujudnya Proses yang Inovatif

Srategis					
IKU	Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)				
Definisi Operasional	RME adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai onformasi Kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola dan dikonsultasikan oleh tenaga Kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan				
Formula (Rumus)	Jumlah Penggunaan EMR dibagi jumlah kunjungan pasien				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	EMR				
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester, Tahunan				
Base Line	0%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100%	100%	100%	100%	100%

IKU10. Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital

IKU10. SISTEM INFORMASI SURVEILANS TERINTEGRASI BERBASIS DIGITAL					
Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Srategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif				
IKU	Sistem Informasi Surveilans Terintegrasi Berbasis Digital				
Definisi Operasional	Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digtal suatu sistem informasi yang dikelola secara sistematis sehingga mampu mengumpulkan, mengolah secara cepat akurat dan uptodate sesuai dengan tujuan dan sasaran. Sistem informasi surveilans terintegrasi berbasis digital adalah sistem pencatatan dan pelaporan kejadian infeksi rumah sakit yang terintegrasi antar unit ruang perawatan yang dilakukan dengan menggunakan teknologi informasi berbasis digital				
Formula (Rumus)	Jumlah sistem informasi surveilans rumah sakit yang terintegrasi antar unit ruang perawatan				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Data Hais dari PPIRS				
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester, Tahunan				
Base Line	0%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1 sistem	1 sistem

IKU11. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi

IKU11. PERSENTASE KEJADIAN INFEKSI DAERAH OPERASI

Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan				
IKU	Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi				
Definisi Operasional	IDO adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi, daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah. Kriteria IDO : a. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia. b. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic. c. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak total, kemerahan dan hangat lokal) d. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi.				
Formula (Rumus)	Jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) : Jumlah seluruh pasien operasi x 100% = ___%.				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Pasien Rawat Inap yang dilakukan operasi klasifikasi Bersih & Bersih Terkontaminasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	1,30%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	≤2%	≤2%	≤1,5%	≤1%	≤1%

IKU12. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ ≤ 60 menit

IKU12. PERSENTASE PASIEN YANG MEMENUHI STANDAR WTRJ ≤ 60 MENIT	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
IKU	Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ ≤ 60 Menit
Definisi Operasional	Persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60, mulai dari cetak karcis sampai dilayani dokter
Formula (Rumus)	Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dibagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan dikali seratus persen
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Tarikan data kunjungan dan waktu pelayanan dari SIRS
Periode Pelaporan	Bulanan

Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	77%	80%	83%	85%	90%

IKU13. Persentase pasien yang memnuhi standar WTE ≤ 48 jam

IKU13. PERSENTASE PASIEN YANG MEMENUHI STANDAR WTE ≤ 48 JAM					
Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan				
IKU	Persentase pasien yang memnuhi standar WTE ≤ 48 jam				
Definisi Operasional	- 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 - waktu tnggu operasi elektif adalah waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan - sejak pasien masuk rawat inap adalah waktu saat pasien masuk rawat inap berdasarkan waktu yang tertera di formulir ringkasan masuk dan keluar rawat inap, pada kolom masuk rawat inap - sampai operasi dilaksanakan adalah waktu saat pasien diterima oleh petugas kamar operasi berdasarkan waktu (jam) yang tertera di formulir daftar tilik keselamatan operasi (DTKO) pada kolom sign in				
Formula (Rumus)	Jumlah pasien dengan waktu tunggu sejak masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan kurang atau sama dengan 48 jam dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Instalasi bedah Sentral dan Instalasi rawat inap				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	skor 1,5				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	1,5	1,5	1,5	80	80

IKU14. PERSENTASE CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS SESUAI STANDAR PERTAHUN

IKUP14. PERSENTASE CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS SESUAI STANDAR PERTAHUN					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan				
IKU	Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas sesuai standar per tahun				
Definisi Operasional	**Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas** adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinik klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalaha. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi.				
Formula (Rumus)	Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Komite Mutu dan keselamatan pasien				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	60%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	65%	70%	70%	70%	75%

IKU15. Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target

IKUP15. JUMLAH LAPORAN PENGUKURAN 13 INDIKATOR NASIONAL MUTU YANG MENCAPAI TARGET	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
IKU	Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target

Definisi Operasional	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. 13 Indikator Mutu Nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain : 1. Kepatuhan kebersihan tangan. Target : ≥ 90% 2. Kepatuhan penggunaan APD. Target : 100% 3. Kepatuhan identifikasi pasien. Target : 100% 4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi. Target : ≥ 80% 5. Waktu tunggu rawat jalan. Target ≥ 80%. 6. Penundaan operasi elektif. Target : < 5% 7. Kepatuhan waktu visite dokter. Target : ≥ 80%. 8. Pelaporan hasil kritis laboratorium. Target : 100%. 9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional. Target : ≥ 90%. 10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway). Target : ≥ 85% 11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Target : 100% 12. Kecepatan waktu tanggap komplain. Target : ≥ 80%. 13. Kepuasan pasien. Target : ≥ 80%
Formula (Rumus)	Jumlah laporan bulanan 13 INM dengan hasil mencapai target pada masing-masing indikator
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Komite Mutu dan keselamatan pasien
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	12 laporan	12 laporan

IKU16. Jumlah laporan Insiden Kesalamatan Pasien dengan Capaian Target Kejadian Sentinel Nol

IKU16. JUMLAH LAPORAN INSIDEN KESALAMATAN PASIEN DENGAN CAPAIAN TARGET KEJADIAN SENTINEL NOL	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
IKU	Jumlah laporan pengukuran 13 indikator nasional mutu yang mencapai target

Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan insiden sentinel nol (never event nihil). Insiden keselamatan pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden sentinel adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit ataupun keadaan pasien. Insiden sentinel yang dilaporkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin telah ditetapkan didalam SK Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Nomor HK.02.03/X.4.2.1/16131/2022 tentang Pengelolaan kejadian sentinel pada keselamatan pasien
Formula (Rumus)	Jumlah laporan bulanan IKP sentinel yang menunjukkan insiden sentinel nol (never event nihil)
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Komite Mutu dan keselamatan pasien
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	12	12

IKU17. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Per Semester

IKU17. JUMLAH LAPORAN PELAKSANAAN AUDIT MEDIS 9 KASUS LAYANAN PRIORITAS PER SEMESTER	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
IKU	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis 9 Kasus Layanan Prioritas Per Semester

Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis. Hasil Pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan. Laporan hasil audit medis 9 kasus layanan prioritas dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan. 9 layanan prioritas antar lain : 1. Kanker 2. Jantung 3. Stroke 4. Uronefrologi 5. TB 6. DM 7. PIE (Penyakit Infeksi Emerging) 8. KIA 9. Gastrohepatologi
Formula (Rumus)	Jumlah laporan hasil audit medis 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Komite Medik
Periode Pelaporan	Semester
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	2	2

IKU18. Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas

IKU 18. JUMLAH CAPAIAN TARGET STRATA UTAMA DARI 9 LAYANAN PENYAKIT PRIORITAS	
Perspektif:	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah sakit Pendidikan
IKU	Jumlah Capaian Target Strata Utama dari 9 Layanan Penyakit Prioritas

Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas dengan minimal memiliki strata utama. Kriteria Strata Utama pada masing-masing layanan sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh Kemenkes. 9 layanan prioritas antara lain : 1. Kanker 2. Jantung 3. Stroke 4. Uronefrologi 5. TB 6. DM 7. PIE (Penyakit Infeksi Emerging) 8. KIA 9. Gastrohepatologi				
Formula (Rumus)	Jumlah layanan prioritas RS Umum Vertikal yang Mencapai Kriteria Strata Utama				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Komite Medik				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1	1

IKU19. Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP < 30 Menit

IKU19. PERSENTASE KASUS RUJUKAN SISRUTE DENGAN KEPUTUSAN FINAL DPJP< 30 MENIT	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan strata 4 (untuk 9 Layanan Prioritas)
IKU	Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP < 30 Menit

Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima) ≤ 30 menit..				
Formula (Rumus)	Jumlah kasus rujukan sisrute yang memiliki keputusan final kurang dari 30 menit dibagi Jumlah total kasus rujukan sisrute yang ditindaklanjuti X 100%				
Person in charge	Instalasi Gawat Darurat				
Sumber Data	Database Sisrute				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	26%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50%	60%	100%	80%	80%

IKU20. Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan

IKU20. JUMLAH RS UMUM DAERAH YANG DIBINA MENJADI STRATA UTAMA SESUAI KETETAPAN	
Perspektif:	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah sakit Pendidikan
IKU	Jumlah RS Umum Daerah yang Dibina Menjadi Strata Utama Sesuai Ketetapan
Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Rumah Sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai target minimal satu strata layanan utama dalam satu tahun. Kriteria strata layanan utama pada RS Umum Daerah yang dibina sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh Pengampu Nasional. Target strata layanan prioritas utama antara lain : 1. Kanker (RSUD Al Ihsan & RS Undata Palu) 2. Jantung (RSUD Al Ihsan & RSUD Kab. Tangerang) 3. Stroke (RSUD Al Ihsan) 4. Uronefrologi (RSUD Al Ihsan & RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo) 5. TB (RSUD Al Ihsan & RSUD Dr. Sudarso) 6. DM (RSUD Al Ihsan) 7. KIA (RSUD Al Ihsan & RSUD Chasbullah Abdulmajid & RSUD Karawang & RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu)
Formula (Rumus)	Jumlah rumah sakit umum daerah yang dilakukan pembinaan dengan mencapai target minimal satu strata layanan utama

Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1	1

IKU21. Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna

IKU21. JUMLAH LAYANAN DENGAN STRATIFIKASI PARIPURNA	
Perspektif:	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Layanan strata 4 di RS secara Optimal
IKU	Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna
Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Rumah Sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai target minimal satu strata layanan utama dalam satu tahun. Kriteria strata layanan utama pada RS Umum Daerah yang dibina sesuai dengan petunjuk teknis pengampuan layanan yang diterbitkan oleh Pengampu Nasional. Target strata layanan prioritas utama antara lain : 1. Kanker (RSUD Al Ihsan & RS Undata Palu) 2. Jantung (RSUD Al Ihsan & RSUD Kab. Tangerang) 3. Stroke (RSUD Al Ihsan) 4. Uronefrologi (RSUD Al Ihsan & RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo) 5. TB (RSUD Al Ihsan & RSUD Dr. Sudarso) 6. DM (RSUD Al Ihsan) 7. KIA (RSUD Al Ihsan & RSUD Chasbullah Abdulmajid & RSUD Karawang & RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu)
Formula (Rumus)	Jumlah rumah sakit umum daerah yang dilakukan pembinaan dengan mencapai target minimal satu strata layanan utama
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medik
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun

Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1	1

IKU22. Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna

IKU22. JUMLAH LAYANAN DENGAN STRATIFIKASI PARIPURNA					
Perspektif:	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal				
IKU	Jumlah Layanan dengan Stratifikasi Paripurna				
Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya. Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil assessment internal.				
Formula (Rumus)	Jumlah layanan unggulan yang dilakukan kerja sama internasional dengan RS atau institusi Kesehatan LN				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1	1

IKU23. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

IKU23. KETERSEDIAAN FASILITAS PARKIR SESUAI STANDAR	
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal
IKU	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar
Definisi Operasional	**Definisi Operasional** • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu

	kurun waktu untuk memenuhi kebutuhan parkir kendaraan pasien • Satuan Ruang Parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (khususnya mobil penumpang), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai dengan kebutuhan atau mengacu pada ketentuan perundang-undangan
Formula (Rumus)	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia untuk pasien dibagi jumlah kebutuhan satuan ruang parkir yang tersedia di rumah sakit untuk pasien sesuai standar dikali 100 %
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional
Sumber Data	Bagian Umum
Periode Pelaporan	Semester
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
				70%	70%

IKU24. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

IKU24. WAKTU PELAYANAN RAWAT JALAN TANPA PEMERIKSAAN PENUNJANG	
Perspektif	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal
IKU	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
Definisi Operasional	**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
Formula (Rumus)	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%
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

Sumber Data	Laporan Pelayanan Instalasi Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				80	80

IKU25. Penundaan Waktu Operasi Elektif

IKU25. PENUNDAAN WAKTU OPERASI ELEKTIF					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal				
IKU	Penundaan Waktu Operasi Elektif				
Definisi Operasional	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 namun tetap dioperasi pada hari yang sama 3. Operasi elektif terdiri dari tindakan operasi, endoskopi dan introtekal kemoterapi				
Formula (Rumus)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi dengan jumlah pasien operasi elektif dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Dokumen Pelayanan Kamar Operasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				<3%	<3%

