LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2023



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 program kegiatan instansi rumah sakit. Evaluasi atas pelaksanaan program kegiatan rumah sakit secara periodik disajikan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyusunan program – program berikutnya.

Secara keseluruhan program kerja selama tahun 2023 telah dilaksanakan dengan baik melalui perhitungan strategis dalam periode satu tahun, meskipun demikian kami menyadari masih terdapat beberapa aspek yang perlu dibenahi dan ditingkatkan dimasa yang akan datang, sehingga RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah dapat mendukung terwujudnya visi, misi Kementerian Kesehatan RI 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 2023 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 2024
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 tahun 2023 adalah 37 sasaran, dengan 122 indikator kinerja utama yang meningkat dari tahun 2022 karena implementasi program transformasi layanan kesehatan rujukan serta penetapan indikator kinerja terpilih yang lebih tajam. Dari 122 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2023 terdapat 110 Indikator sudah mencapai Target (90,2%) dan 1 Indikator hampir mencapai target (0,8%), 11 Indikator yang belum mencapai target (9,0%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 108,05% (Kategori AA). Adapun indikator yang belum mencapai target adalah indikator:

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
2. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
3. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
4. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam
5. Waktu Masuk Rawat Inap
6. Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari
7. Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO
8. Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%
9. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan
10. Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan
11. Ketepatan Waktu Layanan

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....11
D. Tugas Pokok dan Fungsi....11
Matrik Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023....14
E. Sistematika Penulisan....15
BAB II. PERENCANAAN KINERJA....16
A. Rencana Kerja Tahunan....16
B. Penetapan Kinerja....25
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA....35
A. Capaian Kinerja Program Organisasi....35
B. Realisasi Anggaran....167
C. Kondisi SDM pada Akhir Tahun 2022....170
BAB IV. PENUTUP....171
A. Simpulan....171
B. Rekomendasi....172

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. I.3 Instalasi dibawah Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian 12

Tabel. I.4 Instalasi dibawah Direktorat Layanan Operasional 13

Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023 16

Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023 157

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023 167

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023 170

DAFTAR GAMBAR

Gambar I.1 Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023 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 sistematik 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 dengam 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 PNBP (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 N0.1243 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 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
11. 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;
12. 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);
13. 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;
14. Pedoman Teknis Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Kementerian Kesehatan RI 2023;
15. Persetujuan Tim Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Nomor : OT.01.01/D/7927/2023 Tanggal 18 Juni 2023
16. Edaran Direktur Utama RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah, No. PR.01.01/INT.XIV.4.2/020/2023, Tanggal 27 Pebruari 2023 tentang Kegiatan Strategis Pencapaian Indikator Kinerja Rumah Sakit Tahun Anggaran 2023;
17. Keputusan Direktur Utama RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah, No. HK.03.02/ SK.D.XVII.4.3.1/ 15621/ 2023, tanggal 3 April 2023 tentang Pembentukan Tim Teknis Data dan Informasi Kinerja RS Berbasis SAKIP Tahun 2023.

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 tahun 2023.

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 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan; 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 Organisasia; Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP Prof. Dr. I. G. N. G Ngoerah Denpasar, Nomor OT.01.01/D/6989/2023 Tanggal 26 April 2023 serta Persetujuan Tim Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : OT.01.01/D/7927/2023 Tanggal 18 Juni 2023, maka mulai Oktober 23 terdapat perubahan struktur tata kerja rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mengarahkan:
    a. Tim Kerja Pelayanan Medik
    b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
    c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang
    d. Unit – unit Non Struktural

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang

No	Instalasi	No	Instalasi
1	Instalasi Gawat Darurat	8	Instalasi Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional
2	Instalasi Rawat Jalan	9	Instalasi Laboratorium Terpadu
3	Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu	10	Instalasi Farmasi
4	Instalasi Rawat Inap	11	Instalasi Gizi
5	Instalasi Bedah Sentral	12	Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
6	Instalasi Rawat Intensif	13	Instalasi Wing Amerta
7	Instalasi Kanker Terpadu	14	Instalasi Wing Amerta
15	Bisnis Unit Aesthetic and Wellness		

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

No	KSM	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 Vaskuler
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. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia
   b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
   c. Tim Kerja Penelitian
   d. Unit – unit Non Struktural

   Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

No	Instalasi
1	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
2	Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis

3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
   a. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program
   b. Tim Kerja Perencanaan Anggaran
   c. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
   d. Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara
   e. Unit non Struktural , yaitu Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien

