



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2022



RSUP PROF. DR. I G.N.G NGOERAH
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Jl. Diponegoro, Desa/Kelurahan Dauh Puri, Kec. Denpasar Barat, Kota Denpasar,
Provinsi Bali, Kode Pos: 80114
Telepon. (0361) 227911-15, 225482, 223869
Email: info@profngoerahhospitalbali.com Website: www.profngoerahhospitalbali.com

KATA PENGANTAR

Om Swastyastu,

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sang Hyang Widhi Wasa karena atas Asung Kertha Wara Nugraha Nya sampai saat ini kita diberikan kesehatan dan kekuatan sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik.

Kewajiban bagi rumah sakit adalah melakukan evaluasi terhadap hasil-hasil pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan. Evaluasi atas pelaksanaan kegiatan rumah sakit akan disajikan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyusunan program – program berikutnya.

Secara keseluruhan program kerja selama tahun 2022 telah dilaksanakan dengan baik melalui perhitungan strategis dalam periode satu tahun, meskipun demikian kami menyadari masih terdapat banyak hal-hal yang perlu dibenahi dan ditingkatkan dimasa yang akan datang, sehingga RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah dapat mendukung terwujudnya visi, misi pemerintah yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terimakasih kepada seluruh jajaran Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah, baik dari manajemen, fungsional maupun administrasi dan karyawan lainnya karena atas kerja keras dan usaha – usaha yang tiada henti sehingga kegiatan selama periode tahun 2022 dapat berjalan dengan baik. Semoga Tuhan Yang Maha Esa akan selalu memberikan bimbingan kepada kita semua sehingga dimasa yang akan datang kita tetap dapat melaksanakan tugas dengan lebih baik

Om, Santhi Santhi Shanti, Om

Denpasar, Januari 2023
Direktur Utama



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

IKHTISAR EKSEKUTIF

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah yang telah menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah telah melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Keseluruhan sasaran program yang dipantau adalah 7 sasaran, dengan 22 indikator kinerja utama. Dari 22 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2022 terdapat 20 Indikator sudah mencapai Target (90,9%), 2 Indikator yang belum mencapai target (9,1%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 103% (Kategori AA). Terdapat 3 (tiga) indikator yang belum mencapai target, yang terdiri dari : Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi, dengan target 10 pelatihan namun tercapai 8 pelatihan di tahun 2022. Penyelenggaraan setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan. Jumlah pelatihan yang telah terakreditasi sesuai ketentuan selama tahun 2022 adalah 8 pelatihan. Terdapat 2 (dua) pelatihan yaitu pelatihan Calon Surveior yang ditunda pelaksanaannya pada tahun 2022 berkaitan dengan kendala pada ketersediaan waktu fasilitator. Fasilitator/ Narasumber berasal dari eksternal RS (Kementerian Kesehatan RI).

Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN, dengan target $\geq 15\%$ namun tercapai -12,95%. Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2022 adalah Rp. 767.694.441.824,38, sedikit lebih rendah dari tahun 2021 di angka Rp. 881.884.913.310,17. Namun, perbaikan dan peningkatan terus dilaksanakan selama TW I sampai dengan TW IV. Peningkatan Pendapatan pada Triwulan II Tahun 2022 naik, karena adanya penerimaan klaim COVID-19 atas piutang pasien tahun 2021. Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS, dengan target 100% (2keg) namun tercapai 87,5%. Kondisi ini terjadi karena pemusnahan arsip melibatkan pihak eksternal dalam hal ini Biro Umum Kemenkes RI dan ANRI, maka tahap terakhir pada kegiatan pemusnahan arsip yang kedua belum dapat dikejar pada akhir tahun 2022, tetapi prasyarat internal sudah terpenuhi semua.

Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 79,67% (Rp. 1.141.107.872.960,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 291.111.105.040,00. Pada akhir tahun 2022 terdapat 2780 tenaga di RSUP Prof. Ngoerah, yang terdiri dari 351 tenaga medis, tenaga keperawatan 1153 orang, tenaga penunjang 368 orang, tenaga struktural 5 orang dan tenaga non medis 903 orang.

Secara umum proses perbaikan secara terus menerus dilaksanakan dengan konsep *continues improvement* untuk mencapai sasaran program. Konsep kerjasama dan pengembangan kegiatan evaluasi, pelaporan dan perbaikan menganut konsep S-M-A-R-T, yaitu : SEMANGAT, merupakan dasar dan motivasi yang kuat untuk bekerja bersungguh-sungguh sepenuh hati melaksanakan tugas di rumah sakit untuk ikhlas melayani; MAJU, bahwa bersama-sama memandang ke depan, belajar dari pengalaman, berkembang bergerak ke arah yang lebih baik dari sebelumnya; AKTIF, merupakan ungkapan proaktif, peningkatan kapasitas kinerja yang selalu dinamis, ber-Transformasi, berkembang, yang kemudian akan memberikan kesempatan untuk ber-Inovasi, mencoba berbagai hal baru untuk pengembangan pelayanan kesehatan rujukan yang lebih mahir; RAIH, menyatakan berkomitmen bersama, bergerak bersama, bekerja dalam tim, komunikatif, saling melengkapi, untuk mencapai hasil yang kita harapkan bersama; dan TUJUAN, Visi bersama Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024. Namun, dibalik tujuan itu ada makna yang lebih dalam, bahwa keluarga besar RSUP Prof. Ngoerah yang selalu bergerak bersama-sama, yang memberikan jalan filosofis untuk penerus – penerus pengelola selanjutnya.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	3
DAFTAR ISI.....	5
DAFTAR TABEL	6
DAFTAR GAMBAR.....	7
BAB I. PENDAHULUAN	8
A. Latar Belakang.....	8
B. Dasar Hukum.....	9
C. Maksud dan Tujuan.....	10
D. Tugas Pokok dan Fungsi.....	11
Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022	14
E. Sistematika Penulisan	15
BAB II. PERENCANAAN KINERJA.....	16
A. Rencana Kerja Tahunan	16
B. Penetapan Kinerja.....	18
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	21
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	21
B. Realisasi Anggaran	44
C. Kondisi SDM pada Akhir Tahun 2022.....	45
BAB IV. PENUTUP	46
A. Simpulan	46
B. Rekomendasi.....	47

DAFTAR TABEL

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang	12
Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah	12
Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022	16
Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022	43
Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022	44
Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar I.1 Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022

14

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, setiap pimpinan Instansi Pemerintah diharapkan melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014, Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Untuk mengetahui sejauh mana implementasi SAKIP dilaksanakan, serta untuk mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil, maka perlu dilakukan evaluasi AKIP atau evaluasi atas implementasi SAKIP. Evaluasi AKIP ini diharapkan dapat mendorong setiap instansi pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk berkomitmen dan secara konsisten meningkatkan implementasi SAKIP dalam mewujudkan capaian kinerja (hasil) yang telah direncanakan. Evaluasi AKIP diawali dengan perumusan tujuan evaluasi, kemudian dilanjutkan dengan penentuan ruang lingkup evaluasi, perancangan desain evaluasi, menentukan mekanisme pelaksanaan evaluasi, diakhiri dengan pelaporan dan pengomunikasian hasil evaluasi.

Evaluasi implementasi SAKIP di seluruh kementerian/Lembaga, Pemerintah Provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota telah dilakukan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kementerian PAN-RB) sejak tahun 2014. Melalui hasil evaluasi tersebut, Kementerian PAN-RB membagi instansi pemerintah menjadi tujuh kategori berdasarkan tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran. Ketujuh kategori tersebut, yaitu (1) Sangat memuaskan atau AA dengan range nilai 90 – 100; (2) Memuaskan atau A dengan range nilai 80 -90; (3) Sangat

baik atau BB dengan range nilai 70 - 80; (4) Baik atau B dengan range nilai 60 – 70; (5) Cukup atau CC dengan range nilai 50 – 60; (6) Kurang atau C dengan range nilai 30 – 50; dan (7) Sangat kurang atau D dengan range nilai 0 – 30.

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan RI yang bertempat di Kota Denpasar Provinsi Bali. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah mulai dibangun tahun 1956 dan diresmikan pada 30 Desember tahun 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur dalam perkembangannya mengalami beberapa kali perubahan status, yaitu pada tahun 1993 menjadi rumah sakit swadana (SK Menkes No. 1133/Menkes/SK/VI/1994). Kemudian pada tahun 1997 menjadi rumah sakit PNB (Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi perusahaan jawatan (Perjan) sesuai peraturan Pemerintah tahun 2000. Terakhir pada tahun 2005 berubah menjadi PPK-BLU (Kemenkes RI NO.1243 tahun 2005 tanggal 11 Agustus 2005) dan ditetapkan sebagai RS Pendidikan Tipe A sesuai Permenkes 1636 tahun 2005 tertanggal 12 Desember 2005. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah merupakan nama baru dari RSUP Sanglah Denpasar yang telah berganti sejak tanggal 7 Juli 2022.

B. Dasar Hukum

Adapun beberapa ketentuan perundang – undangan yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah sebagai berikut:

1. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4617);
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;

6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2020 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1332/ 2022 tentang Uraian Tugas Dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan Dan Pembentukan Tim Kerja Dalam Pelaksanaan Tugas Dan Fungsi Organisasi;
13. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.01.07/ PDN.XIV.4.3.1/ 0167/ 2019 tentang Panduan Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)
14. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.02.03/ SK.XIV.4.3.1/ 8639/ 2021 tentang Pembentukan Tim Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar;

C. Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah ini adalah sebagai perwujudan pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya pelaksanaan kebijakan dan program/ kegiatan yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah

termasuk RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah yang telah dilaksanakan dalam kurun waktu Triwulan III tahun 2022.

D. Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja kementerian Kesehatan, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 tahun 2020 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah serta Surat Edaran No: UM.01.05/INT.XIV.4.3.1/65/2020 tentang perubahan Organisasi dan Tata Kerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah, maka Struktur organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar adalah sebagai berikut:

1. Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mengarahkan:
 - a. Koordinator Pelayanan Medik, membawahi : Sub-Koordinator Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Sub-Koordinator Pelayanan Medik Rawat Inap
 - b. Koordinator Pelayanan Keperawatan, membawahi : Sub-Koordinator Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Sub-Koordinator Pelayanan Keperawatan Rawat Inap
 - c. Koordinator Pelayanan Penunjang, membawahi : Sub-Koordinator Pelayanan Penunjang Medik dan Sub-Koordinator Pelayanan Penunjang Non Medik
 - d. Unit – unit Non Struktural (Sesuai Keputusan Direktur Utama RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar Nomor: HK.02.03/SK.XIV.4.3.1/36742/2020 tentang Penetapan Organisasi Non Struktural di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar) sebagai berikut :

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang

No	Instalasi	No	Instalasi
1	Gawat Darurat	9	Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional
2	Rawat Jalan	10	Laboratorium Terpadu
3	Pelayanan Jantung Terpadu	11	Rehabilitasi Medik
4	Rawat Inap <i>Very Important Person (VIP)</i>	12	Farmasi
5	Rawat Inap	13	Gizi
6	Bedah Sentral	14	Rekam Medik
7	Rawat Inap Intensif	15	Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
8	Kanker Terpadu	16	Promosi dan Pemasaran Bisnis

Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah

No	SMF	No	KSM
1	Neurologi	14	Bedah Plastik
2	Ilmu Kesehatan Anak	15	Orthopedi & Traumatologi
3	Bedah Umum	16	Ilmu Kedokteran Forensik
4	Dermatologi dan Venereologi	17	Kardiologi dan Kedokteran Vasculer
5	Urologi	18	Umum
6	Ilmu Kesehatan THT-KL	19	Mikrobiologi Klinik
7	Psikiatri	20	Patologi Anatomi
8	Ilmu Kesehatan Mata	21	Patologi Klinik
9	Bedah saraf	22	Radiologi
10	Anestesi dan terapi Intensif	23	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
11	Obstetri & Ginekologi	24	Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut
12	Ilmu Penyakit Dalam	25	Gizi klinik
13	Paru	26	Onkologi Radiasi

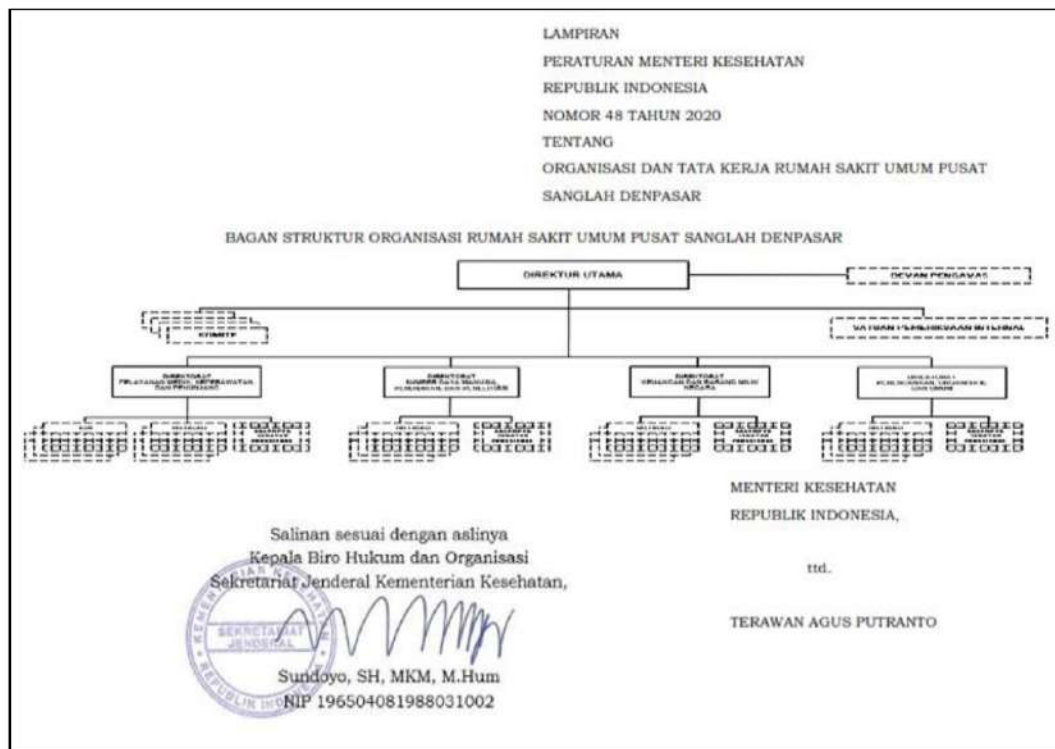
2. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Koordinator Sumber Daya Manusia, yang membawahi: Sub Koordinator Administrasi Sumber Daya Manusia dan Sub Koordinator Pengembangan Sumber Daya Manusia
 - b. Koordinator Pendidikan dan Penelitian, yang membawahi: Sub Koordinator Pendidikan dan Pelatihan dan Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

3. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Koordinator Penyusunan dan Evaluasi Anggaran, yang membawahi: Sub Koordinator Penyusunan Anggaran dan Sub Koordinator Evaluasi Anggaran
 - b. Koordinator Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran, yang membawahi: Sub Koordinator Perbendaharaan dan Sub Koordinator Pelaksanaan Anggaran
 - c. Koordinator Akuntansi dan Barang Milik Negara, yang membawahi: Sub Koordinator Akuntansi dan Sub Koordinator Pengelolaan Barang Milik Negara
 - d. Unit unit non Struktural (Sesuai Keputusan Direktur Utama RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar Nomor: HK.02.03/SK.XIV.4.3.1/36742/2020 tentang Penetapan Organisasi Non Struktural di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar), yaitu Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien

4. Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Koordinator Umum, yang membawahi: Sub Koordinator Tata Usaha dan Sub Koordinator Rumah Tangga dan Perlengkapan
 - b. Koordinator Perencanaan dan Evaluasi, yang membawahi: Sub Koordinator Perencanaan Program dan Sub Koordinator Evaluasi dan Pelaporan
 - c. Koordinator Hukum dan Hubungan Masyarakat, yang membawahi: Sub Koordinator Hukum dan Organisasi dan Sub Koordinator Hubungan Masyarakat
 - d. Unit-unit Non Struktural (Sesuai Keputusan Direktur Utama RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar Nomor: HK.02.03/SK.XIV.4.3.1/36742/2020 tentang Penetapan Organisasi Non Struktural di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Denpasar), yaitu : Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit, Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu, Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dan Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit dan Kesehatan Lingkungan

5. Unit-unit Non Struktural terdiri dari
 - a. Dewan pengawas
 - b. Satuan Pemeriksa Intern
 - c. Komite :
 - 1) Komite Medik
 - 2) Komite Keperawatan
 - 3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
 - 4) Komite Etik dan Hukum
 - 5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
 - 6) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
 - 7) Komite Koordinasi Pendidikan
 - d. Unit Layanan Pengadaan
 - e. Tim Pendukung PPK

Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022



Gambar I.1 Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022

E. Sistematika Penulisan

KATA PENGANTAR

IKHTISAR EKSEKUTIF

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Dasar Hukum

C. Maksud dan Tujuan

D. Tugas Pokok dan Fungsi

E. Sistematika Penulisan

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kerja Tahunan

B. Penetapan Kinerja

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

B. Realisasi Anggaran

BAB IV. PENUTUP

A. Simpulan

B. Rekomendasi

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022

No	Sasaran / Program Kegiatan		Indikator	Target TA 2022
1	Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	86%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	12%
		3	Meningkatnya kunjungan pasien jantung	10%
		4	Meningkatnya pelayanan kemoterapi day care	5%
		5	Meningkatnya jumlah pasien Operasi.	2%
		6	Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan.	7%
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih.	80%
		8	Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	10 Pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	4.5%
		10	Persentase Penyelenggaraan rekam medis elektronik	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS)	100%
		12	Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan.	4 RS
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	70%

5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Peningkatan Kepuasan Pasien	84%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	77%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	15%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	84%
		18	Current Rasio	520%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	80%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	80%
		21	Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	80%

B. Penetapan Kinerja

Adapun penetapan Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022 dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI adalah sebagai berikut:

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF.Dr.I.G.N.G.NGOERAH**



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

Nama : dr, I Wayan Sudana,M.Kes

Jabatan : Direktur Utama RSUP PROF. Dr. I.G.N.G. NGOERAH
Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : drg. Murti Utami,MPH


Jabatan : Plt. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

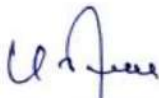
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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.