IKU26. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

IKU26. KETEPATAN WAKTU PELAYANAN DI POLIKLINIK

Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal				
IKU	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik				
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** 1. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan yaitu mulai jam 07.30 WIB 2. Tenaga medis yang dimaksud adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis 3. Rumah sakit menetapkan jadwal setiap dokter yang memberikan pelayanan di poliklinik				
Formula (Rumus)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Laporan Pelayanan Instalasi Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				80	80

IKU 27. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

IKU 27. KETEPATAN WAKTU VISITE DOKTER UNTUK PASIEN RI	
Perspektif:	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal
IKU	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI
Definisi Operasional	• Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. • Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja • Visite dilakukan oleh DPJP • Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 12.00.
Formula (Rumus)	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 12.00 dibagi dengan jumlah pasien rawat inap dikali 100%
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan

Sumber Data	SIRS				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	80%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	84%	84%	90%	80%	80%

IKU28. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU

IKU28. TERCAPAINYA TARGET INDIKATOR KLINIS LAYANAN PRIORITAS KJSU	
Perspektif:	Proses Internal
Sasaran Srategi	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS secara optimal
IKU	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU
Definisi Operasional	**Definisi Operasional**: Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA sesuai target indiaktor klinis RS vertikal. Indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA antara lain : 1. Kanker : lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa komplikasi 5 hari. Target > 80%; 2. Jantung: Terapi fibrinolitik : “Door to needle” < 30 menit. Target > 80%; 3. Stroke : Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) < 7 hari. Target > 80%; 4. Uronefrologi : Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1 x 24 jam. Target > 80%; 5. KIA : Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram. Target > 80%; 6. KIA : Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia/eklampsia di rumah sakit. Target < 30%. Formula perhitungan masing-masing indikator klinis sesuai kamus indikator pada Lampiran 2 Surat Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Kemenkes Nomor KU.01.01/IV.4/124/2023 Tanggal 12 Januari 2023.
Formula (Rumus)	Jumlah indikator klinis layanan prioritas K-J-S-U dan KIA yang mencapai target
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medik
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1	1

IKU29. Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai standar

IKU29. PERSENTASE PEMENUHAN SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) RUMAH SAKIT SESUAI STANDAR					
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan				
Sasaran Srategis	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan				
IKU	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit Sesuai standar				
Definisi Operasional	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.				
Formula (Rumus)	1. Persentase SPA = Pemenuhan Jumlah sarana (S), Prasarana (P), dan Alat kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persentase kalibrasi prasarana dan alat kesehatan = Jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Persentase SPA sesuai standar = (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi) dibagi 2				
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	ASPAK dan survei lapangan				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				95%	95%

IKU30. Persentase Pemenuhan Ketersediaan SP

IKU30. PERSENTASE PEMENUHAN KETERSEDIAAN SP	
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan
IKU	Persentase Pemenuhan Ketersediaan SP

Definisi Operasional	Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana adalah Tingkat pemenuhan persyaratan teknis sarana dan prasarana sesuai Permenkes no. 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.				
Formula (Rumus)	Jumlah fungsi ruang yang memenuhi parameter persyaratan teknis sesuai standar dibagi Jumlah seluruh fungsi ruang yang diukur sesuai standar dikali 100%				
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	Laporan kondisi SP, IPSRS				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	63,46 (Baseline tahun 2019)				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	65%	67%	70%	70%	71%

IKU31. Persentase Peralatan Medis dan Non Medis yang memenuhi standar Kehandalan Alat (OEE)

IKU31. PERSENTASE PERALATAN MEDIS DAN NON MEDIS YANG MEMENUHI STANDAR KEHANDALAN ALAT (OEE)	
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan
IKU	Persentase Peralatan Medis dan Non Medis yang memenuhi standar Kehandalan Alat (OEE)

Definisi Operasional	Kehandalan peralatan medis dan non medis (Overall Equipment Effectiveness – OEE) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu: ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses. • Ketersediaan (Ke, *availability*): adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam rentang waktu yang telah ditentukan • Kinerja (Ki, *performance*): adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi. • Kualitas (Ku, *quality*): adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar
Formula (Rumus)	Ke (*availability*) = total waktu yang tersedia – (waktu breakdown + waktu setup)/ total waktu yang tersedia - Ki (*performance*) = Jumlah unit yang diproduksi/target unit yang diproduksi - Ku (*quality*) = jumlah unit yang baik / total unit yang baik - OEE per alat = (Ke x Ki x Ku) x 100% - OEE per unit = Jumlah OEE seluruh alat di Unit / Jumlah alat di Unit - OEE tingkat rumah sakit = Jumlah OEE seluruh Unit / Jumlah seluruh Unit
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	76%

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

IKU32. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

IKU32. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN PEGAWAI	
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Meningkatnya Employee Engagement
IKU	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai
Definisi Operasional	Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi:

	1. Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS 2. Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS 3. Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS 4. Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS 5. Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS 6. Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS 7. Kepuasan terhadap Reward/ kompensasi di RSHS Data dan informasi diperoleh dari quesioner yang diisi oleh pegawai RSHS sesuai kriteria inklusi. Analisis dilakukan dengan menginterpretasikan pernyataan dari pegawai PNS dan non PNS. Dijelaskan juga bahwa masing2 indikator ada rentang nilai yang hrs dipilih oleh responden. Kemudian bagaimana menghitung nilai yg diperoleh dan nilai maksimal
Formula (Rumus)	Nilai SKP
Person in charge	Direktur SDM dan Pendidikan
Sumber Data	Sampel Isian Kuesioner pegawai dari unit kerja dilingkungan RSHS.
Periode Pelaporan	Semester
Base Line	78%

Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	82%	84%	80%	82%

IKU33. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana

IKU33. JUMLAH KEBERHASILAN LEAN PROJECT YANG TERLAKSANA	
Perspektif:	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Terlaksananya Lean Culture
IKU	Jumlah Lean Project yang Terlaksana
Definisi Operasional	Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun. Lean project ini dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari lintas fungsi yang dipimpin oleh kepala unit atau pemilik proses dan dibuat laporan evaluasi yang dilakukan pada saat akhir pelaksanaan lean project.
Formula (Rumus)	Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional

Sumber Data	Laporan kegiatan lean				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	4	4	4	4	4