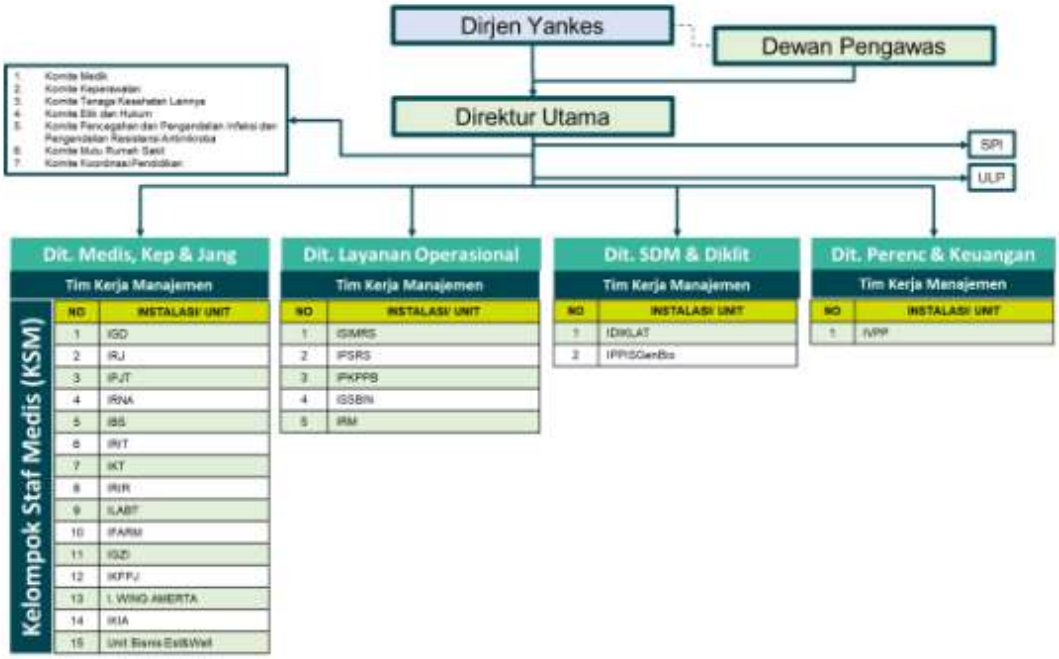
4. Direktorat Layanan Operasional dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
   a. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga
   b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
   c. Unit-unit Non Struktural

   Tabel I.4 Instalasi dibawah Direktorat Layanan Operasional

No	Instalasi
1	Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
2	Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
3	Instalasi Promosi Kesehatan, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis
4	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
5	Instalasi Rekam Medik

5. Unit-unit Non Struktural Non Direktorat 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 dan Pengendalian Resistensi Antimikroba
      6) Komite Mutu Rumah Sakit
      7) Komite Koordinasi Pendidikan
   d. Unit Layanan Pengadaan

Matrik Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023



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 2023 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023

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	≥88%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	≤11%
		3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥12%
		4	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥6%
		5	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥3%
		6	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥8%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥85%
		8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥12 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	≤4.2%
		10	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		12	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥5 RS
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥75%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥78%
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	≥10%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		18	Current Rasio	≥550%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥85%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥85%
		21	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥85%
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥95%
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	≤2,5%
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		27	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	≥10%
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		29	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥70%
		30	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		31	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%
		32	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
		33	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%
		34	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 Indikator tercapai setiap layanan
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Kegiatan
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 Kegiatan
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Kegiatan
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		39	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		40	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		41	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		42	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		43	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		44	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		45	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
		46	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		47	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
		48	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 Kegiatan
		50	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	500 sample
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
19	Indikator RPJMN	52	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan	53	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥92.5%
		54	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥95%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	manajemen Kementerian Kesehatan	55	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥97%
		56	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥95%
		57	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%
21	IKT Aspek Klinis	58	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	≥80%
		59	Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		60	"Door to Ballon " time 90 menit pada kasus STEMI	≥80%
		61	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	≥80%
		62	Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 --< 1500 gr	≥80%
		63	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	<30%
22	IKT Aspek Keuangan	64	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	10%
23	Transformasi RSV	65	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%
		66	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%
		67	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%
		68	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam	≥90%
		69	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		70	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	71	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		72	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		73	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90%
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	74	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		75	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
		76	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	≥80%
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	77	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	≥80%
		78	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	<10%
		79	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	≥95%
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	80	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	≥60%
		81	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	≥3%
		82	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	≥80%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		83	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	≥60%
		84	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	≥80%
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	85	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	≥40%
		86	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	≥40%
		87	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	≥40%
		88	Skrining komplikasi makrovaskular	≥50%
		89	Skrining komplikasi mikrovaskular	≥50%
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	90	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja	≥40%
		91	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	≥40%
		92	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	<20%
		93	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%	<5%
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	94	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	≥75%
		95	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	≥60%
		96	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	≥60%
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis	97	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	≥20%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	GASTROHEPATOLOGI)	98	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	≥80%
		99	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	≥80%, ≥50%
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	100	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	≥60%
		101	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit	100%
		103	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	100%
		104	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	≤ 5%
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	105	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	<1%
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	106	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit	≥60%
		107	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	≤ 2%
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		109	Cash Flow	Positif
		110	Pendapatan	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP
		111	Beban	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		112	Rasio Beban Pegawai Terhadap Pendapatan	≤50%
		113	Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan	≤25%
		114	Rasio Beban Farmasi Terhadap Pendapatan	≤20%
		115	Rasio Beban Adminstrasi Terhadap Pendapatan	≤15%
		116	Days Receivable Turnover	≤40 hari
		117	Days Inventory Turnover	≤60 hari
		118	Days Payable Turnover	≤60 hari
37	IKT Aspek Manajerial	119	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		120	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%
		121	Ketersediaan Fasilitas Layanan	≥82,50%
		122	Ketepatan Waktu Layanan	≥80%

B. Penetapan Kinerja

Adapun penetapan Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023 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 DENPASAR

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.KM., MARS.

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Agustus 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, S.KM., MARS.
NIP.197106262000031002

Pihak Pertama

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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G.