Denpasar, Juli 2022

Pihak Kedua, 


drg. Murti Utami,MPH
NIP.196605081992032003

Pihak Pertama




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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF.Dr.I.G.N.G.NGOERAH

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1 Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	86%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2 Persentase kematian neonatus	12%
		3 Meningkatnya <i>kunjungan pasien jantung</i>	10%
		4 Meningkatnya pelayanan kemoterapi day care	5%
		5 Meningkatnya jumlah pasien Operasi.	2%
		6 Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan.	7%
3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal	7 Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih.	80%
		8 Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	10 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9 Persentase Kematian Ibu	4.5%
		10 Persentase Penyelenggaraan rekam medis elektronik	100%
		11 Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS)	100%
		12 Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan.	4 RS
		13 Persentase Pelaksanaan Sisrute	70%

5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Peningkatan kepuasan Pasien	84%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	77%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	15%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	84%
		18	Current Rasio	520%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	80%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	80%
		21	Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	80%

Program

1. Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal Rp. 236.438.205.700
2. Tersedianya pelayanan unggulan Rp. 249.452.204.800
3. Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal Rp. 73.844.762.000
4. Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien Rp. 296.207.432.650
5. Terwujudnya kepuasan stakeholder Rp. 240.985.278.000
6. Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat Rp. 238.115.457.000
7. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik Rp. 97.175.637.850

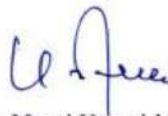
TOTAL

Anggaran

Rp. 1.432.218.978.000

Jakarta, Juli 2022

Pihak Kedua,



drg. Murti Utami, MPH
NIP.196605081992032003



Pihak Pertama,

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

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Adapun capaian kinerja tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

1. Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal
 - a. Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

Definisi Operasional Indikator	Persentase SDM pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan																						
PIC	Koordinator Diklit																						
Riwayat capaian th 2021	100%	Target 2022	≥86%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>21.5</td> <td>18.5</td> <td>78.6</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>43</td> <td>100</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>64.5</td> <td>100</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>86</td> <td>100</td> <td>118.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	21.5	18.5	78.6	Tw II 2022	43	100	120.0	Tw III 2022	64.5	100	120.0	Tw IV 2022	86	100	118.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	21.5	18.5	78.6																				
Tw II 2022	43	100	120.0																				
Tw III 2022	64.5	100	120.0																				
Tw IV 2022	86	100	118.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (100% dari target min 86%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayan unggulan dan pelayanan prioritas.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 236.438.205.700																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 188.380.060.661 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Seluruh SDM pemberi pelayanan (1869) telah mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan, baik secara internal maupun eksternal.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi 88%																						

2. Tersedianya pelayanan unggulan

a. Persentase Kematian Neonatus

Definisi Operasional Indikator	Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%																						
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≤12%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>12</td> <td>13.67</td> <td>113.8</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>12</td> <td>11.27</td> <td>106.5</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>12</td> <td>10.68</td> <td>112.8</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>12</td> <td>10.17</td> <td>118.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	12	13.67	113.8	Tw II 2022	12	11.27	106.5	Tw III 2022	12	10.68	112.8	Tw IV 2022	12	10.17	118.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	12	13.67	113.8																				
Tw II 2022	12	11.27	106.5																				
Tw III 2022	12	10.68	112.8																				
Tw IV 2022	12	10.17	118.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase kematian Neonatus pada Triwulan IV 2022 telah berada di bawah target yang ditetapkan (10.17% dari target max 12%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya monitoring dan evaluasi pelayanan neonatus, baik dari segi pelayanan medis, keperawatan dan penunjang yang optimal																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 249.452.204.800																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 198.748.849.971 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Bayi yang baru lahir telah mendapatkan perhatian khusus supaya kesehatannya tetap optimal. Sebab jika tidak, hal ini bisa berakibat fatal dan menyebabkan kematian pada bayi baru lahir seperti Asfiksia, infeksi dan berat badan lahir rendah. Terdapat 1436 neonatus yang di rawat di RSUP Prof. Ngoerah selama tahun 2022, dan 146 meninggal dunia karena kondisi tertentu.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≤11%																						

b. Meningkatnya kunjungan pasien jantung

Definisi Operasional Indikator	Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RSUP Prof. Ngoerah. Peningkatan kunjungan pasien jantung digambarkan dengan perbandingan jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dengan jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya.																						
PIC	Ka. Instalasi PJT																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥10%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>10</td> <td>23.11</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>10</td> <td>24.47</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>10</td> <td>23.79</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>10</td> <td>22.83</td> <td>130.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	10	23.11	130.0	Tw II 2022	10	24.47	130.0	Tw III 2022	10	23.79	130.0	Tw IV 2022	10	22.83	130.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	10	23.11	130.0																				
Tw II 2022	10	24.47	130.0																				
Tw III 2022	10	23.79	130.0																				
Tw IV 2022	10	22.83	130.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Meningkatnya kunjungan pasien jantung pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (22.83% dari target min 10%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan jumlah pasien jantung di poliklinik PJT RSUP Prof. Ngoerah, baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, pengadaan sarpras yang memadai serta promosi layanan yang terus-menerus.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 249.452.204.800																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 198.748.849.971 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Pelayanan di Poliklinik PJT menghasilkan layanan spesialisik dan subspecialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga karena tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan. Angka jumlah pasien yang berkunjung tahun 2022 mencapai 26.585 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2021 sebanyak 21.644 pasien																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥12%																						

c. Meningkatnya pelayanan kemoterapi Day Care

Definisi Operasional Indikator	Pelayanan Kemoterapi Day Care adalah pelayanan kemoterapi yang diberikan kepada pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi dengan regimen yang diberikan dalam waktu kurang dari 6 jam. Peningkatan layanan digambarkan dengan perbandingan Jumlah pasien kemoterapi day care pada periode pelaporan dengan jumlah kunjungan pasien kemoterapi day care pada periode pelaporan sebelumnya.																						
PIC	Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Rawat Inap																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥5%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Triwulan I 2022</td> <td>5</td> <td>8.85</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Triwulan II 2022</td> <td>5</td> <td>19.86</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Triwulan III 2022</td> <td>5</td> <td>16.47</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Triwulan IV 2022</td> <td>5</td> <td>18.28</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Triwulan I 2022	5	8.85	120.0	Triwulan II 2022	5	19.86	120.0	Triwulan III 2022	5	16.47	120.0	Triwulan IV 2022	5	18.28	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Triwulan I 2022	5	8.85	120.0																				
Triwulan II 2022	5	19.86	120.0																				
Triwulan III 2022	5	16.47	120.0																				
Triwulan IV 2022	5	18.28	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Meningkatnya pelayanan kemoterapi day care pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (18,28% dari target min 5%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan jumlah kemoterapi day care di RSUP Prof. Ngoerah, baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, pengadaan sarpras yang memadai serta promosi layanan yang terus-menerus.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 249.452.204.800																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 198.748.849.971 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Pelayanan kemoterapi day care merupakan salah satu pengembangan pelayanan Instalasi Kanker Terpadu untuk para pasien kanker. Pelayanan kemoterapi day care ini memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap. Angka jumlah pasien kemoterapi day care tahun 2022 mencapai 7.265 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2021 sebanyak 6.242 pasien																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥6%																						

d. Meningkatnya jumlah pasien operasi

Definisi Operasional Indikator	Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi RSUP Prof. Ngoerah. Peningkatan jumlah pasien operasi digambarkan dengan Perbandingan Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dengan jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi.																						
PIC	Ka. IBS																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥2%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>2</td> <td>2.03</td> <td>101.5</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>2</td> <td>2.07</td> <td>103.5</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>2</td> <td>19.32</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>2</td> <td>19.61</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	2	2.03	101.5	Tw II 2022	2	2.07	103.5	Tw III 2022	2	19.32	120.0	Tw IV 2022	2	19.61	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	2	2.03	101.5																				
Tw II 2022	2	2.07	103.5																				
Tw III 2022	2	19.32	120.0																				
Tw IV 2022	2	19.61	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Meningkatnya jumlah pasien Operasi pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (19,61% dari target min 2%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan jumlah pasien operasi di RSUP Prof. Ngoerah, baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, pengadaan sarpras yang memadai serta promosi layanan yang terus-menerus.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 249.452.204.800																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 198.748.849.971 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Kamar operasi telah dikelola dengan baik dan melibatkan banyak sumber daya terutama sarana prasarana peralatan yang canggih, mahal serta mengikuti perkembangan teknologi kedokteran. Upaya untuk meningkatkan utilisasi kamar operasi serta pengaturan pengoperasiannya telah dilaksanakan dengan baik. Angka jumlah jumlah pasien operasi tahun 2022 mencapai 11.404 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2021 sebanyak 9.534 pasien																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥3%																						

e. Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran angka kunjungan pasien rawat jalan baik melalui poliklinik maupun emergensi. Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan digambarkan dengan perbandingan Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan di poliklinik rawat jalan dan emergensi, dengan jumlah pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi.																						
PIC	Ka. IRJ, Ka. Instalasi PJT, Ka. IGD																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥7%																				
Grafik Capaian 2022	<p>The chart displays three data series over four quarters (Tw I 2022 to Tw IV 2022). The left Y-axis represents 'Persentase Target dan Capaian (%)' (0-60), and the right Y-axis represents 'Persentase Ketercapaian (%)' (0.0-150.0). The 'Target (%)' (blue line) is constant at 7%. The 'Capaian (%)' (red line) shows values of 14.3, 12.7, 18.4, and 18.3. The 'Ketercapaian (%)' (yellow line) is constant at 120.0.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>7</td> <td>14.3</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>7</td> <td>12.7</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>7</td> <td>18.4</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>7</td> <td>18.3</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	7	14.3	120.0	Tw II 2022	7	12.7	120.0	Tw III 2022	7	18.4	120.0	Tw IV 2022	7	18.3	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	7	14.3	120.0																				
Tw II 2022	7	12.7	120.0																				
Tw III 2022	7	18.4	120.0																				
Tw IV 2022	7	18.3	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (18,3% dari target min 7%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat jalandi RSUP Prof. Ngoerah, baik dari segi upaya perbaikan kinerja klinis, pengadaan sarpras yang memadai serta promosi layanan yang terus-menerus.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 249.452.204.800																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 198.748.849.971 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS. Pengelolaan antrean rawat jalan telah dilaksanakan secara digital melalui pendaftaran dan antrean online yang mengatur jam kunjungan pasien, sehingga tidak terjadi penumpukan pasien (crowded). Angka jumlah jumlah jumlah pasien rawat jalan tahun 2022 mencapai 306.164 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2021 sebanyak 246.103 pasien																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥8%																						

3. Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal

a. Peningkatan kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi Clinical Teacher dan dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih digambarkan dengan rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC.																						
PIC	Koordinator Diklit																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥80%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>80</td> <td>56.9</td> <td>53.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>80</td> <td>72.0</td> <td>80.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>80</td> <td>74.0</td> <td>87.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>80</td> <td>100.0</td> <td>125.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	80	56.9	53.0	Tw II 2022	80	72.0	80.0	Tw III 2022	80	74.0	87.0	Tw IV 2022	80	100.0	125.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	80	56.9	53.0																				
Tw II 2022	80	72.0	80.0																				
Tw III 2022	80	74.0	87.0																				
Tw IV 2022	80	100.0	125.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih pada Triwulan IV 2022 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target min 80%). Hal ini menggambarkan bahwa upaya penanggung jawab indikator meningkatkan kompetensi tenaga pelatih dan pendidik tersebut sudah maksimal di akhir tahun. Kerja keras dan upaya yang lebih baik perlu dilaksanakan pada periode yang akan datang sejak awal tahun.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 73.844.762.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 58.835.164.579 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan. Peningkatan kompetensi pada tahun 2022 dengan rincian 7 staf SDM, 65 Dokter Pendidik Klinis dan 30 Clinical Instructure.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥85%																						

b. Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk Semua pelatihan yang diselenggarakan mendapatkan persetujuan legal aspek dan kompeten. Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesehatan untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang diselenggarakan. Jumlah pelatihan yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan diharapkan mencapai jumlah 10 dalam satu tahun.																						
PIC	Koordinator Diklit																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	10 Pelatihan																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (n)</th> <th>Capaian (n)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>10</td> <td>4</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (n)	Capaian (n)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	10	2	20	Tw II 2022	10	4	40	Tw III 2022	10	6	60	Tw IV 2022	10	8	100
Triwulan	Target (n)	Capaian (n)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	10	2	20																				
Tw II 2022	10	4	40																				
Tw III 2022	10	6	60																				
Tw IV 2022	10	8	100																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi pada Triwulan IV 2022 belum mencapai target yang ditetapkan (8 dari target min 10). Hal ini menggambarkan bahwa upaya penanggung jawab indikator meningkatkan jumlah pelatihan terakreditasi telah maksimal setiap triwulan, baik dari segi pra-penyelenggaraan, usulan ke PPSDM serta pemenuhan standar akreditasi yang baik.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 73.844.762.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 58.835.164.579 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Penyelenggaraan setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan. Jumlah pelatihan yang telah terakreditasi sesuai ketentuan selama tahun 2022 adalah 8 pelatihan.																						
Permasalahan	Terdapat 2 (dua) pelatihan yaitu pelatihan Calon Surveior yang ditunda pelaksanaannya pada tahun 2022 berkaitan dengan kendala pada ketersediaan waktu fasilitator. Fasilitator/ Narasumber berasal dari eksternal RS (Kementerian Kesehatan RI)																						
Tindak Lanjut	Melaksanakan Koordinasi dengan KSM dan Narasumber terhadap pelatihan-pelatihan kompetensi yang belum terakreditasi untuk dapat difasilitasi sehingga dokumen untuk persyaratan akreditasi pelatihan dapat terpenuhi. Untuk Narasumber dari luar RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pastikan jadwal sudah disepakati kedua belah pihak sehingga tidak ada penundaan pelatihan. Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥ 12 pelatihan terakreditasi.																						

4. Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien
- a. Persentase kematian ibu

Definisi Operasional Indikator	Persentase Kematian Ibu adalah jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri dibagi jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Prof. Ngoerah dikali 100%																						
PIC	Ka. IGD, Ka. Instalasi Rawat Inap, Instalasi R. Inap VIP, IATI																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≤4,5%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>4.5</td> <td>1.47</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>4.5</td> <td>1.71</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>4.5</td> <td>1.76</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>4.5</td> <td>1.86</td> <td>130.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	4.5	1.47	120.0	Tw II 2022	4.5	1.71	130.0	Tw III 2022	4.5	1.76	130.0	Tw IV 2022	4.5	1.86	130.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	4.5	1.47	120.0																				
Tw II 2022	4.5	1.71	130.0																				
Tw III 2022	4.5	1.76	130.0																				
Tw IV 2022	4.5	1.86	130.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Kematian Ibu pada Triwulan IV 2022 telah berada di bawah target yang ditetapkan (1,86% dari target max 4,5%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya monitoring dan evaluasi pelayanan Ibu, baik dari segi pelayanan medis, keperawatan dan penunjang yang optimal.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 296.207.432.650																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 236.000.666.657 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Kematian Ibu disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberkulosis dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain. Terdapat 1021 ibu yang dirawat selama tahun 2022, dengan 19 kasus meninggal akibat berbagai faktor.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≤4,2%																						

b. Persentase penyelenggaraan rekam medis elektronik

Definisi Operasional Indikator	Informasi kesehatan dalam RME tersebut harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS. Informasi kesehatan yang ada di dalam RME tidak terbatas pada riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, tetapi juga informasi tagihan pembayaran, pemberian obat, dan demografi pasien . RME tersebut dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS yang bertugas dengan jaminan keamanan data, kerahasiaan dan privasi data pasien.																						
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Bidang Pelayanan Medik dan Direktur POU																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	100%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>40.5</td> <td>40.5</td> <td>116.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>61.5</td> <td>61.5</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>67.5</td> <td>86.5</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>137.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	40.5	40.5	116.0	Tw II 2022	61.5	61.5	120.0	Tw III 2022	67.5	86.5	120.0	Tw IV 2022	100	100	137.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	40.5	40.5	116.0																				
Tw II 2022	61.5	61.5	120.0																				
Tw III 2022	67.5	86.5	120.0																				
Tw IV 2022	100	100	137.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas standar dan target yang ditetapkan (100%). Hal ini menunjukkan kolaborasi yang cukup baik dari Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Bidang Pelayanan Medik dan Direktur POU dalam upaya penyelenggaraan RME secara penuh selama tahun 2022																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 296.207.432.650																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 236.000.666.657 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Elemen indikator yang telah di capai pada TW IV 2022 adalah sbb: Sistem RME sudah diterapkan secara penuh pada dokumen sesuai dengan DO (<i>paper-less</i>) di rawat inap dan rawat jalan. Terdapat <i>Service Level Agreement</i> (SLA) pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan telah ada laporan evaluasi. <i>Business Continuity Plan</i> (BCP) dan <i>IT Disaster Recovery Plan</i> (DRP) sudah ada. Penilaian terkait Uji Kerentanan telah dilaksanakan BSSN. Lesson learn : Komunikasi intensif antar Direktorat POU dan MKP dalam kesepakatan SLA; Kegiatan edukasi proaktif tim IT kepada PPA dalam rangka teknis pengisian RME; Respon cepat tim IT dalam mengatasi keluhan dan kendala dari PPA dalam implementasi RME																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023																						

c. Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)