IKU34. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

IKU34 : PERTUMBUHAN PENDAPATAN PERTAHUN					
Perspektif:	Finansial				
Sasaran Srategi	Meningkatnya pendapatan				
IKU	Pertumbuhan Pendapatan per tahun				
Definisi Operasional	Merupakan prosentasi dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa, lembaga keungan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM.				
Formula (Rumus)	$\frac{Pendapatan\ Tahun\ ini\ - Pandapatan\ Tahun\ Lalu}{Pendapatan\ \ Tahun\ Lalu}$ X 100%				
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN				
Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi, dan Bagian PMD				
Periode Pelaporan	1 (satu) tahun				
Base Line	>1%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3%	1%	2%	9,7%	9,7%

IKU35. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

IKU35. PERSENTASE BERKAS PASIEN BPJS LAYAK KLAIM	
Perspektif	Perspektif Finansial
Sasaran Srategi	Meningkatnya Pendapatan
IKU	Persentase Berkas Klaim layak bayar BPJS

Definisi Operasional	1. Berkas pasien rawat jalan yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang berobat jalan, baik di poliklinik rawat jalan ataupun di Instalasi Gawat Darurat, yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim, pada tahap awal pengklaiman. Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS. (untuk rawat jalan : lembar individual pasien/SEP, resume medis, billing RS, persyaratan penunjang. Berkas klaim IGD : lembar individual pasien, SEP, SBPK, Resume Medis , Billing RS, Berkas Penunjang. 2. Berkas pasien rawat inap yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang dirawat inap di RSHS yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim. 3. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan : adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan 4. Jumlah SEP pasien rawat inap : adalah jumlah SEP pasien yang menjalai rawat inap di RSHS				
Formula (Rumus)	{[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100				
Person in charge	Direktur Keuangan				
Sumber Data	Instalasi Penjamin Klaim				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	78%	80%	90%	95%	95%

IKU36. Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

IKU36. JUMLAH LAYANAN UNGGULAN POLIKLINIK EKSEKUTIF DI RUMAH SAKIT SESUAI DENGAN RENCANA BISNIS ANGGARAN	
Perspektif	Perspektif Finansial
Sasaran Srategi	Meningkatnya Pendapatan
IKU	Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** Jumlah layanan unggulan poliklinik eksekutif di rumah sakit sesuai rencana bisnis anggaran adalah pelayanan unggulan rawat jalan di rs vertikal agar menurunkan WNI

	yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertical				
Formula (Rumus)	Jumlah Layanan Unggulan Poliklinik eksekutif di Rumah Sakit yang terdapat pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA)				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Dokumen Rencana Bisnis Anggaran (RBA)				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1	1

IKU37. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif

IKU37. PERSENTASE PENINGKATAN KUNJUNGAN PASIEN NON BPJS DI PELAYANAN UNGGULAN POLIKLINIK EKSEKUTIF					
Perspektif	Perspektif Finansial				
Sasaran Srategi	Meningkatnya Pendapatan				
IKU	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS di Pelayanan Unggulan Poliklinik Eksekutif				
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** Pasien non BPJS adalah pasien yang berkunjung di klinik unggulan eksekutif dengan cara pembayaran selain menggunakan BPJS. Klinik Unggulan Eksekutif meliputi klinik spesialis pagi sore, klinik Estetik, Klinik MCU, Klinik Eksekutif Kulit				
Formula (Rumus)	Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode berjalan di kurangi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dibagi Jumlah kunjungan pasien non BPJS di pelayanan unggulan poliklinik eksekutif periode sebelumnya dikali 100%				
Person in charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Data jumlah pasien klinik Non BPJS di Instalasi Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024

				10%	10%

IKU38. Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK

IKU38. PERSENTASE PENYELESAIAN TINDAK LANJUT HASIL REKOMENDASI PEMERIKSAAN BPK					
Perspektif	Perspektif Finansial				
Sasaran Srategi	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase Penyelesaian Tindak Lanjut Hasil Rekomendasi Pemeriksaan BPK				
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK tahun berjalan yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan hasil pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam hasil pemantauan semester (HAPSEM) BPK. Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibuktikan dengan berita acara tindak lanjut yang ditandatangani oleh SPI dan Itjen Kemenkes..				
Formula (Rumus)	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan x 100%				
Person in charge	Satuan Pemeriksaan Intern				
Sumber Data	1. Matrix HAPSEM BPK 2. Berita acara tindak lanjut yang ditandatangani oleh SPI dan Itjen Kemenkes				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				92,5%	92,5%

IKU39. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

IKU39. PERSENTASE REALISASI TARGET PENDAPATAN BLU	
Perspektif	Perspektif Finansial
Sasaran Srategi	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
IKU	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
Definisi	**Definisi Operasional:**

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. Perhitungan Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya.				
Formula (Rumus)	(Realisasi PNBP BLU tahun berjalan / Target PNBP BLU tahun berjalan) x 100%				
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN				
Sumber Data	Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional RSHS				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				95%	95%

IKU40. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

IKU40. PERSENTASE REALISASI ANGGARAN BERSUMBER RUPIAH MURNI	
Perspektif	Perspektif Finansial
Sasaran Srategi	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
IKU	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni adalah realiasi/penyerapan anggaran yang bersumber dari rupiah murni. Rupiah murni adalah seluruh penerimaan pemerintah kecuali penerimaan pembiayaan proyek yang berasal dari pinjaman luar negeri dan/atau dalam negeri.
Formula (Rumus)	Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100%
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN
Sumber Data	Laporan kinerja keuangan
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	-

Target	2020	2021	2022	2023	2024
				97%	97%

IKU41. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

IKU41. PERSENTASE REALISASI ANGGARAN BERSUMBER RUPIAH BLU					
Perspektif	Perspektif Finansial				
Sasaran Srategi	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU				
Definisi Operasional	**Definisi Operasional:** Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU adalah realiasi/penyerapan anggaran yang bersumber dari rupiah BLU Rupiah BLU Adalah seluruh penerimaan BLU RS terdiri dari tarif layanan rs, perjanjian kerjasama dan hibah yang tidak bersyarat..				
Formula (Rumus)	Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dikali 100%				
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN				
Sumber Data	Laporan kinerja keuangan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				95%	95%

IKU42. Persentase Nilai EBITDA Margin

IKU42. PERSENTASE NILAI EBITDA MARGIN	
Perspektif:	Finansial
Sasaran Srategi	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
IKU	Persentase Nilai EBITDA Margin