NGOERAH DENPASAR

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	≥88%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	≤11%
		3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥12%
		4	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥6%
		5	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥3%
		6	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥8%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥85%
		8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥12 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	≤4.2%
		10	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%
		12	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥5 RS
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥75%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥78%

6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	≥10%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		18	Current Rasio	≥550%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥85%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥85%
		21	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥85%
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥95%
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	≤2,5%
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		27	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	≥10%
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		29	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥70%
		30	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		31	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%
		32	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
		33	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%

		34	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 Indikator tercapai setiap layanan
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Kegiatan
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 Kegiatan
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Kegiatan
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		39	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
		40	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		41	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		42	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		43	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		44	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		45	Kepatuhan terhadap ahir klinis (clinical pathway)	≥85%
		46	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		47	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
		48	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 Kegiatan

		50	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	500 sample
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
19	Indikator RPJMN	52	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	53	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥92.5%
		54	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥95%
		55	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥97%
		56	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥95%
		57	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%
21	IKT Aspek Klinis	58	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	≥80%
		59	Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		60	"Door to Ballon " time 90 menit pada kasus STEMI	≥80%
		61	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	≥80%
		62	Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 --< 1500 gr	≥80%
		63	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	<30%
22	IKT Aspek Keuangan	64	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	10%
23	Transformasi RSV	65	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%
		66	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%

		67	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%
		68	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam	≥90%
		69	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%
		70	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	71	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		72	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		73	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90%
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	74	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		75	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
		76	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	≥80%
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	77	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	≥80%
		78	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	<10%
		79	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	≥95%
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	80	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	≥60%
		81	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	≥3%
		82	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	≥80%
		83	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	≥60%

		84	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	≥80%
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	85	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	≥40%
		86	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	≥40%
		87	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	≥40%
		88	Skrining komplikasi makrovaskular	≥50%
		89	Skrining komplikasi mikrovaskular	≥50%
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	90	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja	≥40%
		91	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	≥40%
		92	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	<20%
		93	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%	<5%
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	94	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	≥75%
		95	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	≥60%
		96	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	≥60%
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	97	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	≥20%
		98	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	≥80%
		99	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	≥80%, ≥50%
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	100	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	≥60%
		101	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%

33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit	100%
		103	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	100%
		104	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	≤ 5%
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	105	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	<1%
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	106	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit	≥60%
		107	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	≤ 2%
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		109	Cash Flow	Positif
		110	Pendapatan	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP
		111	Beban	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP
		112	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan	≤50%
		113	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	≤25%
		114	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	≤20%
		115	Rasio Beban Adminstrasi thd. Pendapatan	≤15%
		116	Days Receivable Turnover	≤40 hari
		117	Days Inventory Turnover	≤60 hari
		118	Days Payable Turnover	≤60 hari

37	IKT Aspek Manajerial	119	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		120	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%
		121	Ketersediaan Fasilitas Layanan	≥82,50%
		122	Ketepatan Waktu Layanan	≥80%

Anggaran Kegiatan

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	111.583.267.148
2	Tersedianya pelayanan unggulan	26.025.991.856
3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal	74.514.336.306
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13.562.112.917
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	51.572.785.606
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	15.238.129.042
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	16.460.701.708
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	51.411.122.481
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	51.119.342.148
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	14.784.685.583
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26.025.991.856
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	86.307.672.856
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	50.448.799.759
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	26.025.991.856
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	27.248.564.523
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	51.411.122.481
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	13.723.776.042
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	13.010.082.639

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
19	Indikator RPJMN	38.395.213.264
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	38.265.096.056
21	IKT Aspek Klinis	14.232.655.306
22	IKT Aspek Keuangan	13.171.745.764
23	Transformasi RSV	14.686.098.764
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	26.578.022.134
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	26.578.022.134
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	26.578.022.134
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	26.578.022.134
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	26.578.022.134
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	26.578.022.134
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	26.578.022.134
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	26.578.022.134
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	26.578.022.134
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PNERE)	26.578.022.134
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	26.578.022.134
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	26.578.022.134
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	13.171.745.764
37	IKT Aspek Manajerial	1.469.029.667
	TOTAL	**1.172.802.327.000**

Sumber Anggaran

BLU	888.000.000.000
PHLN	172.309.752.000
RM	112.492.575.000

Jakarta , Agustus 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, S.KM., MARS.
NIP.197106262000031002

Pihak Pertama,

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

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Program Organisasi

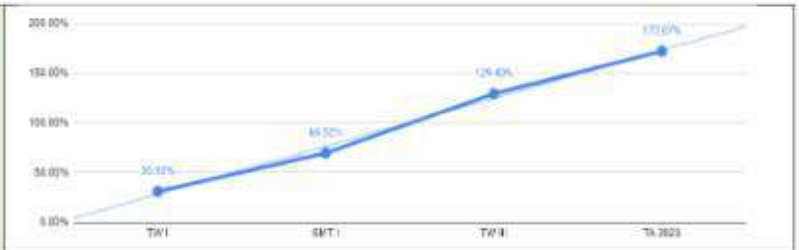
Adapun capaian kinerja program tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023, dijelaskan secara rinci masing-masing indikator kinerja program dengan matrik analisis capaian, perbandingan target, standar (nasional) dan realisasi serta uraian kegiatan ringkas dapat dilihat sebagai berikut:

1. Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal

a. Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Persentase SDM pemberi pelayanan yang mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia - Tim Kerja Tim Kerja Pendidikan dan Penelitian - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**100%**	**≥88%**	**172,07%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi program, capaian Indikator kinerja Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 172.07% dari target minimal 88%. Capaian tahun 2023 juga jauh meningkat dari capaian tahun 2022 (100%), serta terdapat peningkatan positif selama empat triwulan pada tahun 2023. Hal ini menggambarkan komitmen penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya peningkatan kompetensi SDM pemberi pelayanan sesuai dengan pelayanan unggulan dan pelayanan prioritas, sesuai dengan perencanaan program yang ditetapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal = **Rp. 116.979.594.145**
Realisasi Anggaran	**Rp. 88.034.477.621** (75,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Seluruh SDM pemberi pelayanan telah mendapatkan peningkatan kompetensi SDM melalui jalur pendidikan dan pelatihan, baik secara internal maupun eksternal, dengan jumlah 3161 kali/ orang kegiatan pendidikan dan atau pelatihan peningkatan kompetensi.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

2. Tersedianya pelayanan unggulan

a. Persentase Kematian Neonatus

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase kematian neonatus adalah jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari dibagi jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari dikali 100%		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Kesehatan Anak – Instalasi KIA - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
Target SDGs 2030 = **1,2%**	**10,2%**	**≤11%**	**8%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase kematian Neonatus pada tahun 2023 telah berada di bawah target yang ditetapkan yaitu 8% dari target maximum 11%. Kondisi peningkatan terjadi dari tahun 2022 dengan capaian 10,2% menjadi 8% di tahun 2023, namun belum mencapai target internasional SDGs sebesar 1,2%. Tampak tren peningkatan persentase kematian jika dilihat dari angka agregat selama 12 bulan tahun 2023. Hal ini menunjukkan komitmen penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya monitoring dan evaluasi pelayanan neonatus, baik dari segi pelayanan medis, keperawatan dan penunjang yang cukup optimal, namun masih perlu terus ditingkatkan lagi dalam upaya penanganan dan pencegahan angka kematian tersebut.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
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 1162 neonatus yang di rawat di RSUP Prof. Ngoerah selama tahun 2023, dan 92 meninggal dunia karena kondisi tertentu. RSUP Prof. Ngoerah merupakan rumah sakit rujukan tertinggi, sehingga kasus kasus yang dirujuk merupakan kasus-kasus kompleks dengan derajat yang berat dan kritis.
Permasalahan	Kondisi pra-hospital dan sistem rujukan kasus neonatus perlu lebih mendapatkan perhatian dalam upaya menurunkan angka kematian
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≤10%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Meningkatnya kunjungan pasien jantung

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler – Instalasi PJT - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**22,83%**	**≥12%**	**23,02%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja peningkatana kunjungan pasien jantung pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 23.02% dari target minimal 12%. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (22,83%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif dari bulan ke bulan. 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 Tersedianya pelayanan unggulan = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pelayanan di Poliklinik PJT menghasilkan layanan spesialistik dan sub-spesialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien dengan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan. Angka kunjungan pasien pada tahun 2023 mencapai 32.704 kunjungan, dimana jumlah ini meningkat dari tahun 2022 yaitu 26.585 kunjungan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥15%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

c. Meningkatnya pelayanan kemoterapi Day Care

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Kanker – Instalasi Kanker Terpadu - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

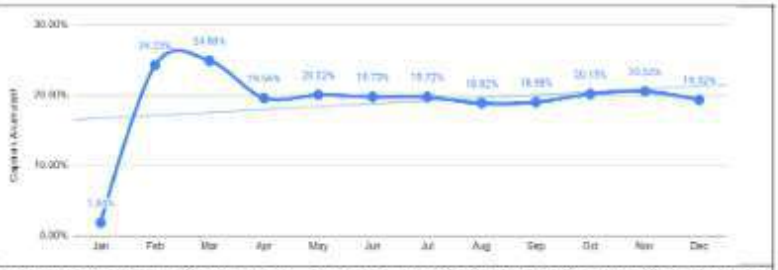
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**18,28%**	**≥6%**	**20,48%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja meningkatnya pelayanan kemoterapi day care pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 20.48% dari target minimal 6%. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (18,28%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif dari bulan ke bulan. 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 Tersedianya pelayanan unggulan = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pelayanan kemoterapi day care merupakan salah satu pengembangan layanan dari 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 2023 mencapai 8.753 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2022 sebanyak 7.265 pasien
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥7%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

d. Meningkatnya jumlah pasien operasi

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Kegiatan operasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cidera, 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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Pembedahan – Instalasi Bedah Sentral - PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Aryana Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**19,61%**	**≥3%**	**19,32%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja meningkatnya jumlah pasien operasi pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 19,32% dari target minimal 3%. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (19,61%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif dari bulan ke bulan. 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 Tersedianya pelayanan unggulan = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
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 2023 mencapai 13.607 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2022 mencapai 11.404 pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥4%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

e. Meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Indikator ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran angka kunjungan pasien rawat jalan non-BPJS 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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Rawat Jalan – Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**8,3%**	**≥8%**	**10,82%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja meningkatnya kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 10,82% dari target minimal 8%. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (8,3%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara negatif dari bulan ke bulan (penurunan). 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, serta pengadaan sarpras yang memadai. Namun, belum maksimal dalam upaya promosi untuk progres peningkatan yang positif secara terus-menerus.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya pelayanan unggulan = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
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 non-BPJS tahun 2023 mencapai 67.847 pasien, lebih tinggi dibandingkan tahun 2022 mencapai 64.928 pasien
Permasalahan	Promosi untuk menarik pasien rawat jalan non-BPJS perlu ditingkatkan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥9%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

3. Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal

a. Peningkatan kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Penelitian - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