Definisi Operasional Indikator	Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun 2022 berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan. Terdapat 8 (delapan) Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS) dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100%.																						
PIC	Seluruh Direktur																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	100%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022 (Q4)</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>100</td> <td>149</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>100</td> <td>153</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>100</td> <td>160</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>100</td> <td>160</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	100	149	120.0	Tw II 2022	100	153	120.0	Tw III 2022	100	160	120.0	Tw IV 2022	100	160	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	100	149	120.0																				
Tw II 2022	100	153	120.0																				
Tw III 2022	100	160	120.0																				
Tw IV 2022	100	160	120.0																				
Interpretasi	Pada triwulan ke IV 2022 RSUP Prof. Ngoerah telah mencapai angka 160% (diatas target 100%, karena mendapatkan bonus skor). Hal ini mencerminkan bahwa tingkat modernisasi pengelolaan BLU dalam mendukung peningkatan layanan serta peningkatan akuntabilitas dan akurasi manajemen dalam pengambilan keputusan telah dilaksanakan dengan baik dan terukur.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 296.207.432.650																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 236.000.666.657 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Ketercapaian TW IV 2022, disebabkan oleh tercapainya nilai maksimal pada : Implementasi capturing data dari database BLU (SIMARS Matrat) ke BIOS; Tersedianya Dashboard untuk kebutuhan manajerial dan <i>realtime</i> ; Optimalisasi penggunaan fasilitas dari perbankan (<i>Mandiri Cash Management Approval Online</i> Berbagai Transaksi Keuangan); Penerapan Srikandi (aplikasi e-office surat menyurat dan tata naskah dinas) secara Penuh. Memiliki Proses Bisnis Layanan Keuangan yang berbasis teknologi informasi. Tersedianya website yang representatif dan up to date.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, sesuai dengan Definisi Operasional baru PPK BLU.																						

d. Meningkatkan jumlah RS yang dilakukan pendampingan

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk Meningkatkan pelayanan di RS daerah yang didampingi agar sesuai dengan tugas dari Kementerian Kesehatan RI. Pendampingan diharapkan dilaksanakan sebanyak 4 pendampingan selama 1 tahun.																						
PIC	Koordinator Pelayanan Medis																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	4 rumah sakit																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (n)</th> <th>Capaian (n)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>125.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>4</td> <td>14</td> <td>175.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (n)	Capaian (n)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	4	4	100.0	Tw II 2022	4	6	120.0	Tw III 2022	4	5	125.0	Tw IV 2022	4	14	175.0
Triwulan	Target (n)	Capaian (n)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	4	4	100.0																				
Tw II 2022	4	6	120.0																				
Tw III 2022	4	5	125.0																				
Tw IV 2022	4	14	175.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (14 dari target min 4). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya koordinatif ke rumah sakit daerah dalam kegiatan pendampingan. Sebagai rumah sakit tersier dipandang perlu melakukan pendampingan ke RS daerah untuk meningkatkan pelayanan di RS daerah tersebut																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 296.207.432.650																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 236.000.666.657 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Pendampingan telah dilaksanakan pada 14 rumah sakit di tahun 2022, dengan rincian sebagai berikut: RS Bima, RS Praya, RSU Lombok Timur, RSU Lombok Utara, RSUD Bangli, RSUD Buleleng, RSUD Negara, RSD Mangusada, RSUD Patut-Patuh Patju, RSUD Kabupaten Sumbawa Besar, RSUD Sanjiwani, RSUD Klungkung, RSUD Kota Mataram, dan RSUD Ass-Syifa KSB.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi 5 rumah sakit yang didampingi.																						

e. Persentase pelaksanaan SISRUTE

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan respon time kurang dari 1 jam sebanyak 70%. Persentase ini digambarkan dengan perbandingan jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon di IGD oleh MOD dalam waktu <1 jam dengan Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Ngoerah.																						
PIC	Ka. IGD																						
Riwayat capaian th 2021	86,94%	Target 2022	≥70%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>70</td> <td>96.11</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>70</td> <td>95.42</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>70</td> <td>92.21</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	70	70	0	Tw II 2022	70	96.11	120.0	Tw III 2022	70	95.42	120.0	Tw IV 2022	70	92.21	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	70	70	0																				
Tw II 2022	70	96.11	120.0																				
Tw III 2022	70	95.42	120.0																				
Tw IV 2022	70	92.21	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Pelaksanaan SISRUTE pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (92,21% dari target min 70%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan tolak ukur mutu layanan baik dari segi klinis, pengelolaan tenaga, prosedur dan monev di ruang emergensi melalui respon time terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sistrute.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 296.207.432.650																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 236.000.666.657 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Kegiatan sistem rujukan Sistrute pada tahun 2022 telah diperkuat dengan penyediaan perangkat komputer di IGD untuk menerima rujukan secara online, dan terdapat mekanisme alarm jika ada rujukan masuk sehingga dapat di respon dengan cepat. Disamping itu, komunikasi dan koordinasi dengan rumah sakit perujuk juga dilaksanakan secara terus menerus jika terdapat kendala.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥75%																						

5. Terwujudnya kepuasan stakeholder
- a. Peningkatan kepuasan pasien

Definisi Operasional Indikator	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Acuan yang dipakai adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Survey kepuasan pasien yang dilakukan oleh pihak eksternal BLU.																						
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/ Direktur Umum dan Operasional/ Kabid Pelayanan Medik/ Humas																						
Riwayat capaian th 2021	82,75%	Target 2022	≥84%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Trimester</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trw I 2022</td> <td>84</td> <td>81</td> <td>96.4</td> </tr> <tr> <td>Trw II 2022</td> <td>84</td> <td>81.47</td> <td>97.0</td> </tr> <tr> <td>Trw III 2022</td> <td>84</td> <td>83.67</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Trw IV 2022</td> <td>84</td> <td>84.88</td> <td>101.0</td> </tr> </tbody> </table>			Trimester	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Trw I 2022	84	81	96.4	Trw II 2022	84	81.47	97.0	Trw III 2022	84	83.67	100.0	Trw IV 2022	84	84.88	101.0
Trimester	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Trw I 2022	84	81	96.4																				
Trw II 2022	84	81.47	97.0																				
Trw III 2022	84	83.67	100.0																				
Trw IV 2022	84	84.88	101.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil survey yang dilaksanakan secara eksternal oleh PPK BLU dan diadaptasi penilaiannya oleh IPPB, capaian kepuasan pasien pada triwulan IV 2022 telah mencapai angka 84,88%, yang berada di atas standar dan target. Kondisi ini terkait dengan penanganan keluhan serta perbaikan pengalaman pasien selama mendapat pelayanan terus ditingkatkan melalui Kerjasama lintas direktorat dan lintas sektor.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 240.985.278.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 192.002.900.519 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Hasil survey eksternal merupakan adaptasi dari hasil survey yang dilaksanakan oleh Direktorat PPK BLU bekerja sama dengan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Univ. Padjadjaran, yang melaksanakan survey kepuasan layanan BLU Kesehatan Tahun 2022 di RSUP Prof. Ngoerah. Dengan jumlah responden pasien 31 orang.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥85%																						

b. Peningkatan kepuasan pegawai

Definisi Operasional Indikator	Kepuasan pegawai adalah perasaan senang pegawai terhadap hasil dari harapan ditempat kerja. Indikator ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan sehingga dapat dilakukan perbaikan. Faktor-faktor ini antara lain: kepuasan terhadap pekerjaannya, gaji, promosi, atasan dan rekan.										
PIC	Koordinator SDM										
Riwayat capaian th 2021	75,36%	Target 2022	≥77%								
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Persentase (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Target (%)</td> <td>76,98</td> </tr> <tr> <td>Capaian (%)</td> <td>76,98</td> </tr> <tr> <td>Ketercapaian (%)</td> <td>99,97</td> </tr> </tbody> </table>			Kategori	Persentase (%)	Target (%)	76,98	Capaian (%)	76,98	Ketercapaian (%)	99,97
Kategori	Persentase (%)										
Target (%)	76,98										
Capaian (%)	76,98										
Ketercapaian (%)	99,97										
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Peningkatan Kepuasan Pegawai pada TW IV 2022 hampir mencapai target yang ditetapkan (76,98% dari target min 77%) yang termasuk kategori memuaskan. Penanggung jawab indikator telah melaksanakan survey kepuasan pegawai pada akhir tahun ini, dan telah diidentifikasi faktor kepuasan pegawai yang perlu ditingkatkan lagi, yaitu faktor penggajian (remunerasi) dan promosi. Komitmen Bersama diperlukan untuk menyikapi unsur ini.										
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 240.985.278.000										
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 192.002.900.519 (79,67% dari rencana anggaran)										
Gambaran Kegiatan	Survey kepuasan pegawai dilaksanakan tanggal 3 Juni – 28 September 2022, dengan menggunakan sistem SIMARS dalam pengisian survey. Pengisian dilaksanakan secara online untuk berbagai jabatan dan status kepegawaian. Terdapat 617 responden yang mengisi survey dengan proporsi 425 PNS (68,8%) dan 192 Non PNS (31,2%).										
Permasalahan	Faktor penggajian (remunerasi) dan promosi pegawai menjadi catatan untuk ditingkatkan										
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥78%										

6. Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat
- a. Persentase peningkatan pendapatan PNB

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk kemampuan Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan pendapatan PNB setiap tahun, berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor : 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum. Indikator ini digambarkan dengan perbandingan penerimaan tahun berjalan dikurangi penerimaan tahun sebelumnya dengan penerimaan tahun sebelumnya.																						
PIC	Direktorat Keuangan dan BMN																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥15%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for PNB Increase Performance Chart (2022)</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>15</td> <td>-14.7</td> <td>-392.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>15</td> <td>-6.3</td> <td>-86.7</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>15</td> <td>-3.7</td> <td>-33.7</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>15</td> <td>-12.95</td> <td>-86.3</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	15	-14.7	-392.0	Tw II 2022	15	-6.3	-86.7	Tw III 2022	15	-3.7	-33.7	Tw IV 2022	15	-12.95	-86.3
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	15	-14.7	-392.0																				
Tw II 2022	15	-6.3	-86.7																				
Tw III 2022	15	-3.7	-33.7																				
Tw IV 2022	15	-12.95	-86.3																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Peningkatan Pendapatan PNB pada Triwulan IV 2022 belum mencapai target sesuai harapan, namun terjadi peningkatan signifikan mulai TW I sampai dengan TW III. Walaupun PIC Indikator ini adalah Direktorat Keuangan dan BMN, namun sumber pendapatan dapat berasal dari seluruh manajemen direktorat lainnya. Sehingga komitmen peningkatan PNB harus dilaksanakan dan di monev Bersama.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 238.115.457.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 189.716.395.881 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2022 adalah Rp. 767.694.441.824,38, sedikit lebih rendah dari tahun 2021 di angka Rp. 881.884.913.310,17. Namun, perbaikan dan peningkatan terus dilaksanakan selama TW I sampai dengan TW IV. Peningkatan Pendapatan pada Triwulan II Tahun 2022 naik, karena adanya penerimaan klaim COVID-19 atas piutang pasien tahun 2021.																						
Permasalahan	Perlu dilaksanakan optimalisasi sumber pendapatan di seluruh direktorat, dalam kaitannya dengan pelayanan Non-COVID-19 dan Non-BPJS.																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan adjustment target sesuai dengan usulan ke PPK BLU menjadi ≥10%																						

b. Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)

Definisi Operasional Indikator	Pendapatan PNBPN 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). Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan.																						
PIC	Direktorat Keuangan dan BMN																						
Riwayat capaian th 2021	107,93%	Target 2022	≥84%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for POBO Ratio Performance (Q1-Q4 2022)</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>81</td> <td>134.1</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>82</td> <td>118.1</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>83</td> <td>105</td> <td>130.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>83</td> <td>91.5</td> <td>105.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	81	134.1	130.0	Tw II 2022	82	118.1	130.0	Tw III 2022	83	105	130.0	Tw IV 2022	83	91.5	105.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	81	134.1	130.0																				
Tw II 2022	82	118.1	130.0																				
Tw III 2022	83	105	130.0																				
Tw IV 2022	83	91.5	105.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian IKT Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas standar dan target yang ditetapkan, yaitu dengan nilai 91,5%. Hal ini menggambarkan terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 238.115.457.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 189.716.395.881 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Kondisi penurunan Rasio pada triwulan IV 2022 disebabkan oleh beberapa kondisi diantaranya : Sumber pendapatan yang menyusut (Renovasi Sanjiwani, Penyusutan lahan parkir); Operasional Kepegawaian perlu pelusuran lebih lanjut; Penerimaan BPJS periodik																						
Permasalahan	Perlu dilaksanakan penelusuran lebih lanjut terkait operasional belanja pegawai.																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target sesuai dengan usulan ke PPK BLU menjadi ≥92%																						

c. Current Rasio

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk mengetahui tingkat Kesehatan keuangan rumah sakit. Rasio Lancar (current ratio) adalah rasio likuiditas untuk mengukur kemampuan rumah sakit untuk membayar utang jangka pendek atau yang jatuh tempo dalam 1 tahun dengan asset lancar yang dimiliki.																						
PIC	Sub Koordinator Akuntansi																						
Riwayat capaian th 2021	1195,88%	Target 2022	≥520%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Current Ratio Performance Graph 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>520</td> <td>849.7</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>520</td> <td>905.14</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>520</td> <td>667.59</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>520</td> <td>836.74</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	520	849.7	120.0	Tw II 2022	520	905.14	120.0	Tw III 2022	520	667.59	120.0	Tw IV 2022	520	836.74	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	520	849.7	120.0																				
Tw II 2022	520	905.14	120.0																				
Tw III 2022	520	667.59	120.0																				
Tw IV 2022	520	836.74	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Current Rasio pada Triwulan IV 2022 telah mencapai target yang ditetapkan (836,74% dari target min 520%). Namun terdapat penurunan current ratio dari TW I s/d TW III, tetapi kembali meningkat di TW IV. Hal ini membutuhkan perhatian dan Analisa yang lebih mendalam dari penanggung jawab indikator untuk memunculkan fluktuasi capaian selama tahun 2022.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 238.115.457.000																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 189.716.395.881 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Secara umum pada TW IV target capaian sudah tercapai sesuai harapan, namun pada TW III mengalami penurunan tetapi masih diatas target 550, penurunan terjadi karena adanya penambahan utang yang belum dapat dilakukan pembayaran karena dokumen tagihan belum lengkap. Perbaikan telah dilaksanakan pada TW IV dengan percepatan melengkapi dokumen tagihan.																						
Permasalahan	Kendala administratif dokumen tagihan belum lengkap, yang sedikit mengganggu fluktuasi capaian.																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target sesuai dengan usulan ke PPK BLU menjadi ≥550%																						

7. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik
- a. Persentase terlaksananya manajemen risiko RS

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kejadian (insiden) yang berpotensi kuat (besar) dapat mengganggu atau menghambat sasaran dan tujuan organisasi (RS). Keberhasilan indikator ini digambarkan dengan kondisi dimana risiko prioritas pada risk register tidak berubah menjadi insiden (karena efektifnya upaya pengendalian yang dilakukan terhadap masing-masing risiko prioritas tersebut).								
PIC	Ketua Subkom Manajemen Risiko/Ketua KMRS								
Riwayat capaian th 2021	n/a								
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Target 2022</th> <th>≥80%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>120.0</td> <td>120.0</td> </tr> <tr> <td>100.0</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>80.0</td> <td>80.0</td> </tr> </tbody> </table>	Target 2022	≥80%	120.0	120.0	100.0	100.0	80.0	80.0
Target 2022	≥80%								
120.0	120.0								
100.0	100.0								
80.0	80.0								
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya manajemen risiko RS pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (100% dari target min 80%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya koordinatif ke seluruh unit, mempersiapkan sistem informasi manajemen risiko yang komprehensif dan pengendalian yang cukup baik dalam pencegahan insiden dari informasi risiko yang dikumpulkan.								
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 97.175.637.850								
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 77.423.834.692 (79,67% dari rencana anggaran)								
Gambaran Kegiatan	RSUP Prof. Ngoerah memiliki Tim Khusus manajemen Risiko dibawah koordinasi KMRS dan Direktorat POU yang menyelenggarakan kegiatan pemantau dan pengendalian Risiko. Identifikasi risiko telah dilaksanakan disetiap unit kerja, dengan proses identifikasi dan pencatatan melalui sistem informasi SIMARS, sehingga bisa dipantau dan dikoordinasikan dengan cepat untuk risiko-risiko prioritas.								
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan								
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥85%								

b. Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS

Definisi Operasional Indikator	Indikator ini bertujuan untuk tertib administrasi dalam pengelolaan Barang Milik Negara. Pengelolaan Barang Milik Negara adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau berasal dari perolehan lainnya yang sah dalam suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.																						
PIC	Koordinator Akuntansi dan BMN																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥80%																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>80</td> <td>83.3</td> <td>102.9</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>80</td> <td>78</td> <td>97.5</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>112.5</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>80</td> <td>100</td> <td>120.0</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	80	83.3	102.9	Tw II 2022	80	78	97.5	Tw III 2022	80	90	112.5	Tw IV 2022	80	100	120.0
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	80	83.3	102.9																				
Tw II 2022	80	78	97.5																				
Tw III 2022	80	90	112.5																				
Tw IV 2022	80	100	120.0																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS pada Triwulan IV 2022 telah berada di atas target yang ditetapkan (100% dari target min 80%). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan untuk setiap barang yang didistribusikan.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 97.175.637.850																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 77.423.834.692 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	RSUP Prof. Ngoerah memiliki pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN dengan sistem informasi SIMARS, yang selanjutnya akan terintegrasi dengan sistem informasi keuangan PPK BLU (SAKTI). Pengembangan dan perbaikan dilaksanakan terus-menerus.																						
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥85%																						

c. Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS

Definisi Operasional Indikator	Tujuan pemusnahan arsip antara lain adalah untuk efisiensi dan efektivitas kerja, serta penyelamatan informasi arsip itu sendiri dari pihak-pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya. Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan. Diharapkan terdapat 2 kegiatan pemusnahan arsip selama setahun																						
PIC	Koordinator Umum																						
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	100% (2 keg)																				
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Triwulan</th> <th>Target (%)</th> <th>Capaian (%)</th> <th>Ketercapaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tw I 2022</td> <td>35</td> <td>35</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Tw II 2022</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Tw III 2022</td> <td>85</td> <td>62.5</td> <td>75.3</td> </tr> <tr> <td>Tw IV 2022</td> <td>100</td> <td>87.5</td> <td>87.3</td> </tr> </tbody> </table>			Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)	Tw I 2022	35	35	100.0	Tw II 2022	50	50	100.0	Tw III 2022	85	62.5	75.3	Tw IV 2022	100	87.5	87.3
Triwulan	Target (%)	Capaian (%)	Ketercapaian (%)																				
Tw I 2022	35	35	100.0																				
Tw II 2022	50	50	100.0																				
Tw III 2022	85	62.5	75.3																				
Tw IV 2022	100	87.5	87.3																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS pada Triwulan IV 2022 belum mencapai target yang ditetapkan (87,5% dari target min 100%/ 2 rangkaian kegiatan). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator perlu meningkatkan kerja keras dalam memenuhi rangkaian kegiatan pemusnahan arsip yang belum terlaksana di penghujung tahun 2022 ini.																						
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 97.175.637.850																						
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 77.423.834.692 (79,67% dari rencana anggaran)																						
Gambaran Kegiatan	Pemusnahan arsip melibatkan pihak eksternal dalam hal ini Biro Umum Kemenkes RI dan ANRI, maka tahap terakhir pada kegiatan pemusnahan arsip yang kedua belum dapat dikejar pada akhir tahun 2022, tetapi prasyarat internal sudah terpenuhi semua.																						
Permasalahan	Proses koordinasi eksternal perlu dilaksanakan lebih awal dan dikawal																						
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi 100%																						

d. Persentase terlaksananya tata kelola mutu di RS

Definisi Operasional Indikator	Tata Kelola mutu rumah sakit merupakan pelaksanaan standar akreditasi rumah sakit. Indikator ini digambarkan dengan perbandingan jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi dengan jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi.																																				
PIC	Ketua KMRS																																				
Riwayat capaian th 2021	n/a	Target 2022	≥80%																																		
Grafik Capaian 2022	<table border="1"> <caption>Data for Grafik Capaian 2022</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Nilai (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Target (%)</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Capaian (%)</td> <td>82.4</td> </tr> <tr> <td>Ketercapaian (%)</td> <td>103</td> </tr> </tbody> </table>			Kategori	Nilai (%)	Target (%)	80	Capaian (%)	82.4	Ketercapaian (%)	103																										
Kategori	Nilai (%)																																				
Target (%)	80																																				
Capaian (%)	82.4																																				
Ketercapaian (%)	103																																				
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS pada Triwulan IV (per-Desember 2022) telah berada di atas target yang ditetapkan (82.4% dari target min 80%). Hal ini menggambarkan komitmen penanggung jawab indikator terus berupaya koordinatif ke seluruh pokja menyelenggarakan pemenuhan 16 standar akreditasi.																																				
Rencana Anggaran Sasaran	Rp. 97.175.637.850																																				
Realisasi Anggaran Sasaran	Rp. 77.423.834.692 (79,67% dari rencana anggaran)																																				
Gambaran Kegiatan	<table border="1"> <caption>Data for Gambaran Kegiatan (Capaian Nilai Self Assessment)</caption> <thead> <tr> <th>Pokja</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TMS</td><td>81.0%</td></tr> <tr><td>KPS</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>MFS</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>FKOP</td><td>88.0%</td></tr> <tr><td>MBSB</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>PPI</td><td>86.0%</td></tr> <tr><td>PPK</td><td>75.0%</td></tr> <tr><td>MOP</td><td>81.0%</td></tr> <tr><td>HPL</td><td>88.0%</td></tr> <tr><td>JP</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>MOP</td><td>86.0%</td></tr> <tr><td>FAS</td><td>81.0%</td></tr> <tr><td>PPO</td><td>82.0%</td></tr> <tr><td>ICE</td><td>86.0%</td></tr> <tr><td>MOP</td><td>86.0%</td></tr> <tr><td>PI</td><td>87.0%</td></tr> </tbody> </table> <p>Secara koordinatif KMRS memiliki kewajiban untuk mengontrol pokja – pokja dalam pemenuhan standar akreditasi. Pokja yang belum mencapai target standar adalah MFK dan PPK.</p>			Pokja	Capaian (%)	TMS	81.0%	KPS	82.0%	MFS	82.0%	FKOP	88.0%	MBSB	82.0%	PPI	86.0%	PPK	75.0%	MOP	81.0%	HPL	88.0%	JP	82.0%	MOP	86.0%	FAS	81.0%	PPO	82.0%	ICE	86.0%	MOP	86.0%	PI	87.0%
Pokja	Capaian (%)																																				
TMS	81.0%																																				
KPS	82.0%																																				
MFS	82.0%																																				
FKOP	88.0%																																				
MBSB	82.0%																																				
PPI	86.0%																																				
PPK	75.0%																																				
MOP	81.0%																																				
HPL	88.0%																																				
JP	82.0%																																				
MOP	86.0%																																				
FAS	81.0%																																				
PPO	82.0%																																				
ICE	86.0%																																				
MOP	86.0%																																				
PI	87.0%																																				
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan																																				
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan meningkatkan target menjadi ≥85%																																				

Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2022

No	Sasaran / Program Kegiatan	Indikator	Target TA 2022	Capaian TA 2022	Status	Ketercapaian thd Target
1	Tersedianya sumber daya pelayanan kesehatan yang optimal	1 Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	≥86%	100%	Tercapai	116%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2 Persentase kematian neonatus	≤12%	10,17%	Tercapai	118%
		3 Meningkatnya kunjungan pasien jantung	≥10%	22,83%	Tercapai	120%
		4 Meningkatnya pelayanan kemoterapi day care	≥5%	18,28%	Tercapai	120%
		5 Meningkatnya jumlah pasien Operasi.	≥2%	19,61%	Tercapai	120%
		6 Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan.	≥7%	18,3%	Tercapai	120%
3	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	7 Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih.	≥80%	100%	Tercapai	120%
		8 Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	10 Pelatihan	8 Pelatihan	Tak Tercapai	80%
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9 Persentase Kematian Ibu	≤4,5%	1,86%	Tercapai	120%
		10 Persentase Penyelenggaraan rekam medis elektronik	100%	110%	Tercapai	110%
		11 Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS)	100%	160%	Tercapai	120%
		12 Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan.	4 RS	14 RS	Tercapai	120%
		13 Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥70%	92,21%	Tercapai	120%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14 Peningkatan Kepuasan Pasien	≥84%	84,88%	Tercapai	101%
		15 Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥77%	77% (bulat)	Tercapai	100%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16 Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN	≥15%	-12,95%	Tak Tercapai	-86,3%
		17 Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥84%	91,5%	Tercapai	105%
		18 Current Rasio	≥520%	836,74%	Tercapai	120%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19 Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥80%	100%	Tercapai	120%
		20 Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥80%	100%	Tercapai	120%
		21 Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS	100% (2keg)	87,5%	Tak Tercapai	87,5%
		22 Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥80%	82,4%	Tercapai	103%

Dari 22 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2022 terdapat 20 Indikator sudah mencapai Target (90,9%), 2 Indikator yang belum mencapai target (9,1%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar **103% (Kategori AA)**.

B. Realisasi Anggaran

Adapun realisasi anggaran masing masing sasaran program kinerja tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022

No	Program	PAGU	Realisasi	%	Sisa/ Efisiensi
1	Tersedianyan SDM pelayanan kesehatan yg optimal	236.438.205.700,00	188.380.060.661,00	79,67	48.058.145.039,00
2	Tersedianya Pelayanan Unggulan	249.452.204.800,00	198.748.849.971,00	79,67	50.703.354.829,00
3	Tersedianya Sumber daya Diklit yang optimal	73.844.762.000,00	58.835.164.579,00	79,67	15.009.597.421,00
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	296.207.432.650,00	236.000.666.657,00	79,67	60.206.765.993,00
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	240.985.278.000,00	192.002.900.519,00	79,67	48.982.377.481,00
6	Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat	238.115.457.000,00	189.716.395.881,00	79,67	48.399.061.119,00
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	97.175.637.850,00	77.423.834.692,00	79,67	19.751.803.158,00
TOTAL		1.432.218.978.000,00	1.141.107.872.960,00	79,67	291.111.105.040,00

Berdasarkan tabel III.2 di atas, anggaran awal untuk program kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022 adalah sebesar Rp. 1.432.218.978.000,00, dengan 7 (tujuh) sasaran program yang memiliki nilai anggaran masing- masing. Anggaran paling besar berada pada sasaran program Tersedianya Pelayanan Unggulan, dengan nilai Rp. 249.452.204.800,00. Anggaran paling kecil berada pada sasaran program Tersedianya Sumber daya Diklit yang optimal, dengan nilai Rp. 73.844.762.000,00. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 79,67% (Rp. 1.141.107.872.960,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 291.111.105.040,00.

C. Kondisi SDM pada Akhir Tahun 2022

Adapun kondisi SDM pada akhir tahun 2022 adalah sebagai berikut :

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022

NO	KELOMPOK	STATUS TENAGA BLU						DIKNAS			TOT
		PNS	CPNS	PPPK	TENAGA TETAP	TENAGA TIDAK TETAP	TENAGA TIDAK TETAP COVID-19	PNS	TETAP	PA	
I	MEDIS	233	11	1	20	9	0	71	1	5	351
II	TENAGA KEPERAWATAN	720	47	0	264	70	52	0	0	0	1153
III	TENAGA PENUNJANG	228	33	0	51	24	32	0	0	0	368
IV	TENAGA STRUKTURAL	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
V	TENAGA NON MEDIS	436	13	0	420	26	8	0	0	0	903
JUMLAH		1622	104	1	755	129	92	71	1	5	2780

Jumlah keseluruhan tenaga di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2022 adalah sebanyak 2780, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Diknas. Tenaga BLU berjumlah 2703, dengan jenis tenaga PNS 1622 orang, CPNS 104 orang, PPPK 1 orang, tenaga tetap 755 orang, tenaga tidak tetap 129 orang dan tenaga tidak tetap COVID-19 92 orang. Untuk Tenaga Diknas terdiri dari PNS 71 orang, tenaga tetap 1 orang dan Pembimbing Akademik 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2780 orang terdapat 351 tenaga medis, tenaga keperawatan 1153 orang, tenaga penunjang 368 orang, tenaga struktural 5 orang dan tenaga non medis 903 orang.

BAB IV. PENUTUP

A. Simpulan

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah telah melaksanakan kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala, berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, secara umum hasil evaluasi program strategis tahunan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Keseluruhan sasaran program yang dipantau adalah 7 sasaran, dengan 22 indikator kinerja utama. Dari 22 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2022 terdapat 20 Indikator sudah mencapai Target (90,9%), 2 Indikator yang belum mencapai target (9,1%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 103% (Kategori AA).
2. Indikator yang belum mencapai target adalah :
 - a. Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi, dengan target 10 pelatihan namun tercapai 8 pelatihan di tahun 2022. Penyelenggaran setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan. Jumlah pelatihan yang telah terakreditasi sesuai ketentuan selama tahun 2022 adalah 8 pelatihan. Terdapat 2 (dua) pelatihan yaitu pelatihan Calon Surveior yang ditunda pelaksanaannya pada tahun 2022 berkaitan dengan kendala pada ketersediaan waktu fasilitator. Fasilitator/ Narasumber berasal dari eksternal RS (Kementerian Kesehatan RI)
 - b. Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN, dengan target $\geq 15\%$ namun tercapai -12,95%. Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2022 adalah Rp. 767.694.441.824,38, sedikit lebih rendah dari tahun 2021 di angka Rp. 881.884.913.310,17. Namun, perbaikan dan peningkatan terus dilaksanakan selama TW I sampai dengan TW IV. Peningkatan Pendapatan pada Triwulan II Tahun 2022 naik, karena adanya penerimaan klaim COVID-19 atas piutang pasien tahun 2021.
 - c. Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS, dengan target 100% (2keg) namun tercapai 87,5%. Kondisi ini terjadi karena pemusnahan arsip melibatkan pihak eksternal dalam hal ini Biro Umum Kemenkes RI dan ANRI, maka tahap

terakhir pada kegiatan pemusnahan arsip yang kedua belum dapat dikejar pada akhir tahun 2022, tetapi prasyarat internal sudah terpenuhi semua.

3. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 79,67% (Rp. 1.141.107.872.960,00). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 291.111.105.040,00.
4. Pada akhir tahun 2022 terdapat 2780 tenaga di RSUP Prof. Ngoerah, yang terdiri dari 351 tenaga medis, tenaga keperawatan 1153 orang, tenaga penunjang 368 orang, tenaga struktural 5 orang dan tenaga non medis 903 orang.

B. Rekomendasi

Berdasarkan analisa masalah indikator sasaran yang tidak mencapai target di tahun 2022, maka dapat direkomendasikan masing-masing kegiatan strategis sebagai berikut :

1. Jumlah pelatihan yang telah terakreditasi sesuai ketentuan selama tahun 2022 adalah 8 pelatihan. Terdapat 2 (dua) pelatihan yaitu pelatihan Calon Surveior yang ditunda pelaksanaannya pada tahun 2022 berkaitan dengan kendala pada ketersediaan waktu fasilitator. Fasilitator/ Narasumber berasal dari eksternal RS (Kementerian Kesehatan RI). Melaksanakan Koordinasi dengan KSM dan Narasumber terhadap pelatihan-pelatihan kompetensi yang belum terakreditasi untuk dapat difasilitasi sehingga dokumen untuk persyaratan akreditasi pelatihan dapat terpenuhi.
2. Untuk Narasumber dari luar RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pastikan jadwal sudah disepakati kedua belah pihak sehingga tidak ada penundaan pelatihan. Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥ 12 pelatihan terakreditasi.
3. Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Peningkatan Pendapatan PNBPN pada Triwulan IV 2022 belum mencapai target sesuai harapan, namun terjadi peningkatan signifikan mulai TW I sampai dengan TW III. Walaupun PIC Indikator ini adalah Direktorat Keuangan dan BMN, namun sumber pendapatan dapat berasal dari seluruh manajemen direktorat lainnya. Sehingga komitmen peningkatan PNBPN harus dilaksanakan dan di monev Bersama. Peningkatan Pendapatan pada Triwulan II Tahun 2022 naik, karena adanya penerimaan klaim

COVID-19 atas piutang pasien tahun 2021. Perlu dilaksanakan optimalisasi sumber pendapatan di seluruh direktorat, dalam kaitannya dengan pelayanan Non-COVID-19 dan Non-BPJS.

4. Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan. Diharapkan terdapat 2 kegiatan pemusnahan arsip selama setahun. Tujuan pemusnahan arsip antara lain adalah untuk efisiensi dan efektivitas kerja, serta penyelamatan informasi arsip itu sendiri dari pihak-pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya. Proses koordinasi eksternal perlu dilaksanakan lebih awal dan dikawal terus-menerus.

REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA

NO	SASARAN/ PROGRAM	INDIKATOR	PENYEBAB TIDAK TERCAPAI	USULAN KEGIATAN	REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA
1.	Tersedianya sumber daya diklit yang optimal	Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi	Pemusnahan arsip melibatkan pihak eksternal dalam hal ini Biro Umum Kemenkes RI dan ANRI, maka tahap terakhir pada kegiatan pemusnahan arsip yang kedua belum dapat dikejar pada akhir tahun 2022, tetapi prasyarat internal sudah terpenuhi semua.	Proses koordinasi eksternal perlu dilaksanakan lebih awal dan dikawal oleh PIC secara terus menerus	<i>lakukan proses kearsifan lebih awal</i>
2.	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	Persentase Peningkatan Pendapatan PNB	Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2022 adalah Rp. 767.694.441.824,38, sedikit lebih rendah dari tahun 2021 di angka Rp. 881.884.913.310,17. Namun, perbaikan dan peningkatan terus dilaksanakan selama TW I sampai dengan TW IV. Peningkatan Pendapatan pada Triwulan II Tahun 2022 naik, karena adanya penerimaan klaim COVID-19 atas piutang pasien tahun 2021.	Perlu dilaksanakan optimalisasi sumber pendapatan di seluruh direktorat, dalam kaitannya dengan pelayanan Non-COVID-19 dan Non-BPJS.	<i>optimalkan sumber pendapatan yg sdh ada spt dari: Utilisasi kamar operasi, extend wkt layanan Radioterapi, layanan gantung</i>
3.	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	Persentase terlaksananya tata kelola arsip di RS	Terdapat 2 (dua) pelatihan yaitu pelatihan Calon Surveior yang ditunda pelaksanaannya pada tahun 2022 berkaitan dengan kendala pada ketersediaan waktu fasilitator. Fasilitator/ Narasumber berasal dari eksternal RS (Kementerian Kesehatan RI)	Untuk Narasumber dari luar RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pastikan jadwal sudah disepakati kedua belah pihak sehingga tidak ada penundaan pelatihan. Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2023, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥ 12 pelatihan terakreditasi.	<i>lakukan penjadwalan dan kesepakatan dg para narasumber lebih awal</i>

LAMPIRAN

RUMUS INDIKATOR KINERJA TAHUN 2022

1. Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

a.	Judul Indikator	Peningkatan persentase Kompetensi SDM pemberi pelayanan
b.	Dasar Pemikiran	Peningkatan pengembangan kualifikasi kompetensi dan pendidikan SDM pemberi pelayanan sesuai dengan Prioritas pelayanan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayan unggulan dan pelayan prioritas
e.	Definisi Operasional	Persentase SDM pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendapat peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan
i.	Target Pencapaian	86%
j.	Kriteria:	1. SDM yang memenuhi criteria Tugas Belajar
	• Inklusi	2. SDM yang diusulkan dari unitnya untuk mengikuti pelatihan
	• Eksklusi	-
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	Laporan Kegiatan di Bagian Diklit
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
n.	Periode Analisis	Satu Tahun
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
q.	Rencana Analisis	Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase dalam bentuk tabel
r.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklit
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Diklit