Definisi Operasional	EBITDA MARGIN adalah persentase perbandingan antara surplus/deficit sebelum bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah sakit terhadap pendapatan usaha rumah sakit. EBITDA = Surplus atau Defisit + Bunga + Pajak + Depresiasi + Amortisasi. Surplus atau Defisit adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha. Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan rawat jalan, pendapatan rawat inap, dan pendapatan layanan lainnya.				
Formula (Rumus)	(Nilai EBITDA periode berjalan dibagi pendapatanperiode berjalan) x 100%				
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN				
Sumber Data	Laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional RSHS				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				15%	15%

IKU43. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

IKU43. RASIO PENDAPATAN PNBP TERHADAP BIAYA OPERASIONAL (POBO)	
Perspektif	Finansial
Sasaran Srategi	Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional
IKU	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)
Definisi Operasional	Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) Membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya oprasional yang dikeluarkan. 1. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). 2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP satker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan
Formula (Rumus)	(Pendapatan PNBP/Biaya Operasional) X 100%
Person in charge	Direktur Keuangan dan BMN

Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	76%	80%	83%	85%

5. Surat Penyampaian Indikator Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal Tahun 2023

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H.R. Rasuna Said Blok XS Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon: (021) 5201590 (Hunting), Faksimile: (021) 5261814, 5203872
Website: www.yankes.kemkes.go.id

GERMAS

Nomor : TK.04.01/D.IV/453/2023 — 14 Februari 2023
Sifat : biasa
Lampiran : dua berkas
Hal : Penyampaian Indikator Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal

Yth. (daftar terlampir)
di tempat

Dalam rangka pelaksanaan transformasi rumah sakit vertikal, dan sehubungan dengan telah ditetapkan nya Indikator Waktu Pelayanan Rumah Sakit Vertikal, dengan ini kami sampaikan Kamus Indikator Waktu Pelayanan di Rumah Sakit Vertikal yang terdiri dari 7 indikator, yaitu:

1. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
2. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
3. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
4. Pembatalan Operasi Elektif
5. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam
6. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1
7. Waktu Masuk Rawat Inap

Mohon kepada Bapak/Ibu untuk dapat melakukan pengukuran dan melaporkan secara berkala dan agar target Indikator Waktu Pelayanan di Rumah Sakit Vertikal dapat dicapai di masing-masing rumah sakit vertikal.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, diucapkan terima kasih.

Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan,

Lampiran
Nomor : TK.04.01/D.IV/453/2023
Tanggal : 14 Februari 2023

1. WAKTU PELAYANAN RAWAT JALAN TANPA PEMERIKSAAN PENUNJANG

Area	Pelayanan Klinis
Kategori Indikator	Waktu Pelayanan Rawat Jalan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	1. Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mudah diakses, teratur, dapat diandalkan dan berkualitas. 2. Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang terintegrasi dengan digitalisasi kesehatan Terciptanya pengalaman kunjungan yang sesuai dengan harapan pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mudah, terintegrasi secara digitalisasi dan menciptakan pengalaman yang baik bagi pasien
Definisi Operasional	Waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dihitung dari saat pasien *check in* di loket pendaftaran atau mesin APM di RS sampai dengan pasien menerima obat ≤ 120 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 120 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Inklusi	Pasien rawat jalan yang terdaftar pada jam kerja.
Eksklusi	1. Pasien dengan tindakan 2. Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau setelah pemanggilan sebanyak 3 kali 3. Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan 4. Masalah sistem informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS 5. Multiklinik
Formula	Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 120 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang x 100 %
Target	80 %
Sumber Data	Data Integrasi Sistem Informasi RS/Rekam Medis
Standar	≤ 120 menit
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi Farmasi

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kaving 4-9 Jakarta 12950
Telepon : (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile : (021) 5261814, 5203872
Website : www.yanles.kemkes.go.id

GERMAS

Nomor : PR.03.02/D.I/1306/2023 07 Februari 2023
Lampiran : satu berkas
Hal : Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023

Yth.
1. Para Direktur Utama RS UPT Vertikal
2. Para Kepala Balai/Loka UPT Vertikal

di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan

Sehubungan dengan adanya penambahan indikator kegiatan UPT Vertikal yang merupakan indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, maka berikut kami sampaikan Indikator Kinerja Kegiatan tambahan untuk UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan.

Indikator Kinerja Kegiatan tersebut harus tertera dalam Perjanjian Kinerja Kepala Satuan Kerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2023 dan dilakukan pemantauan terhadap capaian indikator secara periodik. Rincian kamus Indikator Kinerja Kegiatan sebagaimana terlampir.

Demikian disampaikan untuk ditindak lanjuti. Atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

Plt. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Sunarto, M.Kes
NIP 197311272002121006

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	95	Dit Fasyankes (ISS dan IKP)	Perhitungan persentase jumlah rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah memiliki izin operasional yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi jumlah rumah sakit pemerintah memiliki izin operasional.	Perhitungan persentase jumlah rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah memiliki izin operasional yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi jumlah rumah sakit pemerintah memiliki izin operasional.	ASPAK
	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	95	RS Vertikal	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya	1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Menghitung Hasil akhir/Presentase	ASPAK dan Survai Lapangan
	Persentase Pemenuhan SPA Balai UPT Vertikal sesuai standar	95	BBLK	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan/Laboratorium yang dimiliki oleh Balai Besar Laboratorium Kesehatan sesuai dengan Kepmenkes nomor 605/Menkes/SK/VII/2008 tentang Standar Balai Laboratorium Kesehatan dan Balai Besar Laboratorium Kesehatan	Jumlah Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan/Laboratorium yang dimiliki dibagi dengan Standar Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan/Laboratorium dikali 100	ASPAK dan survei lapangan

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	< 2.5	Dit. PKR (ISS)			
	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5	RS Vertikal kecuali RS Mata	Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya X 100%	Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun	SIRS
	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	RS Vertikal (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan	Catatan Rekamedik masing-masing RS vertikal
	(untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)			Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan	Catatan Rekamedik masing-masing RS vertikal
	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80	Semua UPT Vertikal	Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal	Sesuai perhitungan dalam Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik	Lembar kuesioner kepuasan masyarakat
Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	10	Dit. PKR (IKP)	Persentase pasien WNI yang berobat ke Malaysia dan Singapura dari 5 provinsi, yaitu: Provinsi Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat	Jumlah WNI yang berobat di Malaysia dan Singapura yang berasal dari 5 provinsi pada tahun berjalan ---------- x 100% jumlah WNI yang berkunjung ke Malaysia	Ditjen Imigrasi, KKP, dinas kesehatan, survey lapangan