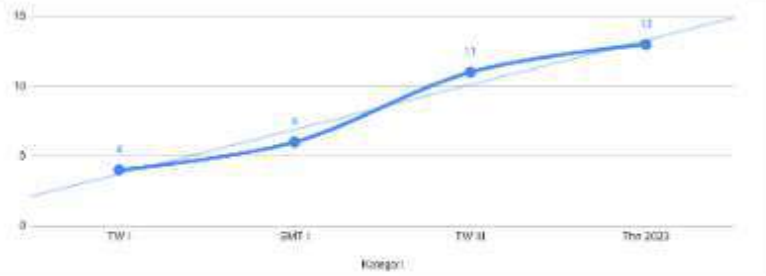
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**100%**	**≥85%**	**298,33%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja peningkatan kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih pada tahun 2023 telah berada diatas target yang ditetapkan yaitu 298,33% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (100%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif dari bulan ke bulan. Hal ini menggambarkan bahwa upaya penanggung jawab indikator meningkatkan kompetensi tenaga pelatih dan pendidik tersebut sudah maksimal sampai dengan akhir tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal = **Rp. 74.560.214.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 48.196.952.724** (64,6% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan. Peningkatan kompetensi pada tahun 2023 dengan rincian : sebanyak 114 orang SDM Pendidik Klinis yang mendapat pelatihan CT dan 65 orang pendidikan SDM dan Clinical Instructure. 13 SDM diantaranya telah menyelesaikan pelatihan MOT dan TOC
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≥90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Indikator ini bertujuan untuk Semua pelatihan yang diselenggarakan mendapatkan persetujuan legal aspek dan kompeten. Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesahatan untuk setiap pelatihan yang diselenggaranan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang diselenggarakan. Jumlah pelatihan yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan diharapkan mencapai jumlah 12 dalam satu tahun.	Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja Pendidikan dan Penelitian - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Purnama Yanti, SST Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**8 Pelatihan**	**12 Pelatihan**	**13 Pelatihan**

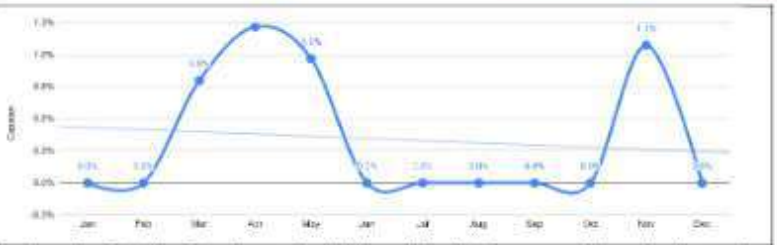
Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja meningkatnya jumlah pelatihan terakreditasi pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 13 pelatihan dari target minimal 12 pelatihan. Capaian tahun 2023 juga lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (8 Pelatihan). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif dari bulan ke bulan. 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 Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal = **Rp. 74.560.214.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 48.196.952.724** (64,6% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penyelenggaran setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendapatkn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan. Jumlah pelatihan yang telah terakreditasi sesuai ketentuan selama tahun 2023 adalah 13 pelatihan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi 15 Pelatihan, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

4. Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien

a. Persentase kematian ibu

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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%	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Obstetri & Ginekologi - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
0,305% SUPAS 2015 0,183% RPJMN 2024 0,07% SDGs 2030	**1,86%**	**≤4.2%**	**0,35%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator kinerja Persentase Kematian Ibu pada tahun 2023 telah berada di bawah target yang ditetapkan yaitu 0,35% dari target maximum 4,2%. Capaian tahun 2023 juga lebih baik dari capaian tahun 2022 (1,86%). Tren capaian bulanan tahun 2023 tampak menunjukkan progres penurunan secara positif dari bulan ke bulan. Jika dibandingkan dengan standar Nasional dan Internasional, capaian tahun 2023 hampir sedikit lagi mencapai target 0,305% SUPAS 2015, namun belum dapat mencapai 0,183% RPJMN 2024 dan 0,07% SDGs 2030 Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya monitoring dan evaluasi pelayanan Ibu, baik dari segi pelayanan medis, keperawatan dan penunjang yang optimal, namun perlu terus ditingkatkan lagi
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = **Rp. 13.678.851.194**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.438.404.088** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
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 1156 ibu yang dirawat selama tahun 2023, dengan 4 kasus meninggal akibat berbagai faktor. RSUP Prof. Ngoerah merupakan rumah sakit rujukan tertinggi, sehingga kasus kasus yang dirujuk merupakan kasus-kasus kompleks dengan derajat yang berat dan kritis.
Permasalahan	Kondisi pra-hospital dan sistem rujukan kasus ibu perlu lebih mendapatkan perhatian dalam upaya menurunkan angka kematian
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi ≤4%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Direktorat Layanan Operasional - Tim Kerja Pelayanan Medis – Insalasi SIMRS - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM dan I Gede Arya Adi Putera, S. Kom Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