2. Persentase kematian neonates

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Neonatus
b.	Dasar Pemikiran	Neonatus adalah sebutan bagi bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari. Bayi usia kurang dari satu bulan mempunyai tubuh yang sangat lemah dan rentan terkena penyakit. Itulah kenapa bayi yang baru lahir perlu mendapatkan perhatian khusus supaya kesehatannya tetap optimal. Sebab jika tidak, hal ini bisa berakibat fatal dan menyebabkan kematian pada bayi baru lahir seperti Asfiksia, infeksi dan berat badan lahir rendah.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui gambaran persentase kematian neonatus
e.	Definisi Operasional	Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari
i.	Target Pencapaian	12%
j.	Kriteria:	Inklusi: Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi: -
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kerta kerja angka kematian neonatus
s.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap

3. Meningkatnya kunjungan pasien jantung

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Kunjungan Pasien Jantung
b.	Dasar Pemikiran	Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) merupakan salah satu pelayanan unggulan di RSUP Sanglah Denpasar yang memiliki fasilitas, prasarana, maupun SDM, yang menangani berbagai jenis penyakit jantung dan pembuluh darah pada berbagai usia.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien jantung di poliklinik PJT RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Pelayanan jantung adalah pelayanan kedokteran di bidang jantung yang merupakan salah satu pelayanan yang paling banyak dibutuhkan di RSUP Sanglah Denpasar. Pelayanan di PJT menghasilkan layanan spesialisik dan subspecialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga untuk itu diperlukan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
i.	Target Pencapaian	10%
j.	Kriteria:	Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan layanan di Poliklinik PJT
	• Inklusi	Eksklusi:
	• Eksklusi	
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	Instalasi PJT
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total sampling pasien PJT
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja kunjungan pasien di PJT
s.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi PJT

4. Meningkatnya pelayanan kemoterapi Day Care

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i>
b.	Dasar Pemikiran	Instalasi Kanker terpadu adalah unit pelayanan medik dan penunjang yang memberikan pelayanan pada penderita kanker di RSUP Sanglah Denpasar, salah satunya adalah pelayanan kemoterapi <i>day care</i> . Pelayanan kemoterapi <i>day care</i> merupakan salah satu pengembangan pelayanan untuk para pasien kanker. Dengan pelayanan kemoterapi <i>Day Care</i> ini, maka memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu RSUP Sanglah Denpasar
e.	Definisi Operasional	Pelayanan Kemoterapi <i>Day Care</i> adalah pelayanan kemoterapi yang diberikan kepada pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi dengan regimen yang diberikan dalam waktu kurang dari 6 jam
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah kunjungan pasien kemoterapi <i>day care</i> pada periode pelaporan sebelumnya
i.	Target Pencapaian	5%
j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua pasien kemoterapi yang mendapatkan layanan <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu Eksklusi:
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	Instalasi Kanker Terpadu
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total sampling pasien pasien kemoterapi <i>day care</i> instalasi kanker Terpadu
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja pasien kemoterapi <i>day care</i> di Instalasi Kanker Terpadu
s.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Rawat Inap

5. Meningkatnya jumlah pasien operasi

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi
b.	Dasar Pemikiran	Kamar operasi merupakan salah satu sumber daya yang dimiliki oleh RS yang memerlukan pengelolaan dengan baik karena melibatkan banyak sumber daya terutama sarana prasarana peralatan yang canggih, mahal serta mengikuti perkembangan teknologi kedokteran sehingga perlu ada upaya untuk meningkatkan utilisasi kamar operasi serta pengaturan pengoperasiannya
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran tingkat utilisasi kamar operasi dalam kegiatan operasi elektif serta peran KSM dan DPJP dalam perencanaan operasi
e.	Definisi Operasional	Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi
f.	Jenis Indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Struktur / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi
i.	Target Pencapaian	2%
j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua tindakan yang dilakukan oleh DPJP di kamar operasi Eksklusi:
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	IBS
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total sampling tindakan operasi di kamar operasi
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja tindakan operasi per kamar operasi di seluruh kamar operasi RSUP Sanglah Denpasar
s.	Penanggung Jawab	Ka. IBS

6. Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Kunjungan Pasien Rawat Jalan
b.	Dasar Pemikiran	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan perlu ditingkatkan untuk menambah pendapatan RS
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas / <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran angka kunjungan pasien rawat jalan baik melalui poliklinik maupun emergensi
e.	Definisi Operasional	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan ke seluruh poliklinik rawat jalan dan emergensi.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses / <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan di poliklinik rawat jalan dan emergensi dikurangi jumlah pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
i.	Target Pencapaian	7%
j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di poliklinik rawat jalan dan emergensi Eksklusi:
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	IRJ, PJT, IGD, Wing Amerta
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total sampling/total kunjungan pasien non BPJS
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja kunjungan pasien non BPJS
s.	Penanggung Jawab	Ka. IRJ, Ka. Instalasi PJT, Ka. IGD

7. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

Judul Indikator	Persentase Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik Klinis dan SDM Diklat
Dasar Pemikiran	Dengan peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan
Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
Tujuan	Untuk meningkatkan kompetensi Clinical Teacher dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik.
Definisi Operasional	Rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
Numerator (Pembilang)	1. Jumlah SDM Pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT dan 2. Jumlah SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
Denominator (Penyebut)	1. Total seluruh SDM Pendidik Klinis 2. Jml seluruh SDM Diklat yang memenuhi persyaratan pelatihan
Target Pencapaian	80%
Kriteria:	1. SDM RS yang ditetapkan dengan SK sebagai pendidik klinis
• Inklusi	2. SDM yang bekerja di Bagian Diklat
• Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% + \dots\% = \text{Persentase}$ Rata-rata = Persentase SDM pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT + Persentase SDM Diklat yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisis	Setiap Tri Wulan
Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Sampel	Total Sample
Rencana Analisis	Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklat
Penanggung Jawab	Koordinator Diklat

8. Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi

a.	Judul Indikator	Jumlah pelatihan yang sudah di akreditasi oleh Badan PPSDM Kesehatan
b.	Dasar Pemikiran	Penyelenggaraan setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Semua pelatihan yang diselenggarakan mendapatkan persetujuan legal aspek dan kompeten
e.	Definisi Operasional	Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesehatan untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang akan diselenggarakan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah pelatihan yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah pelatihan yang sudah mendapatkan rekomendasi dari Badan PPSDM Kesehatan
i.	Target Pencapaian	10 Pelatihan (100%)
j.	Kriteria:	Pelatihan yang diselenggarakan oleh Bagian Diklit RSUP Sanglah
	• Inklusi	Pelatihan yang diampun oleh bagian Diklit RSUP Sanglah
	• Eksklusi	
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\% = 100\%$
l.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagian Diklit
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Tri Wulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Total Sample
q.	Rencana Analisis	Analisis menggunakan table distribusi dan persentase
r.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan kegiatan Bagian Diklit
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Diklit

9. Persentase Kematian Ibu

a.	Judul Indikator	Persentase Kematian Ibu
b.	Dasar Pemikiran	Tingginya kematian Ibu disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosi dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain.
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessi</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien <input type="checkbox"/> <i>ble</i>
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran angka kematian Ibu di RSUP Sanglah
e.	Definisi Operasional	Persentase Kematian Ibu adalah jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri dibagi jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah dikali 100%
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Sanglah
i.	Target Pencapaian	4,5%
j.	Kriteria:	Inklusi: kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi:
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja angka kematian ibu
s.	Penanggung Jawab	Ka. IGD, Ka. Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI

10. Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Lampiran II
Surat Direktur Pembinaan PK BLU
Nomor : S- 7 /PB.5/2022
Tanggal : 11 Januari 2022

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA 2022 Rumah Sakit Umum dan Khusus

Nama Indikator	: Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)
Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Manajemen Informasi
Perspektif	: Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Rumah sakit dapat mengelola data rekam medis secara elektronik
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan <i>Responsiveness</i>
Tujuan	: Meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	: Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital.
	: Resume Medis adalah ringkasan dari Rekam Medis yang memuat informasi tentang identitas pasien, diagnosis, hasil pemeriksaan, terapi dan tindakan yang diberikan serta anjuran
	: Informasi kesehatan dalam RME tersebut harus terintegrasi dengan berbagai sumber data di dalam RS. Informasi kesehatan yang ada di dalam RME tidak terbatas pada riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, tetapi juga informasi tagihan pembayaran, pemberian obat, dan demografi pasien. RME tersebut dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS yang bertugas dengan jaminan keamanan data, kerahasiaan dan privasi data pasien.
Frekuensi Pengumpulan	: Bulanan
Pelaporan Data	: Bulanan
Periode Analisa	: Triwulan (Akumulatif)
Periodisasi Target IKT	: Triwulan (Akumulatif)
	: Sistem RME diterapkan di semua pelayanan dan terintegrasi lengkap. Diterapkan artinya RS sudah memiliki standar dan rencana penerapan RME secara luas dan keseluruhan di RS. Data RME tersebut harus dapat digunakan dalam pengambilan keputusan tindakan medis, permintaan tes laboratorium, radiologi, evaluasi hasil tes dan seterusnya. Tidak ada lagi kertas fisik dokumen rekam medis (paper-less)*. Terintegrasi lengkap artinya pertukaran data antar instalasi/ruang pelayanan tidak lagi menggunakan kertas fisik, tetapi dilakukan secara digital dan dapat diakses di seluruh unit kerja internal RS secara langsung (<i>real time</i>). *) dikecualikan untuk dokumen <i>informed consent</i>

Perjanjian Tingkat Layanan atau Service Level Agreement (SLA) adalah Dokumen kontrak yang menjamin tingkat performa untuk berbagai macam metrik layanan seperti kecepatan dan ketersediaan layanan teknologi informasi. SLA dibuat sesuai kemampuan sumber daya masing-masing RS. SLA ditandatangani antara penyedia layanan SI/TI RS (sesuai produk layanan SI/TI nya, penyedia layanan TI/SI tersebut dapat terdiri dari pihak internal maupun eksternal RS) dengan Direktur pelayanan medik RS atau pihak lain yang dianggap relevan. SLA harus dievaluasi secara berkala oleh RS dalam bentuk laporan Evaluasi dan dilakukan perubahan Dokumen Kontrak SLA sesuai kebutuhan RS.

Perencanaan Kelangsungan Bisnis atau Business Continuity Plan (BCP) merupakan rincian Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang bagaimana suatu organisasi merencanakan agar pelayanan utama organisasi tetap terjaga dan/atau dapat segera dipulihkan setelah terjadinya suatu bencana atau insiden. BCP dibuat oleh keseluruhan elemen dalam organisasi. BCP harus dapat menjelaskan secara spesifik tindakan apa yang dilakukan ketika bencana atau insiden terjadi, tidak hanya tindakan dari sisi teknologinya saja.

IT Disaster Recovery Plan (DRP) merupakan Dokumen standar operasional Presedur (SOP) tentang rencana pemulihan fungsi-fungsi layanan TI setelah bencana atau insiden terjadi.

DRP dapat menjadi bagian dari BCP, akan tetapi dalam kasus tertentu, DRP dapat berdiri sendiri (contoh ketika terjadi kebakaran di data centre RS).

Vulnerability Test atau Uji Kerentanan adalah melakukan "penyerangan" ke dalam sistem internal organisasi itu sendiri untuk mencari dan menemukan kerentanan yang ada di dalam sistem sebelum diserang/dilakukan oleh pihak-pihak yang tidak diinginkan.

Pengujian dapat dilakukan oleh pihak internal maupun eksternal RS.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak internal, pegawai yang melakukan uji kerentanan tersebut wajib menandatangani perjanjian dengan atasan langsung atau pihak lain yang ditunjuk RS, dimana perjanjian tersebut berisikan izin untuk melakukan pengujian. sehingga bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, pegawai tersebut tidak dapat dituntut atau dikenai hukuman disiplin.

Jika pengujian dilakukan oleh pihak eksternal RS, perjanjian atau kontrak pengujian haruslah spesifik menuliskan apa-apa saja yang akan dilakukan sebelum, selama, dan sesudah pengujian. Selama pengujian dilakukan, tidak diperbolehkan adanya penyimpangan dari kontrak yang sudah disepakati. Sebagai tambahan, uji kerentanan terkadang membuat sistem menjadi "crash" atau menimbulkan kerusakan lainnya. Kontrak/perjanjian yang dibuat tidak boleh menyalahkan penguji internal RS jika kerusakan tersebut terjadi. Akan tetapi, untuk penguji eksternal RS diwajibkan memiliki jaminan akan kemungkinan kerusakan tersebut terjadi. Penguji kerentanan tidak boleh datang dari kalangan hacker atau mantan hacker.

Formula

Dokumentasi Uji Kerentanan minimal terdiri dari:

1. Petugas/Pihak Penguji;
2. Skenario Pengujian;
3. Tools/alat yang digunakan;
4. Periode/waktu Pengujian dilakukan;
5. Kontrak/Perjanjian Kesepakatan antara Penguji dengan RS;
6. Laporan Hasil Pengujian;
7. Rekomendasi Perbaikan Sistem oleh penguji yang ditandatangani atasan langsung penguji atau pihak lain yang ditunjuk RS;
8. Rencana Tindak Lanjut.

Kategori Penilaian:

Sistem Penilaian diambil dari:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Laboratorium;
3. Pelayanan Farmasi;
4. Pelayanan Radiologi;
5. Pelayanan Rawat Inap;
6. Pelayanan Rawat Jalan.

Dimana untuk setiap pelayanan dihitung dengan skala penilaian:

0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai **0,875**;

2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai **1,75**;

3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai **3,5**;

Khusus untuk Pelayanan Rawat Jalan, menggunakan skala penilaian sebagai berikut:

0 : Tidak ada Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat Sistem RME tapi tidak diterapkan, Nilai **1,875**;

2 : Sistem RME sudah diterapkan akan tetapi masih ditemukan adanya penggunaan dokumen fisik (tidak paper-less), Nilai **3,75**;

3 : Sistem RME sudah diterapkan penuh, Nilai **7,5**;

Sehingga bila keenam layanan tersebut telah diterapkan RME akan mendapat nilai **25**.

Apabila keenam pelayanan tersebut telah diimplementasikan dan telah terintegrasi lengkap, maka terdapat penambahan nilai sebesar **10**. Sehingga pada RS yang melakukan implementasi di 6 layanan dan telah terintegrasi lengkap mendapat nilai **35**.

Penilaian terkait SLA, dihitung dengan skala penilaian:

0 : Tidak ada SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai **0**;

1 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi tidak diimplementasikan, Nilai **3,75**;

2 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai **7,5**;

3 : Terdapat SLA pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah diimplementasikan serta terdapat bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai **15**;

	<p>Penilaian terkait BCP dan DRP, dihitung dengan skala penilaian: 0 : Tidak ada BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai 0; 1 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi belum dilakukan ujicoba beserta laporan hasil ujicobanya, Nilai 6,25; 2 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah dilakukan ujicoba beserta bukti laporan hasil ujicoba, akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai 12,5; 3 : Terdapat BCP dan DRP pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan sudah dilakukan ujicoba beserta bukti laporan ujicoba, lalu sudah ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai 25;</p> <p>Penilaian terkait Uji Kerentanan, dihitung dengan skala penilaian: 0 : Tidak ada hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME di RS, Nilai 0; 1 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME RS tapi rekomendasi hasil uji kerentanan belum dilakukan, Nilai 6,25; 2 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan rekomendasi hasil ujicoba kerentanan sudah dilakukan, akan tetapi belum ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai 12,5; 3 : Terdapat hasil uji kerentanan pada setiap Pelayanan yang menerapkan Sistem RME dan rekomendasi hasil ujicoba kerentanan sudah dilakukan, lalu sudah ada bukti laporan bahwa telah dilakukan evaluasi secara berkala (triwulan), Nilai 25;</p> <p>Apabila RS memiliki sistem pencadangan (<i>Backup System</i>) dimana lokasinya berada diluar lokasi fisik RS dan kerjasama pencadangan tersebut dilakukan sesuai ketentuan peraturan yang berlaku, maka RS mendapatkan nilai bonus paling banyak 10.</p>												
Standar	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Triwulan</td> <td style="text-align: center;">Standar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Triwulan I</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Triwulan II</td> <td style="text-align: center;">51,25</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Triwulan III</td> <td style="text-align: center;">67,5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Triwulan IV</td> <td style="text-align: center;">100</td> </tr> </table>	100		Triwulan	Standar	Triwulan I	35	Triwulan II	51,25	Triwulan III	67,5	Triwulan IV	100
100													
Triwulan	Standar												
Triwulan I	35												
Triwulan II	51,25												
Triwulan III	67,5												
Triwulan IV	100												
Sumber Data	: RME/SIM RS												
PIC	: Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Bidang Pelayanan Medik/Direktur Umum												

11. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System / BIOS)

Lampiran II
Surat Direktur Pembinaan PK BLU
Nomor : 5- 7 /PB.5/2022
Tanggal : 11 Januari 2022

Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem / BIOS)