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	< 2.5	Dit. PKR (ISS)			
	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5	RS Vertikal kecuali RS Mata	Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya X 100%	Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun	SIRS
	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	RS Vertikal (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan	Catatan Rekamedik masing-masing RS vertikal
	(untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)			Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan	Catatan Rekamedik masing-masing RS vertikal
	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80	Semua UPT Vertikal	Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal	Sesuai perhitungan dalam Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik	Lembar kuesioner kepuasan masyarakat
Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	10	Dit. PKR (IKP)	Persentase pasien WNI yang berobat ke Malaysia dan Singapura dari 5 provinsi, yaitu: Provinsi Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat	Jumlah WNI yang berobat di Malaysia dan Singapura yang berasal dari 5 provinsi pada tahun berjalan ---------- x 100% jumlah WNI yang berkunjung ke Malaysia	Ditjen Imigrasi, KKP, dinas kesehatan, survey lapangan

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA	RS Vertikal (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal		
	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	RS Vertikal (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal	Jumlah kunjungan pasien VVIP ---------- --- x 100% jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal	data jumlah pasien di rumah sakit
Tersdenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	RS memiliki layanan unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	RS Vertikal	RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya	proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama , rekomendasi hasil assessment internal
	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	RS Vertikal	•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 kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. •RS V yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RS V yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. •Bonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit •Bona 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	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80	RS Vertikal	1.Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2.Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3.Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4.Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5.Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.	Total nilai persepsi seluruh responden di bagi dengan total unsur yang terisi dari seluruh responden di kali 25	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%	RS Vertikal	1.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. 2.Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3.Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.	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%	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%	RS Vertikal	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.	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam di bagi dengan jumlah pasien operasi elektif di kali 100 %	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	RS Vertikal	• Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis • Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan • Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik • Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi dengan jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%	Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
		≥ 80%	RS Vertikal			
	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator tercapai setiap layanan	RS Vertikal (Umum)	Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal 1) Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 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 1x24 Jam KIA: 1. 5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram 6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit	1) >80% 2) >80% 3) >80% 4) >80% 5) >80% 6) <30% (Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal)	Laporan Rumah Sakit (Rekam Medis)

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/ Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususannya (ditentukan oleh direktorat TKPK)	Sesuai jumlah indikator klinis tiap RS	RS Vertikal (Khusus)	Tercapainya seluruh indikator klinis yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit (Kanker, Jantung, Stroke, KIA, Mata, Orthopedi, Infeksi, Jiwa, Paru) berdasarkan Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal	>80% (Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal)	Laporan Rumah Sakit (Rekam Medis)
	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1	RS Umum (untuk KJSU KIA dan khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat	rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama	jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang
	Khusus RS Vertikal (Mata, Paru, Orthopedi, Jiwa) harus membina 1 RS Daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1	RS Khusus (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	rumah sakit khusus vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama	jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang
	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1	RS Vertikal (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun atau yang belum menerapkan PPK BLU tidak bersifat mandatory)	rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh rs vertikal yang mencapai strata targetnya	jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh rs vertikal	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang
		(masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)		rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna	jumlah rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna	data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	70	Dit. TKPK (IKP)	Jumlah rumah sakit pendidikan yang melaksanakan salah satu dari 9 penyakit prioritas	Jumlah rumah sakit pendidikan milik pemerintah yang melaksanakan salah satu dari 9 layanan prioritas	1. Laporan Penetapan RS Pendidikan 2. Laporan Monev Lokus 9 Penyakit Prioritas
	(RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)	9 Layanan		rumah sakit umum vertikal yang melksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama	RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama kecuali RSUP Ratatotok, RSUP Tadjudin Khalid, RSUP Surakarta,	1. Laporan Penetapan RS Pendidikan 2. Laporan Monev Lokus 9 Penyakit Prioritas
Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu	75	Dit. MPK (IKP)			
	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	RS Vertikal dan BBLK	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober,	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR
	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	RS Vertikal dan BBLK	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukan kejadian sentinel Never event nihil	Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September,	Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes
	Kepatuhan kebersihan tangan					
	Kepatuhan penggunaan APD	100%				
	Kepatuhan identifikasi pasien	100%				
	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%				
	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%				
	Penundaan operasi elektif	≤5%				
	Kepatuhan waktu visit dokter	≥80%				
	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%				
	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%				
	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%				
	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%				
	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%				
	Kepuasan pasien	IKM ≥ 80				

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 layanan	RSCM,RSPI, RSUP Persahabatan, RSUP Ngoerah, RSUP Sardjito, RSK Dharmais, RSAB Harapan Kita, RS PON	Tersedianya layanan genomik sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequensing genome	Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSCM : DM RSUP Persahabatan dan RSPI : TB RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi RSUP Sardjito : Rare disease dan genetik disease	Laporan monev Hubs RS
	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	RSCM (1.000) RSPI (7.000-10.000) RSUP Persahabatan (5.000) RSUP Ngoerah (500) RSUP Sardjito (200) RSK Dharmais (1.500) RSAB Harapan Kita (200) RS PON (600)	RSCM,RSPI, RSUP Persahabatan, RSUP Ngoerah, RSUP Sardjito, RSK Dharmais, RSAB Harapan Kita, RS PON	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya	Lamporan monev Hubs RS

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	RS Vertikal dan BBLK	Persentase fasyankes yang meliputi laboratorium kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	Jumlah labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang terintegrasi sistem surveilans dibagi jumlah seluruh labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit dikali 100	
Indikator RPJMN	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	60 persen	RS Vertikal (Umum dan Khusus Ibu dan Anak)	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, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS	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	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
	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100 persen	RS Vertikal	Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Perhitungan persentase jumlah rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran , IGD , rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi dibagi jumlah seluruh rumah sakit Vertikal	Hasil Pemantauan dan Desk serta kunjungan langsung ke Rumah Sakit Vertikal

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL TA 2023

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ KegiatanSasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Pengampu	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data
	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5	UPT Vertikal	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.	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Peme	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK
	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95	UPT Vertikal BLU	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.	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97	UPT Vertikal	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95	UPT Vertikal BLU	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.
	Persentase nilai EBITDA Margin :	Tipe organisasi 1 diatas 20% Tipe Organisasi 2 15% Tipe Organisasi 3 10%	RS Vertikal BLU	EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan	EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.