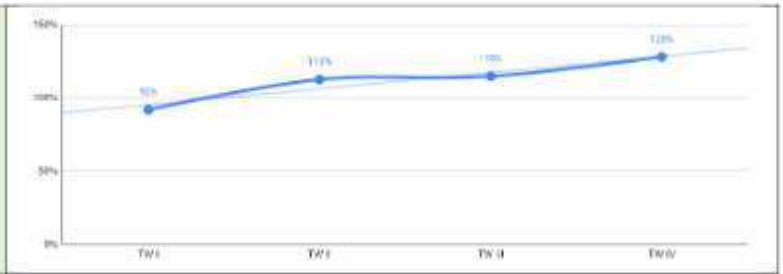
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
100% KemKes	**100%**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik pada tahun 2023 telah mencapai capaian riwayat 2022, standar nasional dan target yang ditetapkan 2023 (100%). Hal ini menunjukkan kolaborasi yang baik antara Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan/Bidang Pelayanan Medik dan Direktur Layanan Operasional serta Instalasi SIMRS dalam upaya penyelenggaraan RME secara penuh selama tahun 2023
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = **Rp. 13.678.851.194**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.438.404.088** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Elemen indikator yang telah di capai pada tahun 2023 adalah sbb: Sistem RME sudah diterapkan secara penuh pada dokumen sesuai dengan DO (*paper-less*) di rawat inap dan rawat jalan, penambahan e-resep dari Farmasi, pencetakan surat canggih BPJS melalui SIMRS, aplikasi cek in untuk pasien rawat jalan BPJS, surat kontrol BPJS pada SIMRS, dan penerapan mesin dan aplikasi Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM).
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, serta sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

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

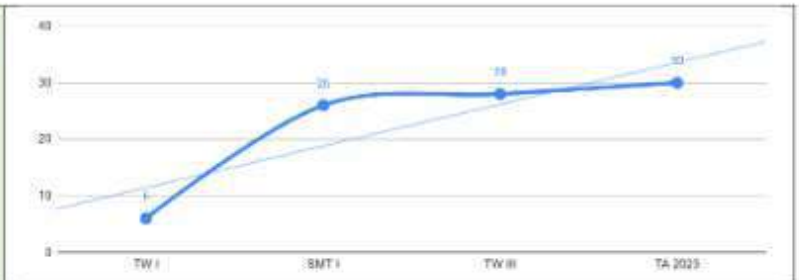
Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun 2023 berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan. Terdapat 8 (delapan) Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS) dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100%.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Direktorat Layanan Operasional – Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM – Tim Kerja Akuntansi dan BMN dkk - Insalasi SIMRS - PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan,SE, I Komang Sudarmaja,SE, Gede Made Wisnu Suarthana,SE, Firdaus Nurman, Ida Bagus Wijaya Erlangga, S.Kom, dr. Tri Virgo Wati, MM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
100% KemKeu	**120%**	**100%**	**128%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian persentase Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS) pada tahun 2023 telah berada di atas capaian riwayat 2022, standar nasional dan target yang ditetapkan 2023 (100%). Hal ini mencerminkan bahwa tingkat modernisasi pengelolaan BLU dalam mendukung peningkatan layanan serta peningkatan akuntabilitas dan akurasi manajemen dalam pengambilan keputusan telah dilaksnakan dengan baik dan terukur.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = **Rp. 13.678.851.194**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.438.404.088** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Ketercapaian tahun 2023, disebab oleh tercapainya nilai maksimal pada : Integrasi Data, Analitika Data, Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin, Dashboard yang terdapat dalam Komponen Penilaian Maturity Rating, Sistem Informasi Manajemen, Website, serta Operasionalisasi BIOS. Selain itu, nilai tambah juga didapatkan dari Extra Miles yaitu Analitika Data Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data dan Analisis data pada level Prediktif /Preskriptif [Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU] (persyaratan matrat lv 5), serta Website muncul pada halaman pertama search engine (SEO) maksimal urutan ke - 3
Permasalahan	Perlu peningkatan kecepatan integrasi data
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan, serta sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

d. Meningkatnya jumlah RS yang dilakukan pendampingan

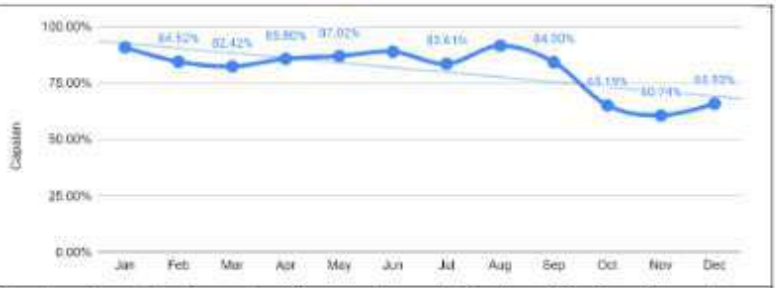
Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Indikator ini bertujuan untuk Meningkatkan pelayanan di RS daerah yang didampingi agar sesuai dengan tugas dari Kementerian Kesehatan RI. Pendampingan diharapkan dilaksanakan sebanyak 5 pendampingan selama 1 tahun.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**14 RS**	**≥5 RS**	**30 RS**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 30 rumah sakit dari target minimal 5 rumah sakit. Capaian tahun 2023 juga lebih baik dari capaian tahun 2022 (14 rumah sakit). Tren capaian triwulan tahun 2023 tampak menunjukkan progres peningkatan secara positif. 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 Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = **Rp. 13.678.851.194**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.438.404.088** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pendampingan telah dilaksanakan pada 30 rumah sakit di tahun 2023, dengan rincian sebagai berikut: RSUD Bali Mandara, RSUD Buleleng, RSUD Sanjiwani, RSUD Tabanan, RSUD Provinsi NTB, RSUD Dr.R.Soedjono Selong, RSUD Kota Bima, RSUD H. L. Manambai Abdulkadir, RSUP dr. Ben Mboi Kupang, RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes, RSUD Soe, RSUD Dr TC Hillers Maumere, RSUD Komodo, RSUD Waikabubak, RSUD Dr. J.P. Wanane Kab Sorong, Papua Barat, RSUD Wangaya dll.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi minimal 6 rumah sakit, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

e. Persentase pelaksanaan SISRUTE

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Indikator ini bertujuan untuk Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan respon time kurang dari 1 jam sebanyak 75%. 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.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang - Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Budiarsana, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