Area	Manajerial			
Kategori Indikator	Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS)			
Perspektif	Learning and growth			
Sasaran Strategis	Untuk meningkatkan kinerja layanan dan keuangan BLU			
Dimensi Mutu	Sistem Informasi BLU yang andal dan modern			
Tujuan	Untuk mengukur tingkat modernisasi pengelolaan BLU dalam mendukung peningkatan layanan serta peningkatan akuntabilitas dan akurasi manajemen dalam pengambilan keputusan			
Definisi Operasional	Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun 2022 berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan. Terdapat 8 (delapan) Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS) dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan:			
	Urutan Tahapan	Variabel	Nilai Penambah (%) [*] Nilai Pengurang (%) ^{**}	
1	Pengisian data profil, layanan dan keuangan pada BIOS secara lengkap dan up to date , dengan sub variabel:			
	Mengelola dan memiliki data BIOS (info umum, info khusus, info keuangan) yang up to date :			
		1.1) Memiliki dan mengelola data informasi umum dan data organisasi	-	2%
		1.2) Memiliki dan mengelola data SDM pada setiap awal tahun dan setiap kali ada perubahan jumlah dan komposisi SDM.	-	2%
		1.3) Memiliki dan mengelola data SWOT	-	2%
		1.4) Memiliki data info keuangan, melakukan penyampelan/upload Catatan Atas Laporan Keuangan SAIBA BLU	-	2%
	Penggunaan modul-modul pada BIOS			
		1.5) Melakukan input data kontrak kinerja pada modul kontrak kinerja	-	2%
		1.6) Memberikan tanggapan atas rekomendasi pada Laporan Dewas, dengan menyusun rencana aksi atas rekomendasi dan saran dewas.	-	2%
		1.7) Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaan DIT. PPK BLU dan Kanwil, dengan menyusun rencana aksi atas rekomendasi hasil pembinaan DIR. PPK BLU dan Kanwil	-	4%
		1.8) Menggunakan modul Tarif dengan optimal Melakukan input/upload Laporan atas pelaksanaan Tarif Layanan BLU pada Modul Tarif (5-24/PB.5/2021) Melakukan proses pengajuan usulan tarif baru/revtsi (jika ada)	-	2%
		1.9) Melakukan Proses pengajuan remunerasi baru/revisi pada modul remunerasi (jika ada)	-	2%
	1.10) Melakukan Perekaman summary data Rencana Strategis Bisnis terakhir dan melakukan Penyampalan RBA (upload dokumen RSB dan RBA)	-	2%	
	1.11) Melengkapi dokumen digital pada modul dokumentasi dengan melakukan upload dokumen sesuai dengan jenis dokumennya	-	2%	
	1.12) Memiliki Standard Operating Procedures (SOP) <i>updating</i> data pada BIOS	-	2%	
2	Tersedianya website yang representatif dan up to date , dengan sub variabel:			
		2.1) Memiliki Website dengan data profil, alamat, kontak layanan (<i>helpdesk</i>), berita, produk layanan, tarif layanan (layanan utama), pengaduan pelanggan yang informatif dan up to date	-	2%
		2.2) Memiliki menu <i>feedback</i> /survey kepuasan produk layanan Dengan data responden/pengguna layanan terhubung <i>simrs/simbalai</i>	5%	-
		2.3) Memiliki fitur jadwal layanan (contoh: rawat jalan, hari dan jam praktek masing-masing dokter)	-	2%
		2.4) Memiliki menu Informasi ketersediaan tempat tidur yang <i>real time</i>	-	2%
		2.5) Memiliki Menu Pendaftaran antrian layanan utama (contoh: pendaftaran rawat jalan online) Terdapat monitoring antrian layanan utama (contoh: monitoring antrian rawat jalan	5%	-
		2.6) Memiliki SOP pengelolaan website	-	2%
3	Terbentuknya database terpusat, dengan sub variabel:			
		3.1)) Memiliki database terpusat/single database untuk data layanan dan/atau keuangan Satker BLU	-	2%
		3.2) Mengelola dan memiliki data database yang up to date dan valid	-	2%
	3.3) Memiliki SOP pengelolaan database	-	2%	
4	Implementasi capturing data dari database BLU ke BIOS, dengan sub variabel:			
		4.1) Mengimplementasikan Capturing Data dari Database BLU ke BIOS (bukan mekanisme interface/manual) (BLU Bakti atau dengan Webservice)	-	2%
	4.2) Memiliki Kelengkapan data sesuai dengan spesifikasi otomatis yang ditentukan berdasarkan kebutuhan BIOS	-	2%	

	Variabel	Nilai Penambah (%)*	Nilai Pengurang (%)**
	4.3) Memiliki data hasil <i>Capturing</i> merupakan data valid/terbaru	-	2%
	4.4) Memiliki SOP <i>Capturing Data</i> dan/atau <i>Webservice</i> dari database BLU ke BIOS	-	2%
5	Tersedianya Dashboard untuk kebutuhan manajerial dan realtime, dengan sub variabel		
	5.1) BLU memiliki dashboard untuk manajerial (bukan dari aplikasi BIOS)	-	2%
	5.2) Memiliki kelengkapan data pada Dashboard sbb : ***)		
	Kinerja Layanan Utama,		
	Keuangan (realisasi belanja, realisasi pendapatan, rekapitulasi hutang dan piutang BLU)	0%	3%
	IKI dan IKT Pemimpin BLU		
	5.3) Kebutuhan data pada dashboard secara otomatis dari aplikasi SIMRS atau sejenis (tidak didapatkan dengan manual input)	-	2%
	5.4) Dashboard telah digunakan dalam rapat manajerial		2%
	Implementasi Maturity Rating		
	5.5) Melaksanakan sosialisasi Internal terkait Maturity Rating dan terimplementasi pada BIOS (data dukung: absensi, notulensi, dokumentasi, disampaikan melalui BIOS)	4%	
5.6) Melaksanakan <i>self assessment Maturity Rating</i> TA 2021 menggunakan LK Unaudited, (menggunakan menu pada BIOS dan/atau Kertas Kerja Excel)	5%		
6	Optimalisasi penggunaan fasilitas dari perbankan, dengan sub variabel		
	6.1) Ketersediaan <i>Cash Management System (CMS)</i> dari perbankan	-	2%
	6.2) Mengoptimalkan penggunaan CMS (minimal: Inquiry, transfer, remunerasi)	-	2%
	6.3) Memiliki SOP pengelolaan rekening dengan menggunakan CMS	-	2%
	6.4) Pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme <i>Virtual Account</i>	-	2%
	6.5) Penyediaan fitur pembayaran online/pembayaran digital/cashless (m-banking, i-banking, sms banking, uang digital/uang elektronik) ***)	15%	-
	(Per transaksi dan/atau jumlah rupiah)		
	s.d. 25% = 3% (s.d. 25% dari jml transaksi dan/atau jml rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 3%)		
	lebih dari 25% s.d. 50% = 5% (lebih dari 25% s.d. 50% dari jml transaksi dan/atau jml rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 5%)		
	lebih dari 50% s.d. 75% = 10% (lebih dari 50% s.d. 75% dari jml transaksi dan/atau jumlah rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 10%)		
	lebih dari 75% = 15% (lebih dari 75% dari jml transaksi dan/atau jumlah rupiah penerimaan Rek. Ops. Penerimaan sudah melalui pembayaran online/pembayaran digital/cashless; mendapat penambah 15%)		
	6.6) Terimplementasinya aplikasi pengelolaan penerimaan dari perbankan yang terintegrasi dengan SIM RS/Balai sehingga seluruh penerimaan langsung diterima oleh pihak perbankan tanpa melalui kasir BLU (24 jam 7 hari)	5%	-
	Implementasi Maturity Rating		
6.7) Memiliki Penyimpanan Data Online, yang berisi kelengkapan bukti dukung <i>Maturity Rating assessment</i> per indikator, per kriteria (menyediakan link tautan online yang dapat diakses)	5%	-	
Menggunakan E-Office untuk pengelolaan tata naskah dinas (paperless) dengan sub variabel:			
7.1) Aplikasi e-office digunakan secara aktif oleh BLU untuk kegiatan surat menyurat (mulai dari surat masuk, disposisi, konsep surat keluar, sampai net surat menggunakan aplikasi***)	-	4%	
7.2) Aplikasi e-office dapat diakses dari mana saja dan kapan saja (versi mobile app android/iOS)	-	2%	
7.3) Aplikasi e-office memiliki fungsi sebagai penyimpanan arsip digital/e-filing	-	2%	
7.4) Aplikasi e-office memiliki kemudahan untuk pencarian dokumen	-	2%	
7.5) Sudah mengimplementasikan DS (digital signature)	5%	-	
7.6) Memiliki fasilitas absensi online menggunakan e-office yang hasil rekapitulasinya terkoneksi dengan penilaian Individu pegawai.	5%	-	
Implementasi Maturity Rating			
7.7.M Melaksanakan <i>self assessment Maturity Rating</i> TA 2021 menggunakan LK Audited, (BIOS dan atau Kertas Kerja Excel)	5%	-	
7.8.M Memiliki output dari Aplikasi Internal yang memenuhi bukti dukung Aspek Kapabilitas Internal Lv 4 (<i>Predictable</i>) ***)	10%	-	
3.1 Output Aplikasi menampilkan IKI individu, Tren, prediksi iki beserta komentar dan argumen penjelasan			
3.2 Output Aplikasi menampilkan IKI dan IKT Pemimpin BLU per unit layanan terkait, Tren, prediksi iku beserta komentar dan argumen penjelasan			

	Variabel	Nilai Penambah (%) [*]	Nilai Pengurang (%) ^{**}									
8	Memiliki Proses Bisnis Layanan keuangan yang berbasis teknologi informasi dengan sub variabel :											
	8.1) Pengelolaan barang persediaan (Medis dan Nonmedis) sudah berbasis TI (pengadaan – data barang persediaan – penggunaan) dan terintegrasi/mekanisme backup restore dengan SIMAK BMN.	-	2%									
	8.2) Pengelolaan belanja rutin (perjalanan dinas, keperluan sehari-hari) BLU sudah berbasis TI (pengajuan Uang Muka, pertanggungjawaban, s.d. pembayaran)		2%									
	8.3) Memiliki SOP pengelolaan barang persediaan dan pengelolaan belanja rutin yang berbasis TI		2%									
	8.4) Penyusunan perencanaan tahun anggaran berikutnya (rincian belanja per unit kerja) pada RBA sudah secara bottom up, terintegrasi, dan berbasis TI		2%									
	8.5) Data pendapatan dan belanja yang digunakan untuk menyusun laporan keuangan didapatkan secara otomatis dari titik-titik penerimaan dan pengeluaran serta terintegrasi dalam aplikasi TI		2%									
	8.6) Data utang didapatkan oleh bagian akuntansi secara otomatis dan terintegrasi dari penerima barang dan/atau pelaksana kegiatan, data piutang didapatkan oleh bagian akuntansi secara otomatis dan terintegrasi dari bagian pengelola piutang dan terintegrasi dalam aplikasi SIMRS atau sejenis ^{***}	5%	2%									
	8.7) Memiliki SOP Data Pendapatan, Belanja dan utang-piutang yang berbasis TI ^{***}	-	2%									
	8.8) Memiliki aplikasi TI yang terintegrasi dengan SIMRS atau aplikasi sejenis untuk Pembukuan Bendahara Penerimaan dan Pengeluaran PNB BLU (BKU, Buku Pembantu, Pengawasan Anggaran)	5%	-									
	8.9) Memiliki Aplikasi TI yang terintegrasi dengan SIMRS atau aplikasi sejenis untuk memonitor tindak lanjut temuan auditor eksternal dan internal serta rekomendasi move Dtt PPK BLU dan Rekomendasi Dewas	5%	-									
Implementasi Maturity Rating												
8.10) Memiliki output dari Aplikasi Internal yang memenuhi bukti dukung Aspek Kapabilitas Internal Lv 4 (Predictable) ^{***}	10%											
3.3 Memiliki Aplikasi untuk memonitor tindak lanjut, feedback terkait tata kelola TI, misal hasil temuan audit TI.												
3.4 Keluhan Pelanggan dapat dimonitor melalui Dashboard IKI/IKT Pemimpin BLU												
Keterangan:												
	[*]) Nilai Penambah adalah nilai yang ditambahkan jika realisasi kinerja BLU dapat melampaui tahapan yang ditargetkan oleh BLU											
	^{**}) Nilai Pengurang adalah nilai yang dikurangkan jika realisasi kinerja BLU tidak dapat memenuhi tahapan yang ditargetkan oleh BLU											
	^{***}) Nilai secara proposional											
Frekuensi	Triwulanan											
Periodisasi Target IKT	Triwulanan											
Standar	100% dengan penjelasan :											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Semester</th> <th>Tahap yang harus diselesaikan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Triwulan I (TW I)</td> <td>Tahap 1 s.d. 5</td> </tr> <tr> <td>Triwulan II (TW II)</td> <td>Tahap 1 s.d. 4 & 6</td> </tr> <tr> <td>Triwulan III (TW III)</td> <td>Tahap 1 s.d. 4 & 7</td> </tr> <tr> <td>Triwulan IV (TW IV)</td> <td>Tahap 1 s.d. 4 & 8</td> </tr> </tbody> </table>	Semester	Tahap yang harus diselesaikan	Triwulan I (TW I)	Tahap 1 s.d. 5	Triwulan II (TW II)	Tahap 1 s.d. 4 & 6	Triwulan III (TW III)	Tahap 1 s.d. 4 & 7	Triwulan IV (TW IV)	Tahap 1 s.d. 4 & 8	
Semester	Tahap yang harus diselesaikan											
Triwulan I (TW I)	Tahap 1 s.d. 5											
Triwulan II (TW II)	Tahap 1 s.d. 4 & 6											
Triwulan III (TW III)	Tahap 1 s.d. 4 & 7											
Triwulan IV (TW IV)	Tahap 1 s.d. 4 & 8											
	Keterangan : 1. Nilai Standar 100% pada Triwulan I adalah selesainya Tahap 1 s.d 5 di luar variabel dengan nilai penambah 2. Nilai Standar 100% pada Triwulan II adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 & 6 di luar variabel dengan nilai penambah 3. Nilai Standar 100% pada Triwulan III adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 & 7 di luar variabel dengan nilai penambah 4. Nilai Standar 100% pada Triwulan IV adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 & 8 di luar variabel dengan nilai penambah Variabel dengan nilai penambah hanya dapat diperhitungkan untuk capaian kinerja triwulan berkenaan dan diperhitungkan satu kali 5											
Target	: Ilustrasi Penentuan Target oleh BLU sebagai berikut:											
	A.	RS "A" pada TW I ingin mengambil target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d 5), maka target RS "A" pada TW I adalah = 100%										
	B.	RS "B" pada TW II (tahap sesuai standar adalah tahap 1 s.d. 4 & 6) memperkirakan tidak dapat menyelesaikan sub variabel "Pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account" Target TW II (Tahap 1 s.d. 4 & 6) : 100% Target variabel "Pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account" = 2% Maka target RS "B" menentukan target pada TW II adalah : 100% - 2% = 98%										

Formula Perhitungan Realisasi	Formulasi: 100% + [Nilai Penambah(%)] – [Nilai pengurang(%)]
	Contoh: <p>RS "A", pada TW I memiliki target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d. 5), 100%. RS "A" dapat merealisasikan semua sub variabel pada tahap 1 s.d. 5. kecuali:</p> <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tidak memiliki data Info keuangan, melakukan penyampaian/upload Catatan Atas Laporan Keuangan SAIBA BLU (2%) * Tidak melakukan perekaman summary data Rencana Strategis Bisnis terakhir dan melakukan Penyampaian RBA (upload dokumen RSB dan RBA) (2%) * Belum terdapat pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account (2%) <p>Nilai penambah tahap 1 s.d. 5 = 25%</p> <p>Nilai pengurang tahap 1 s.d. 5 = 2% + 2% + 2% = 6%</p> <p>maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "A" adalah:</p> <p>100% + 25% - 6% = 119%</p> <p>RS "B" pada TW II memiliki target sesuai standar (100% ; tahap 1 s.d. 4 & 6) pencapaian RS "B" antara lain:</p> <p>B.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Belum ada Cash Management System (CMS) dari perbankan (6%) * Sudah mengimplementasikan DS (digital signature) (5%) (penambah tahap 7) * Sudah memiliki Penyimpanan Data Online, yang berisi kelengkapan bukti dukung Maturity Level assessment per indikator, per kriteria (menyediakan link tautan online yang dapat diakses) (5%) <p>maka perhitungan realisasi untuk TW II untuk RS "B" adalah:</p> <p>100% - 6% + 5% = 99% (nilai penambah pada tahap 7 tidak diperhitungkan di TW II karena nilai penambah hanya dapat diperhitungkan untuk capaian kinerja triwulan berkenaan)</p>
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data pada BIOS dan data pada sistem informasi BLU; dan 2. Data primer sebagai pembandingan/penguji kevalidan data yang terekam pada sistem
Kriteria Penilaian	$C_s = \left(\left(\frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>R : Nilai Realisasi yang dicapai</p> <p>α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%)</p> <p>1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)</p>
PIC	Seluruh Direksi

12. Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan
b.	Dasar Pemikiran	RSUP Sanglah sebagai rumah sakit tersier dipandang perlu melakukan pendampingan ke RS daerah untuk meningkatkan pelayanan di RS daerah tersebut
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatkan pelayanan di RS yang didampingi agar sesuai dengan yang ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan RI
e.	Definisi Operasional	Melakukan pendampingan ke RS Daerah
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	-
h.	Denominator (Penyebut)	-
i.	Target Pencapaian	4 RS
j.	Kriteria:	Inklusi: RS Daerah yang didampingi
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi:
k.	Formula	-
l.	Sumber Data	RS yang didampingi
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap empat bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	RS yang didampingi
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Pendampingan RS
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Pelayanan Medis

13. Persentase Pelaksanaan Sisrute

a.	Judul Indikator	Persentase pelaksanaan sisrute
b.	Dasar Pemikiran	Salah satu tolak ukur mutu layanan di ruang emergensi adalah <i>respon time</i> terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sisrute.
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan <i>respon time</i> kurang dari 1 jam 70%
e.	Definisi Operasional	Sistem rujukan yang terintegrasi
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon di IGD oleh MOD dalam waktu <1 jam
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Sanglah
i.	Target Pencapaian	70%
j.	Kriteria:	Inklusi: Semua pasien gawat; pasien darurat dan pasien gawat darurat
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi: Situasi bencana (disaster) / musibah massal
k.	Formula	$\frac{\text{Numerator (N)}}{\text{Denominator (D)}} \times 100\% = \dots\%$
l.	Sumber Data	IGD
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
n.	Periode Analisis	Triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
p.	Sampel	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang dirujuk yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu <1 jam
q.	Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan dengan menggunakan diagram garis dan diagram batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja Waktu tanggap kedaruratan di IGD
s.	Penanggung Jawab	Ka. IGD