6. FOTO KEGIATAN

Gambar 6.1
Kegiatan Penerimaan Kunjungan Universitas Keio dan Nagasaki Jepang ke RSHS dalam rangkaian kegiatan Course on Interprofessional Collaborative Practice (ICP) antara Indonesia dan Jepang, 10 Januari 2023 di Ruang Sidang

Gambar 6.2
Kegiatan MONEV Program Kesehatan Jiwa & Penyelenggaraan Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) oleh Direktorat Kesehatan Jiwa, Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemkes, ke Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang RSHS, 10 Januari 2023

Gambar 6.3
Kunjungan dan Diskusi terbuka Kinerja Pelayanan Prioritas terkait rencana kegiatan Pengampuan Layanan Prioritas di RSHS, dihadiri oleh Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan Kemenkes RI (drg. Yuli Astuti Saripawan, M.Kes), Ged . Cardiac Center lt.7, 10 Januari 2023

Gambar 6.4
Pelepasan bayi kembar siam Ayesha dan Aleeya oleh RSHS kepada Pemda KBB untuk perawatan lebih lanjut, 13 Januari 2023

Gambar 6.4
Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan dalam rangka Proyek Pinjaman Luar Negeri (PLN) Strengthening of National Referral Hospitals and Vertical Units Project (IDN-1031) Islamic Development Bank (IsDB), di hadiri oleh Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kemeneterian Kesehatan RI (dr. Aswan Usman, MKes), Ruang Sidang RSHS, 14 Januari 2023

Gambar 6.5
Kunjungan RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah sebagai RS Rujukan Sulawesi Tengah untuk Layanan Kanker ke RSHS. Melakukan kunjungan ttg Pembangunan Bungker dan Pelayanan Radioterapi yang ada di RSHS sekaligus penandatanganan MOU Pengampuhan Kanker yang direncanakan besok (MOU di hari Jumat), 19-20 Januari 2023

Gambar 6.6
Penandatanganan Perjanjian Kinerja TA 2023 Direktur Utama RSHS dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI, 30 Januari 2023 di Jakarta

Gambar 6.7
Kunjungan Delegasi Iran pelayanan Robotic Surgery

Gambar 6.8
Kunjungan dan penyerahan secara simbolis bantuan biaya pelayanan bayi kembar siam Ayesha dan Aleeya oleh Bupati Bandung Barat kepada RSHS yang diterima oleh Plt. Direktur Utama RSHS, 7 Januari 2023

Gambar 6.9
Kegiatan acara pembahasan RSB BKOM - RSHS di ruang Sidang RSHS, Bandung, 9 Januari 2023

Gambar.6.10
Penyerahan piagam Penghargaan Ganesa Wirya Jasa Adiutama dari Institut Teknologi Bandung kepada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2023

Gambar.6. 11
Penyerahan Piagam Penghargaan Bronze Plus American Heart Association (AHA) kepada RSUP Dr. Hasan sadikin bandung

Gambar.6.5
Kegiatan Penganugerahan Tenaga Kesehatan Tealadan
Tingkat Nasional 2023

7. PENGHARGAAN

Gambar 7. 1
Kategori RS Tipe A dengan Performa Tata Kelola Covid-19 Terbaik di Regional Jawa Bali

Gambar 7. 2
Penghargaan Call Center Tahun 2023 RS Level 1
Predikat Baik dalam Kompetisi Call Center di Lingkungan
Kementerian Kesehatan Tahun 2023

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

memberikan

PIAGAM PENGHARGAAN

kepada :

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

sebagai

Call Center dengan layanan Baik
kategori Kelompok Rumah Sakit Level 1
Tahun 2023

Jakarta, 10 November 2023

MENTERI KESEHATAN,

BUDI G. SADIKIN

Gambar 7.3
Academic Medical Center by Joint Commision International 2023

RSUP
Dr. Hasan Sadikin Bandung
Bandung, Indonesia
has been
accredited
as an
Academic Medical Center
by

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
QUALITY APPROVAL

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

which has evaluated this Academic Medical Center Hospital and found it to meet the international health care quality standards for patient care, medical education and human subject research, and organization management.

Effective 11 March 2023 through 10 March 2024

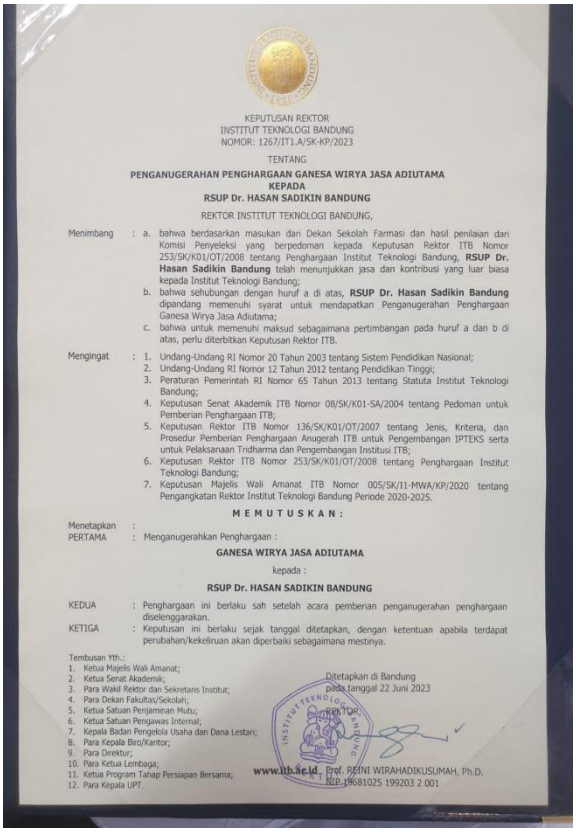
Paul M. White
JCR Board Chair

Jean Courtney
Interim President and
Chief Executive Officer

Joint Commission International is a division of
Joint Commission Resources Inc., an affiliate of The Joint Commission

IHCO ID 60000635

Gambar 7.4
Penghargaan Ganesha Wirya Jasa Adiutama Tahun 2023
dari Rektor Institut Teknologi Bandung