14. Peningkatan Kepuasan Pasien

Nama Indikator	:	Kepuasan Pasien
Area	:	Manajerial
Kategori Indikator	:	Peningkatan Kualitas Pelayanan
Perspektif	:	<i>Customer Orientation</i>
Sasaran Strategis	:	Peningkatan mutu pelayanan kesehatan
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada Pasien
Tujuan	:	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu pelayanan
Definisi Operasional	:	<p>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</p> <p>3. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</p> <p>4. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</p> <p>5. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persyaratan. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. Waktu Penyelesaian. Biaya/Tarif. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. Kompetensi Pelaksana. Perilaku Pelaksana. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. Sarana dan prasarana. <p>6. Acuan yang dipakai adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulan
Pelaporan Data	:	Semesteran
Periode Analisa	:	Tahunan
Periodisasi Target IKT	:	Tahunan
Inklusi	:	Semua Pasien yang mampu dan bersedia mengisi kuesioner
Eksklusi	:	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	:	Sesuai Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 tahun 2017
Sumber Data	:	Survey kepuasan pasien yang dilakukan oleh pihak eksternal BLU
Standar	:	80 (maximize)
PIC	:	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Direktur Umum dan Operasional/Kabid Pelayanan Medik/Kabid Humas

15. Peningkatan Kepuasan Pegawai

a.	Judul Indikator	Tingkat kepuasan pegawai
b.	Dasar Pemikiran	SDM yang memiliki tingkat kepuasan tinggi, akan menghasilkan kinerja yang tinggi untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas
c.	Dimensi Mutu	<input type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Mengetahui factor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan sehingga dapat dilakukan perbaikan. Factor-faktor ini antara lain: kepuasan terhadap pekerjaannya, gaji, promosi, atasan rekan.
e.	Definisi Operasional	Kepuasan adalah perasaan senang terhadap hasil dari harapan
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses / <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Total nilai persepsi (1-4)
h.	Denominator (Penyebut)	Total jumlah responden
i.	Target Pencapaian	77%
j.	Kriteria:	Pegawai yang telah bekerja diatas satu tahun
	• Inklusi	Pegawai yang telah bekerja dibawah satu tahun
	• Eksklusi	
k.	Formula	(Total nilai persepsi (1-4) : total jumlah responden) x 25%
l.	Sumber Data	SDM
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Sekali setahun pada TW III hingga TW IV
n.	Periode Analisis	Sekali setahun pada TW III hingga TW IV
o.	Cara Pengumpulan Data	Melalui sistem informasi
p.	Sampel	Seluruh pegawai RSUP Sanglah Denpasar
q.	Rencana Analisis	Analisa Deskriptif
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner
s.	Penanggung Jawab	Koordinator SDM

16. Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP

a.	Judul Indikator	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor : 129/PMK.05/2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui besaran peningkatan pendapatan PNBP setiap tahunnya
e.	Definisi Operasional	Kemampuan Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan pendapatan PNBP setiap tahun
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Penerimaan Tahun Berjalan dikurangi Penerimaan Tahun Sebelumnya
h.	Denominator (Penyebut)	Penerimaan Tahun Sebelumnya
i.	Target Pencapaian	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP di Tahun 2022 sebesar 15 %
j.	Kriteria:	Seluruh Penerimaan PNBP
	• Inklusi	Selain Penerimaan PNBP
	• Eksklusi	
k.	Formula	$X = \frac{\text{Penerimaan Tahun Berjalan} - \text{Penerimaan Tahun Sebelumnya}}{\text{Penerimaan Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$
l.	Sumber Data	Laporan Penerimaan PNBP
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
n.	Periode Analisis	Per Bulan
o.	Cara Pengumpulan Data	Studi Dokumentasi
p.	Sampel	Laporan Penerimaan
q.	Rencana Analisis	Diagram Batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
s.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

17. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)

Lampiran II
Surat Direktur Pembinaan PK BLU
Nomor : S- 7/PB.5/2022
Tanggal : 11 Januari 2022

Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (POBO)

Area	:	Manajerial
Kategori Indikator	:	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (POBO)
Perspektif	:	Keuangan
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
Definisi Operasional	:	<p>Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p>Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Sotker BLU, tidak termasuk beban penyusutan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	:	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
Periodisasi Target IKT	:	Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
Numerator	:	Pendapatan PNBP
Denominator	:	Beban Operasional
Formula	:	Pendapatan PNBP/Beban Operasional x 100%
Inklusi	:	-
Ekslusi	:	-
Sumber Data	:	Laporan Keuangan SAIBA BLU setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU
Standar	:	<p>35% untuk Balai Paru, RS Mata Makassar</p> <p>45% untuk RS Ilwa, RSUP sebelumnya RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi, RS Otak M. Hatta Bukittinggi, dan Balai Lab Kesehatan</p> <p>75% untuk RSUP dan RS selain yang disebutkan diatas</p>
Kriteria Penilaian	:	$C_t = \left(\left(e^{\alpha} \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - e)^{\alpha} \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right)$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP / Biaya Operasional x 100%] α : Nilai Bobot kinerja 1-α : Nilai Bobot kinerja</p>
PIC	:	Direktur Keuangan

18. Current Rasio

a.	Judul Indikator	Rasio Lancar (Current Ratio)																
b.	Dasar Pemikiran	Rasio Lancar (Current Ratio) merupakan salah satu indicator kinerja utama / IKU yang ditetapkan pada RSB RSUP Sanglah Denpasar tahun 2020 - 2024																
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien																
d.	Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kesehatan rumah sakit																
e.	Definisi Operasional	Rasio Lancar (current ratio) adalah rasio likuiditas untuk mengukur kemampuan Rumah sakit untuk membayar utang jangka pendek atau yang jatuh tempo dalam 1 tahun dengan aset lancar yang dimiliki																
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses / <input type="checkbox"/> Proses Outcome																
g.	Numerator (Pembilang)	Aset Lancar																
h.	Denominator (Penyebut)	Kewajiban jangka pendek																
i.	Target Pencapaian	520 %																
j.	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi : Aset lancar seperti : kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain – lain, persediaan, uang muka, dan biaya dibayar di muka Kewajiban jangka pendek : utang kepada pihak ketiga Eksklusi : Kewajiban jangka pendek yang berupa pendapatan diterima di muka																
k.	Formula	$\frac{\text{Aset lancar}}{\text{Kewajiban jangka pendek}} \times 100\%$																
l.	Sumber Data	Laporan Keuangan Rumah Sakit (Neraca)																
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari Kerja																
n.	Periode Analisis	Setiap 3 bulan (triwulan)																
o.	Cara Pengumpulan Data	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan																
p.	Sampel	-																
q.	Rencana Analisis	Analisis Rasio Lancar (current ratio) berdasarkan Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomer Per 24/PB/2018 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum (BLU) Bidang Layanan Kesehatan Skor Rasio Lancar (Current Ratio) sebagai berikut : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Rasio lancar (current ratio) %</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RL > 600</td> <td>2.75</td> </tr> <tr> <td>480 < RL ≤ 600</td> <td>2.25</td> </tr> <tr> <td>360 < RL ≤ 480</td> <td>1.75</td> </tr> <tr> <td>240 < RL ≤ 360</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>120 < RL ≤ 240</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>0 < RL ≤ 120</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>RL = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Rasio lancar (current ratio) %	Skor	RL > 600	2.75	480 < RL ≤ 600	2.25	360 < RL ≤ 480	1.75	240 < RL ≤ 360	1.25	120 < RL ≤ 240	0.75	0 < RL ≤ 120	0.5	RL = 0	0
Rasio lancar (current ratio) %	Skor																	
RL > 600	2.75																	
480 < RL ≤ 600	2.25																	
360 < RL ≤ 480	1.75																	
240 < RL ≤ 360	1.25																	
120 < RL ≤ 240	0.75																	
0 < RL ≤ 120	0.5																	
RL = 0	0																	
r.	Instrumen Pengambilan Data	Buku Besar masing – masing Akun Laporan Neraca Rumah Sakit																
s.	Penanggung Jawab	Sub Koordinator Akuntansi																

19. Persentase terlaksananya manajemen resiko RS

a.	Judul Indikator	Terkendalinya Semua Risiko Prioritas pada Risk Register
b.	Dasar Pemikiran	Risiko merupakan ketidakpastian yang dapat menghalangi tercapainya tujuan dan sasaran organisasi. Risiko prioritas pada risk register merupakan kelompok risiko dengan <i>risk level</i> tertinggi sehingga keberhasilan pengendaliannya akan dapat mencegah insiden atau kejadian dengan dampak yang besar (yang berpotensi kuat menghalangi tujuan dan sasaran organisasi).
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mencegah terjadinya kejadian (insiden) yang berpotensi kuat (besar) dapat mengganggu atau menghambat sasaran dan tujuan organisasi (RS)
e.	Definisi Operasional	Kondisi dimana risiko prioritas pada risk register tidak berubah menjadi insiden (karena efektifnya upaya pengendalian yang dilakukan terhadap masing-masing risiko prioritas tersebut).
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah semua daftar risiko prioritas - Jumlah risiko prioritas yang berubah menjadi insiden
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah semua daftar risiko prioritas pada periode waktu yang sama
i.	Target Pencapaian	≥ 80%
j.	Kriteria:	Daftar risiko organisasi sesuai selera risiko.
	• Inklusi	Daftar risiko organisasi yang pengendaliannya diluar kemampuan RS.
	• Eksklusi	
k.	Formula	$\frac{\text{Jml semua risiko prioritas} - \text{Jml risiko prioritas yang menjadi insiden}}{\text{Jml semua risiko prioritas}} \times 100\%$
l.	Sumber Data	Laporan pencapaian Indikator Kinerja Unit pengampu/pemilik risiko; Laporan insiden terkait indikator
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan.
n.	Periode Analisis	Triwulanan
o.	Cara Pengumpulan Data	Rekapitulasi laporan pengampu/pemilik risiko
p.	Sampel	Sensus
q.	Rencana Analisis	Deskriptif
r.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan dan data terkait yang ada di SIMARS
s.	Penanggung Jawab	Ketua Subkom Manajemen Risiko/Ketua KMRS

20. Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS

a.	Judul Indikator	Terkelolanya Barang Milik Negara
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomer 181 / Pmk. 06/2016 Tentang Penatausahaan Barang Milik Negara
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessi</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien <input type="checkbox"/> <i>ble</i>
d.	Tujuan	Tertib administrasi dalam pengelolaan Barang Milik Negara
e.	Definisi Operasional	Pengelolaan Barang Milik Negara adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau berasal dari perolehan lainnya yang sah dalam suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan BMN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah barang milik negara yang masuk dan tercatat di Aplikasi sampai akhir tahun
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah barang milik negara yang sudah didistribusikan sampai akhir tahun
i.	Target Pencapaian	80 %
j.	Kriteria:	
	• Inklusi	
	• Eksklusi	
k.	Formula	
l.	Sumber Data	Data Pengadaan barang
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Triwulan
n.	Periode Analisis	Setiap triwulan
o.	Cara Pengumpulan Data	Concurrent
p.	Sampel	Data Pengadaan barang
q.	Rencana Analisis	Menggunakan diagram batang dan diagram garis
r.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Akuntansi dan BMN

21. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS

a.	Judul Indikator	Pemusnahan Arsip
b.	Dasar Pemikiran	Sebagian besar arsip yang sudah tidak memiliki nilai guna, telah habis retensinya dan berketerangan dimusnahkan berdasarkan Jadwal Retensi Arsip (JRA), tidak ada peraturan perundang-undangan yang melarang, dan tidak berkaitan dengan penyelesaian proses suatu perkara harus dimusnahkan. Sebagian besar arsip yang sudah tidak memiliki nilai guna, telah habis retensinya dan berketerangan
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tujuan pemusnahan arsip antara lain adalah untuk efisiensi dan efektivitas kerja, serta penyelamatan informasi arsip itu sendiri dari pihak-pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya
e.	Definisi Operasional	Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan.
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur / <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Input / <input type="checkbox"/> Proses Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan
h.	Denominator (Penyebut)	Target kegiatan pemusnahan arsip
i.	Target Pencapaian	2 (dua) kali dalam setahun
j.	Kriteria:	Arsip yang telah masuk dalam jadwal retensi
	• Inklusi	Arsip yang belum masuk dalam jadwal retensi
	• Eksklusi	
k.	Formula	$\frac{\text{kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan}}{\text{target kegiatan pemusnahan arsip}} \times 100\%$
l.	Sumber Data	Jadwal Retensi Arsip (JRA)
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari Kerja
n.	Periode Analisis	Setiap 3 bulan (triwulan)
o.	Cara Pengumpulan Data	Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan
p.	Sampel	-
q.	Rencana Analisis	-
r.	Instrumen Pengambilan Data	-
s.	Penanggung Jawab	Koordinator Umum

22. Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS

a.	Judul Indikator	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS
b.	Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • PMK nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit • Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit • Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
c.	Dimensi Mutu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi / <i>Efficient</i> <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan / <i>Safe</i> <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas / <i>Effective</i> <input checked="" type="checkbox"/> Adil / <i>Equitable</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas/ <i>Accessible</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya mutu pelayanan
e.	Definisi Operasional	Tata Kelola mutu rumah sakit merupakan pelaksanaan standar akreditasi rumah sakit
f.	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur Input / <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses Outcome
g.	Numerator (Pembilang)	Jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi
h.	Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi
i.	Target Pencapaian	≥ 80%
j.	Kriteria:	Inklusi: semua elemen penilaian dalam akreditasi RS
	• Inklusi	
	• Eksklusi	Eksklusi: -
k.	Formula	$N/D \times 100\%$
l.	Sumber Data	Self assessment
m.	Frekuensi Pengumpulan Data	Waktu/periode berjalan dalam setahun
n.	Periode Analisis	Setiap tahun (akhir tahun 2022)
o.	Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
p.	Sampel	Total elemen penilaian akreditasi rumah sakit
q.	Rencana Analisis	Rekapan hasil capaian dengan menggunakan grafik batang
r.	Instrumen Pengambilan Data	Tools self assessment
s.	Penanggung Jawab	Ketua KMRS

**LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA
POSISI PER TANGGAL 31 DESEMBER 2022 - UNAUDITED
TAHUN ANGGARAN 2022**

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 415661 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH

Tgl.Data : 31/01/23 10:00 AM
Tgl.Cetak : 31/01/23 3:37 PM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_neraca_face_satker

AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	3
117111	Barang Konsumsi	8,239,263,724
117199	Persediaan Lainnya	47,679,675,959
131111	Tanah	1,465,315,238,000
132111	Peralatan dan Mesin	1,137,666,124,232
133111	Gedung dan Bangunan	174,687,195,894
134111	Jalan dan Jembatan	372,123,840
134112	Irigasi	5,905,000
134113	Jaringan	37,262,924,900
135121	Aset Tetap Lainnya	619,951,000
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	164,643,918,891
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(719,169,975,655)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(29,261,914,705)
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	(372,123,840)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(1,553,950)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(17,876,616,842)
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	(6,025,000)
162151	Software	5,159,201,428
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam Operasi Pemerintahan	86,773,371,873
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang Tidak Digunakan dalam	(85,660,104,387)
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(5,137,326,428)
J U M L A H		2,270,939,253,934

DIPA AWAL



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
LAMPIRAN : Satu set DIPA Petikan

**SURAT PENGESAHAN DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022**



DS-8095-0047-0921-6370

NOMOR : SP DIPA- 024.04.2.415661/2022

A. Dasar Hukum:

- UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
- UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
- UU No. 6 Tahun 2021 tentang APBN TA 2022

B. Dengan ini disahkan Alokasi Anggaran Untuk:

1. Kementerian Negara/Lembaga	: (024)	KEMENTERIAN KESEHATAN
2. Unit Organisasi	: (04)	Ditjen Pelayanan Kesehatan
3. Provinsi	: (22)	BALI
4. Kode>Nama Satker	: (415661)	RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR
a. Status BLU	: Penuh	
b. Besaran Presentase Ambang Batas	: 6% dari PNB	
Sebesar	: Rp. 1.432.218.978.000	(SATU TRILIUN EMPAT RATUS TIGA PULUH DUA MILIAR DUA RATUS DELAPAN BELAS JUTA SEMBILAN RATUS TUJUH PULUH DELAPAN RIBU RUPIAH)

Untuk kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

Kode dan Nama Fungsi dan Sub Fungsi :

07 KESEHATAN
07.90 KESEHATAN LAINNYA

Kode dan Nama Program dan Kegiatan :

Jumlah Uang

Terlampir

C. Sumber Dana Berasal Dari :

1. Rupiah Murni	Rp.	348.220.178.000	4. Pinjaman/Hibah Dalam Negeri	Rp.	0
2. PNB			- Pinjaman Dalam Negeri	Rp.	0
PNBP TA Berjalan	Rp.	1.000.000.000.000	- Hibah Dalam Negeri	Rp.	0
- Penggunaan Saldo Awal BLU		PM	5. Hibah Langsung	Rp.	0
3. Pinjaman/Hibah Luar Negeri	Rp.	83.998.800.000	- Hibah Luar Negeri Langsung	Rp.	0
- Pinjaman Luar Negeri	Rp.	83.998.800.000	- Hibah Dalam Negeri Langsung	Rp.	0
- Hibah Luar Negeri	Rp.	0	6. SBSN PBS	Rp.	0

D. Pencairan dana dilakukan melalui :

1. KPPN D E N P A S A R	(037) Rp.	1.348.231.428.000	2. KPPN KHUSUS PINJAMAN DAN HIBAH	(140) Rp.	83.987.550.000
-------------------------	-----------	-------------------	-----------------------------------	-----------	----------------

E. Pernyataan Syarat dan Ketentuan (Disclaimer)

- DIPA Petikan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari DIPA Induk (Nama Program, Unit Organisasi dan Kementerian Negara/Lembaga).
- DIPA Petikan ini dicetak secara otomatis melalui sistem yang dilengkapi dengan kode pengaman berupa digital stamp sebagai pengganti tanda tangan pengesahan (otentifikasi).
- DIPA Petikan berfungsi sebagai dasar pelaksanaan kegiatan satker dan pencairan dana/pengesahan bagi Bendahara Umum Negara/Kuasa Bendahara Umum Negara.
- Rencana Penerimaan Dana dan Perkiraan Penerimaan yang tercantum dalam Halaman III DIPA diisi sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan.
- Tanggung jawab terhadap penggunaan anggaran yang tertuang dalam DIPA Petikan sepenuhnya berada pada Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Anggaran.
- Dalam hal terdapat perbedaan data antara DIPA Petikan dengan database RKA-KL-DIPA Kementerian Keuangan maka yang berlaku adalah data yang terdapat di dalam database RKA-KL-DIPA Kementerian Keuangan (berdasarkan bukti-bukti yang ada).
- DIPA Petikan berlaku sejak tanggal 1 Januari 2022 sampai dengan 31 Desember 2022.

Jakarta, 17 November 2021
A.N. MENTERI KEUANGAN
DIREKTUR JENDERAL ANGGARAN

ttt.
ISA RACHMATARWATA
NIP. 196612301991021001

LAMPIRAN
SURAT PENGESAHAN DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022



DS-8095-0047-0921-6370

Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp.	1.295.854.284.000
DG.6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	Rp.	1.295.854.284.000
WA	Program Dukungan Manajemen	Rp.	136.364.694.000
WA.4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp.	136.364.694.000

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
I A. INFORMASI KINERJA**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Informasi BLU:
1. Status BLU : Penuh
2. Besaran Persentase Ambang Batas : 6,00% dari PNB
3. Saldo Awal Kas BLU : PM
4. Saldo Akhir Kas BLU : PM

Halaman : I A. 1

Program	: 024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			1.295.854.284.000
Kegiatan	: 6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes			1.295.854.284.000
Indikator Kinerja Kegiatan	: 1. 01	Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan alkesnya			
Klasifikasi Rincian Output	1	: 6388.CAB Sarana Bidang Kesehatan	12.543,00	Paket	629.584.702.000
Rincian Output	: 01	CAB.001 Gedung Layanan	11386,00	M2	20.450.175.000
	: 02	CAB.002 Alat Kesehatan	940,00	Unit	104.951.929.000
	: 03	CAB.003 Obat-obatan dan BMHP	1,00	Paket	308.390.475.000
	: 04	CAB.007 Gedung RS Estetika	1,00	Paket	124.765.020.000
	: 05	CAB.008 Alat Kesehatan RS Estetika	215,00	Paket	71.027.103.000
Klasifikasi Rincian Output	2	: 6388.CAN Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	267,00	Unit	3.370.240.000
Rincian Output	: 01	CAN.051 Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	267,00	Unit	3.370.240.000
Klasifikasi Rincian Output	3	: 6388.CCB OM Sarana Bidang Kesehatan	1,00	Paket	204.442.639.000
Rincian Output	: 01	CCB.001 Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU	1,00	Paket	204.442.639.000
Klasifikasi Rincian Output	4	: 6388.DCM Pelatihan Bidang Kesehatan	14,00	Orang	2.500.000.000
Rincian Output	: 01	DCM.001 Pelatihan Layanan Estetika	14,00	Orang	2.500.000.000

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
I A. INFORMASI KINERJA**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Informasi BLU:
1. Status BLU : Penuh
2. Besaran Persentase Ambang Batas : 6,00% dari PNPB
3. Saldo Awal Kas BLU : PM
4. Saldo Akhir Kas BLU : PM

Halaman : I A. 2

Klasifikasi Rincian Output	5	:	6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal		1,00	Layanan	329.200.000.000
Rincian Output		:	01 EBA.962	Layanan Umum		1,00	Layanan	329.200.000.000
Klasifikasi Rincian Output	6	:	6388.EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal		302,00	Unit	25.525.459.000
Rincian Output		:	01 EBB.951	Layanan Sarana Internal		301,00	Unit	24.003.734.000
Rincian Output		:	02 EBB.971	Layanan Prasarana Internal		1,00	Unit	1.521.725.000
Klasifikasi Rincian Output	7	:	6388.PBG	Kebijakan Bidang Kesehatan		4,00	Rekomendasi Kebijakan	400.320.000
Rincian Output		:	01 PBG.001	Rekomendasi Kebijakan Pengembangan RS di Bidang Klinis (IsDB)	(PN)	2,00	Rekomendasi Kebijakan	201.600.000
Rincian Output		:	02 PBG.002	Rekomendasi Kebijakan Pengembangan RS dalam meningkatkan sistem rujukan (IsDB)	(PN)	2,00	Model	198.720.000
Klasifikasi Rincian Output	8	:	6388.QDB	Fasilitasi dan Pembinaan Lembaga		1,00	Lembaga	1.355.040.000
Rincian Output		:	01 QDB.001	Fasilitasi Pengelolaan Manajemen Proyek Satker UPT Vertikal (IsDB)	(PN)	1,00	Lembaga	1.355.040.000
Klasifikasi Rincian Output	9	:	6388.RAB	Sarana Bidang Kesehatan		2,00	Paket	92.771.964.000
Rincian Output		:	01 RAB.001	Gedung Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB)	(PN)	1,00	RS	80.916.480.000
Rincian Output		:	02 RAB.004	Obat-obatan dan BMHP Pelayanan Katastrofik	(PN)	1,00	Paket	11.855.484.000

**DAFTAR ISI AN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
I A. INFORMASI KINERJA**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Informasi BLU:
1. Status BLU : Penuh
2. Besaran Persentase Ambang Batas : 6,00% dari PNBP
3. Saldo Awal Kas BLU : PM
4. Saldo Akhir Kas BLU : PM

Halaman : I A. 3

Klasifikasi Rincian Output	10	6388.SCM	Pelatihan Bidang Kesehatan		595,00	Orang	6.698.160.000
Rincian Output		01	SCM.001	Pelatihan Kesiapsiagaan Emergency Manajerial (IsDB) (PN)	30,00	Orang	569.520.000
		02	SCM.002	Pelatihan Kesiapsiagaan Emergency Klinis (IsDB) (PN)	50,00	Orang	360.000.000
		03	SCM.003	Pelatihan Keterampilan dan Kompetensi Lainnya (IsDB) (PN)	411,00	Orang	616.463.000
		04	SCM.004	Pelaksanaan Pendidikan Formal Tenaga RS (IsDB) (PN)	52,00	Orang	4.219.057.000
		05	SCM.005	Peningkatan Kapasitas RS Proyek dalam mendukung Sistem Rujukan Terpadu Nasional (PN)	52,00	Orang	933.120.000
Klasifikasi Rincian Output	11	6388.UAE	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan		1,00	Laporan	5.760.000
Rincian Output		01	UAE.001	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan Pelaksanaan Proyek IsDB (PN)	1,00	Laporan	5.760.000
Program		024.04.WA	Program Dukungan Manajemen				136.364.694.000
Kegiatan		4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan				136.364.694.000
Indikator Kinerja Kegiatan		1. 01	Indeks Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan				
		2. 02	Persentase kinerja RKA-KL Kementerian Kesehatan yang efektif dan efisien pada program pembinaan pelayanan kesehatan				
Klasifikasi Rincian Output	1	4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal		2,00	Layanan	136.364.694.000
Rincian Output		01	EBA.994	Layanan Perkantoran	2,00	Layanan	136.364.694.000

Jakarta, 17 November 2021
a.n. MENTERI KESEHATAN
SEKRETARIS JENDERAL

ttid.
Kurta Wibawa Dasa Nugraha
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022**



I B. SUMBER DANA

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Halaman : I B. 1

		Pagu	Ekuivalen Rupiah	
1. Anggaran Tahun 2022	Rp.	1.432.218.978.000	Ket : a. Pinjaman Luar Negeri (1) Valuta Asing	US\$ 0 Rp. 0
1. Rupiah Murni	Rp.	348.220.178.000	(2) RPLN	US\$ 5.753.343 Rp. 83.998.800.000
2. PNBP	Rp.	1.000.000.000.000	b. Hibah Luar Negeri (1) Valuta Asing	US\$ 0 Rp. 0
3. Pinjaman/Hibah Luar Negeri	Rp.	83.998.800.000	(2) RHLN	US\$ 0 Rp. 0
4. Pinjaman/Hibah Dalam Negeri	Rp.	0	c. Pinjaman Dalam Negeri	IDR 0
5. Hibah Langsung	Rp.	0	d. Hibah Dalam Negeri	IDR 0
6. SBSN PBS	Rp.	0	e. Hibah Luar Negeri Langsung	IDR 0
2. Rincian Pinjaman / Hibah :			f. Hibah Dalam Negeri Langsung	IDR 0

(dalam ribuan rupiah)

No.	SUMBER PINJAMAN DAN HIBAH No. NPP/H per Tahun No. Register		PAGU TAHUN INI		RINCIAN DANA BERDASARKAN CARA PENARIKAN		DANA PENDAMPING		
	Kode	Uraian	Kode	Dana	Kode	Dana	Rp. Pdp	Rp. LN	Rp. Loc. Cost
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		1 ISLAMIC DEVELOPMENT BANK	USD						
		IDN-1031	USD	5.638,78					
		17AFHKXA	IDR	80.916.480,00	3	80.916.480			
2		1 ISLAMIC DEVELOPMENT BANK	USD						
		IDN-1031	USD	214,80					
		1NAPT2PA	IDR	3.082.320,00	3	3.082.320			

NPP/H : Naskah Perjanjian Pinjaman dan/atau Hibah

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
II. RINCIAN PENGELUARAN**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 1
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA						LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER
		PEGAWAI [51]	BARANG [52]	MODAL [53]	BANTUAN SOSIAL [57]	LAIN-LAIN [58]	JUMLAH SELURUH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
415661	RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR	128.229.398	872.212.504	431.777.076	-	-	1.432.218.978		
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	-	864.077.208	431.777.076	-	-	1.295.854.284		
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	-	864.077.208	431.777.076	-	-	1.295.854.284		
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	308.390.475	321.194.227	-	-	629.584.702	22.51	
01	RM	-	-	195.792.123	-	-	195.792.123	037	
06	BLU	-	308.390.475	125.402.104	-	-	433.792.579	037	
6388.CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	-	3.370.240	-	-	3.370.240	22.51	
01	RM	-	-	544.340	-	-	544.340	037	
06	BLU	-	-	2.825.900	-	-	2.825.900	037@	
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	204.442.639	-	-	-	204.442.639	22.51	
06	BLU	-	204.442.639	-	-	-	204.442.639	037	

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
II. RINCIAN PENGELUARAN**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 2
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA					JUMLAH SELURUH	LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER
		PEGAWAI [51]	BARANG [52]	MODAL [53]	BANTUAN SOSIAL [57]	LAIN-LAIN [58]			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6388.DCM	Pelatihan Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	2.500.000	-	-	-	2.500.000	22.51	
01	RM	-	2.500.000	-	-	-	2.500.000	037@	
6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	329.200.000	-	-	-	329.200.000	22.51	
06	BLU	-	329.200.000	-	-	-	329.200.000	037	
6388.EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	-	25.525.459	-	-	25.525.459	22.51	
01	RM	-	-	1.163.537	-	-	1.163.537	037	
06	BLU	-	-	24.361.922	-	-	24.361.922	037	
6388.PBG	Kebijakan Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	400.320	-	-	-	400.320	22.51	
06	BLU	-	400.320	-	-	-	400.320	037	

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022**



II. RINCIAN PENGELUARAN

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 3
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA						LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER
		PEGAWAI [51]	BARANG [52]	MODAL [53]	BANTUAN SOSIAL [57]	LAIN-LAIN [58]	JUMLAH SELURUH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6388.QDB	Fasilitasi dan Pembinaan Lembaga (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	584.370	770.670	-	-	1.355.040	22.51	
02	PLN	-	11.250	-	-	-	11.250	037	RK 1NAPT2PA
02	PLN	-	437.760	770.670	-	-	1.208.430	140	RK 1NAPT2PA
06	BLU	-	135.360	-	-	-	135.360	037@	
6388.RAB	Sarana Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	11.855.484	80.916.480	-	-	92.771.964	22.51	
01	RM	-	11.855.484	-	-	-	11.855.484	037	
02	PLN	-	-	80.916.480	-	-	80.916.480	140@	RK 17AFHXKA
6388.SCM	Pelatihan Bidang Kesehatan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	6.698.160	-	-	-	6.698.160	22.51	
02	PLN	-	1.862.640	-	-	-	1.862.640	140@	RK 1NAPT2PA
06	BLU	-	4.835.520	-	-	-	4.835.520	037@	

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
II. RINCIAN PENGELUARAN**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 4
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATANKRO/SUMBER DANA	BELANJA					LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER	
		PEGAWAI [51]	BARANG [52]	MODAL [53]	BANTUAN SOSIAL [57]	LAIN-LAIN [58]			JUMLAH SELURUH
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6388.UAE	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	-	5.760	-	-	-	5.760	22.51	
06	BLU	-	5.760	-	-	-	5.760	037	
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen	128.229.398	8.135.296	-	-	-	136.364.694		
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	128.229.398	8.135.296	-	-	-	136.364.694		
4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal (22.51 BALI / KOTA DENPASAR)	128.229.398	8.135.296	-	-	-	136.364.694	22.51	
01	RM	128.229.398	8.135.296	-	-	-	136.364.694	037	
JUMLAH		128.229.398	872.212.504	431.777.076	-	-	1.432.218.978		

Jakarta, 17 November 2021
a.n. MENTERI KESEHATAN
SEKRETARIS JENDERAL

ttd.
Kunta Wibawa Dasa Nugraha
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
III. RENCANA PENARIKAN DANA DAN PERKIRAAN PENERIMAAN**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : (22) BALI
Kode>Nama Satker : (415661) RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Halaman : III. 1
(dalam ribuan rupiah)

NO	KODE	URAIAN SATKER	RENCANA PENARIKAN												JUMLAH SELURUH
			JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.	415661	RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR													
		RENCANA PENARIKAN DANA	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	119.351.581	1432.218.978
		BELANJA PEGAWAI	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	128.229.398
		BELANJA BARANG	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	72.684.375	872.212.504
		BELANJA MODAL	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	35.981.423	431.777.076
024.04.DG.6388		Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	107.987.857	1.295.854.284
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	1.388.928	16.667.134
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	70.617.506	847.410.074
		53 BELANJA MODAL	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	23.265.596	279.187.150
		53 BELANJA MODAL	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	12.715.827	152.589.926
024.04.WA.4813		Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	11.363.724	136.364.694
		51 BELANJA PEGAWAI	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	10.685.783	128.229.398
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	677.941	8.135.296
		PERKIRAAN PENERIMAAN	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	1.000.000.154
024.04.DG.6388		Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	1.000.000.154
		- PNBP YANG DIGUNAKAN LANGSUNG (424111)	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	83.333.346	1.000.000.154

Jakarta, 17 November 2021
a.n. MENTERI KESEHATAN
SEKRETARIS JENDERAL

tt.
Kunta Wibawa Dasa Nugraha
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN
TAHUN ANGGARAN 2022
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415661/2022
IV A. B L O K I R**



DS-8095-0047-0921-6370

Kementerian Negara/Lembaga : [024] KEMENTERIAN KESEHATAN
Unit Organisasi : [04] Ditjen Pelayanan Kesehatan
Provinsi : [22] BALI
Kode dan Nama Satker : [415661] RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR

Halaman : IV.A. 1
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN	KODE	URAIAN
415661	RUMAH SAKIT UMUM SANGLAH DENPASAR Jumlah Dana yang tidak dapat dicairkan Rp. 84.793.478 52 Belanja Barang Rp. 3.601.998 53 Belanja Modal Rp. 81.191.480		Tidak Dapat Dicairkan Rp. 929.520 Belum Dilengkapi dengan Rekomendasi dari PPSDM Kesehatan Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	525112	Belanja Barang Tidak Dapat Dicairkan Rp. 616.463 Belum Dilengkapi dengan Rekomendasi PPSDM Kesehatan Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait
6388.CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi 537112 Belanja Modal Peralatan dan Mesin Tidak Dapat Dicairkan Rp. 275.000 Belum Dilengkapi dengan Hasil Clearance Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait		
6388.DCM	Pelatihan Bidang Kesehatan 521119 Belanja Barang Operasional Lainnya(RM) Tidak Dapat Dicairkan Rp. 1.920.655 Belum Dilengkapi dengan Persetujuan Eselon I Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait		
6388.QDB	Fasilitasi dan Pembinaan Lembaga 525112 Belanja Barang Tidak Dapat Dicairkan Rp. 135.360 Masih Menunggu Standar Biaya yang Dibuat oleh Eselon I (Yankes) Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait		
6388.RAB	Sarana Bidang Kesehatan 533111 Belanja Modal Gedung dan Bangunan(PLN) Tidak Dapat Dicairkan Rp. 80.916.480 Belum Dilengkapi dengan Rekomendasi dari Dit. Fasyankes Disposisi: Alokasi harus dilengkapi dasar hukum pengalokasiannya dan/atau dokumen terkait		
6388.SCM	Pelatihan Bidang Kesehatan 521119 Belanja Barang Operasional Lainnya(PLN)		

Jakarta, 17 November 2021
a.n. MENTERI KESEHATAN
SEKRETARIS JENDERAL

tttd.
Kunta Wibawa Dasa Nugraha
NIP. 196811301994031001