KEPUTUSAN REKTOR
INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG
NOMOR: 1267/IT1.A/SK-KP/2023

TENTANG

PENGANUGERAHAN PENGHARGAAN GANESA WIRYA JASA ADIUTAMA
KEPADA
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

REKTOR INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG,

Menimbang : a. bahwa berdasarkan masukan dari Dekan Sekolah Farmasi dan hasil penilaian dari Komisi Penyeleksi yang berpedoman kepada Keputusan Rektor ITB Nomor 253/SK/K01/OT/2008 tentang Penghargaan Institut Teknologi Bandung, **RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung** telah menunjukkan jasa dan kontribusi yang luar biasa kepada Institut Teknologi Bandung;
b. bahwa sehubungan dengan huruf a di atas, **RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung** dipandang memenuhi syarat untuk mendapatkan Penganugerahan Penghargaan Ganesa Wirya Jasa Adiutama;
c. bahwa untuk memenuhi maksud sebagaimana pertimbangan pada huruf a dan b di atas, perlu diterbitkan Keputusan Rektor ITB.

Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-Undang RI Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 65 Tahun 2013 tentang Statuta Institut Teknologi Bandung;
4. Keputusan Senat Akademik ITB Nomor 08/SK/K01-SA/2004 tentang Pedoman untuk Pemberian Penghargaan ITB;
5. Keputusan Rektor ITB Nomor 136/SK/K01/OT/2007 tentang Jenis, Kriteria, dan Prosedur Pemberian Penghargaan Anugerah ITB untuk Pengembangan IPTEKS serta untuk Pelaksanaan Tridharma dan Pengembangan Institusi ITB;
6. Keputusan Rektor ITB Nomor 253/SK/K01/OT/2008 tentang Penghargaan Institut Teknologi Bandung;
7. Keputusan Majelis Wali Amanat ITB Nomor 005/SK/I1-MWA/KP/2020 tentang Pengangkatan Rektor Institut Teknologi Bandung Periode 2020-2025.

M E M U T U S K A N :

Menetapkan :
PERTAMA : Menganugerahkan Penghargaan :

GANESA WIRYA JASA ADIUTAMA

kepada :

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

KEDUA : Penghargaan ini berlaku sah setelah acara pemberian penganugerahan penghargaan diselenggarakan.
KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat perubahan/kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Tembusan Yth.:
1. Ketua Majelis Wali Amanat;
2. Ketua Senat Akademik;
3. Para Wakil Rektor dan Sekretaris Institut;
4. Para Dekan Fakultas/Sekolah;
5. Ketua Satuan Penjaminan Mutu;
6. Ketua Satuan Pengawas Internal;
7. Kepala Badan Pengelola Usaha dan Dana Lestari;
8. Para Kepala Biro/Kantor;
9. Para Direktur;
10. Para Ketua Lembaga;
11. Ketua Program Tahap Persiapan Bersama;
12. Para Kepala UPT.

Ditetapkan di Bandung
pada tanggal 22 Juni 2023
REKTOR,

Prof. REINI WIRAHADIKUSUMAH, Ph.D.
NIP 19681025 199203 2 001

www.itb.ac.id

Gambar 7.5
Best Specialized Hospitals Asia Pacific 2023. Specializing in Cardiology-Newsweek

Gambar 7.6
Pelaksanaan Rekonsiliasi penyusunan laporan Keuangan Tingkat UAPPA-W Tahun 2022 Kategori UAPPA -W Sedang dengan Jumlah Satuan Kerja 6 (enam) sampai dengan dengan 20 (dua puluh)

Gambar 7.7

Unit Pelaksana Teknis Terbaik peringkat II dalam pemanfaatan Aplikasi Srikandi Kategori Unit Pelaksana teknis Rumah Sakit

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

memberikan

TANDA PENGHARGAAN

kepada:

Rumah Sakit Umum Pusat
Dr. Hasan Sadikin Bandung

sebagai

Unit Pelaksana Teknis Terbaik Peringkat II dalam
Pemanfaatan Aplikasi SRIKANDI
Kategori Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit

Jakarta, 10 November 2023
MENTERI KESEHATAN

BUDI G. SADIKIN

Gambar 7.8
Penghargaan atas kontribusi segenap penulis dan admin pada konten website Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023

KEMENKES HEBAT
INDONESIA SEHAT

Sertifikat Penghargaan

Nomor: KM.05.02/D/1141/2023

Diberikan kepada:

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Atas kontribusi segenap penulis dan admin pada Konten Website
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Tahun 2022

Gambar 7.9
Satuan Kerja Terbaik Kategori Percepatan Penyelesaian Berkas kasus Piutang Negara Tingkat Pemerintah Pusat

Gambar 7.10
Kelulusan Paripurna Akreditasi Rumah Sakit KARS Tahun 2023

Gambar 7.11
Penghargaan atas Pengabdian Masyarakat yaitu
Deteksi dini Risiko tinggi dalam Program menurunkan AKI/AKB
di Kabupaten Bandung Barat

BUPATI BANDUNG BARAT

Piagam Penghargaan

Nomor : 400.14.11/1230-Dinkes

Bupati Bandung Barat, dengan ini memberikan penghargaan

kepada :

KSM/Dept Obstetri Ginekologi RSHS/FKUP

Atas :

Partisipasinya Melaksanakan Pengabdian Masyarakat untuk Deteksi Risiko Tinggi Kehamilan Dalam Upaya Penurunan AKI/AKB di Kabupaten Bandung Barat Tahun 2021 - 2023 Pada Peringatan Hari Jadi Kabupaten Bandung Barat Ke-16 Tahun 2023

Bandung Barat, 16 Juni 2023

BUPATI BANDUNG BARAT

HENGKI KURNIAWAN

Gambar 7.12
Peringkat Pertama Satuan kerja Terbaik atas penggunaan Mandiri cash Management
Semester 1 tahun 2023 Lingkup KPPN Bandung 1

KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PERBENDAHARAAN

PIAGAM PENGHARGAAN

NOMOR: Sert-0001/KPN.1301/CM/2023

diberikan kepada:

RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG (415479)

Peringkat Pertama

Satuan Kerja Terbaik Atas Penggunaan Mandiri *Cash Management* Semester I Tahun 2023
Lingkup KPPN Bandung I

Bandung, 19 Juni 2023
Kepala KPPN Bandung I

Ade Permadi