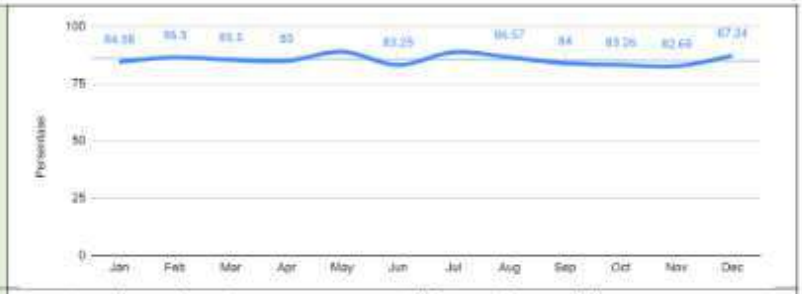
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**92,21%**	**≥75%**	**80,86%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Pelaksanaan SISRUTE pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 80,86% dari target minimal 75%. Namun, capaian tahun 2023 turun dari capaian tahun 2022 (92,21%). Tren capaian bulanan tahun 2023 juga tampak menunjukkan progres penurunan. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah berusaha 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 Sisrute, namun belum secara maksimal berdampak untuk progres peningkatan perbaikan.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien = **Rp. 13.678.851.194**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.438.404.088** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kegiatan sistem rujukan Sisrute pada tahun 2023 telah diperkuat dengan penyediana 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	Sinergitas kegiataan layanan dan pendidikan di IGD, sehingga peserta didik memang betul betul dipantau oleh DPJP untuk layanan kecepatan yang maksimal
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan peningkatan target indikator menjadi minimal 80%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

5. Terwujudnya kepuasan stakeholder

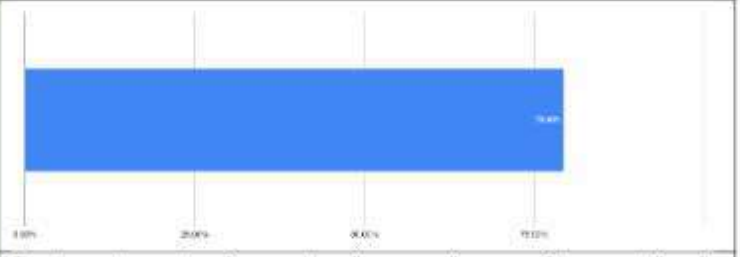
a. Peningkatan kepuasan pasien

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
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 Birokrasl Nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.		Direktorat Layanan Operasional - Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat - Instalasi Promosi Kesehatan, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis - PIC Data dan Informasi : Putu Eka Suwindra Dewi, SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
76,61%	**84,88%**	**≥85%**	**87,24%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil survey yang dilaksanakan oleh IPPB, capaian kepuasan pasien pada tahun 2023 telah mencapai angka 87,24% yang berada di atas target tahun 2023 (≥85%), berada di riwayat capaian tahun 2022 (84,88%) serta standar nasional (76,61%). Tren peningkatan kepuasan dari bulan ke bulan tampak secara positif meningkat selama tahun 2023. Hal ini merupakan wujud dari kepercayaan pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, serta tindak lanjut keluhan dan perbaikan pengalaman pasien selama mendapat pelayanan terus ditingkatkan melalui Kerjasama lintas direktorat dan lintas sektor.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya kepuasan stakeholder = **Rp. 83.393.356.052**
Realisasi Anggaran	**Rp. 53.639.047.492** (64,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Strategi kegiatan survey kepuasan dilaksanakan dengan tujuan Mengetahui tingkat kepuasan masyarakat pengguna pelayanan; Meningkatkan kualitas pelayanan pada Masyarakat; dan Mendorong penyelenggara pelayanan lebih inovatif dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat luas.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan, namun berbasarkan persepsi pasien yang sering menjadi catatan adalah aspek U4 : Kewajaran biaya/ tarif pelayanan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan menetapkan target indikator minimal 85%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Peningkatan kepuasan pegawai

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
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.		Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian - Tim Kerja OSDM - PIC Data dan Informasi : dr. Tri Virgo Wati, MM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**76,98%**	**≥78%**	**79,40%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian ndikator kinerja Peningkatan Kepuasan Pegawai pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 79,40% dari target minimal 78% yang termasuk kategori memuaskan. Capaian tahun 2023 naik dari capaian tahun 2022 (76,98%). 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 Terwujudnya kepuasan stakeholder = **Rp. 83.393.356.052**
Realisasi Anggaran	**Rp. 53.639.047.492** (64,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Survey kepuasan pegawai dilaksanakan tanggal 21 Juni – 21 Agustus 2023, dengan menggunakan sistem SIMARS dalam pengisian survey. Pengisian dilaksanakan secara online untuk berbagai jabatan dan status kepegawaian. Terdapat 1.367 responden yang mengisi survey dengan proporsi 850 PNS (62,18%) dan 517 Non PNS (37,82%).
Permasalahan	Faktor penggajian (remunerasi) dan promosi pegawai menjadi catatan untuk ditingkatkan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 80%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

6. Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat

a. Persentase peningkatan pendapatan PNBP

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Indikator ini bertujuan untuk kemampuan Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan pendapatan PNBP 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.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Jajaran Dit.PK - PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**-13,06%**	**≥10%**	**15,80%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP pada tahun 2023 telah berada di atas target yaitu 15,80% dari target 10%. Capaian tahun 2023 jauh meningkat dari capain tahun 2022 (-13,06%). Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak secara positif meningkat selama tahun 2023. Walaupun PIC Data dan Informasi Indikator ini adalah Direktorat Keuangan dan Perencanaan, namun sumber pendapatan berasal dari seluruh manajemen direktorat lainnya. Komitmen dan monev peningkatan PNBP telah dilaksanakan Bersama dengan baik.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat = **Rp. 15.354.783.212**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.442.699.203** (94,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2023 adalah Rp. **911,853,591,435.91** lebih tinggi dari tahun 2022 di angka Rp. 767.694.441.824,38. Capaian menunjukkan sinergi yang baik seluruh Direktorat dalam pencapaian pendapatan PNBP pada tahun 2023.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan menetapkan target indikator minimal 10%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Rasio PNBP terhadap biaya operasional (POBO)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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). Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Jajaran Dit.PK - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

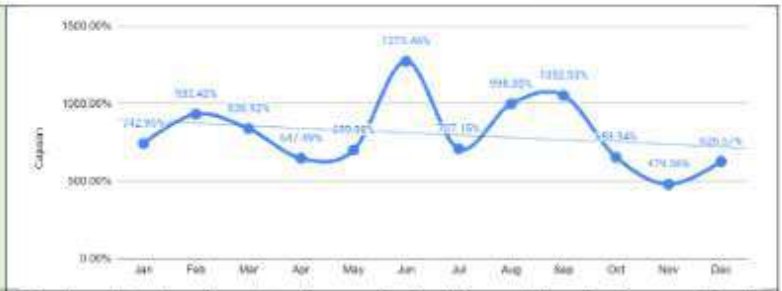
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
≥75% Kemenkeu	**88,80%**	**≥92%**	**97,22%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian IKT Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional pada tahun 2023 telah berada di atas standar (75%) dan target yang ditetapkan (92%), yaitu dengan nilai 97,22%. Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak secara positif meningkat selama tahun 2023. Hal ini menggambarkan terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat = **Rp. 15.354.783.212**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.442.699.203** (94,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kondisi Pendapatan PNBP pada tahun 2023 sebesar Rp. 820. 982.057.135 dan Beban Operasional berada pada angka Rp. 889.049.156.872
Permasalahan	Perlu terus ditingkatkan upaya peningkatan pendapatan secara terus menerus
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan menetapkan target indikator minimal 92%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

c. Current Rasio

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Jajaran Dit.PK - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**816,32%**	**≥550%**	**783,26**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Current Rasio pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 783,26% dari target minimal 550%. Namun terdapat penurunan current ratio dari bulan kebulan tahun 2023, serta menurun dari angka akumulatif tahun 2022 816,32%. Hal ini membutuhkan perhatian dan Analisa yang lebih mendalam dari penanggung jawab indikator untuk memunculkan fluktuasi capain selama tahun 2023. Upaya perbaikan rasio likuiditas untuk mengukur kemampuan rumah sakit untuk membayar utang jangka pendek atau yang jatuh tempo dalam 1 tahun dengan asset lancar yang dimiliki perlu ditingkatkan
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat = **Rp. 15.354.783.212**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.442.699.203** (94,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kondisi Aset Lancar rata-rata tiap bulan pada tahun 2023 berada pada angka Rp. 463.727.133.325 dan Kewajiban Jangka Pendek berada pada angka Rp. 61.151.404.334
Permasalahan	Kendala administratif dokumen tagihan belum lengkap, yang sedikit mengganggu fluktuasi capaian.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 560%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

7. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik

a. Persentase terlaksananya manajemen risiko RS

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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).	Direktorat Layanan Operasional – Seluruh Direktorat – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ni Made Sri Yastini, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**80%**	**≥85%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya manajemen risiko RS pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (80%). Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak secara positif meningkat selama tahun 2023. 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 Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = **Rp. 16.621.800.323**
Realisasi Anggaran	**Rp. 15.604.923.048** (93,9% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	RSUP Prof. Ngoerah memiliki Tim Khusus manajemen Risiko dibawah koordinasi KMRS dan Direktorat Layanan Operasional yang menyelenggarakan kegiatan pemantauan 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 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

b. Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
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.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara - PIC Data dan Informasi : Ni Ni Made Widiasih, SE. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

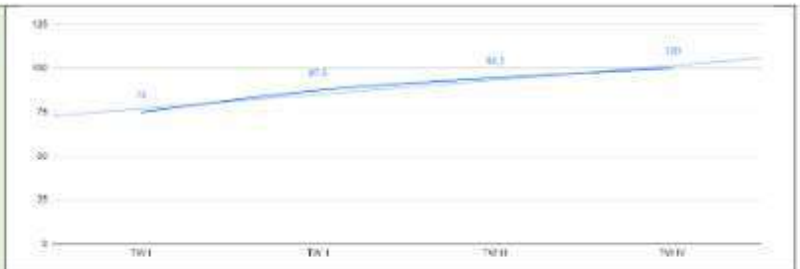
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**100%**	**≥85%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 (100%). Tren peningkatan capaian dari bulan ke bulan tampak menetap 100% selama tahun 2023. 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 Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = **Rp. 16.621.800.323**
Realisasi Anggaran	**Rp. 15.604.923.048** (93,9% dari rencana anggaran sasaran)
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 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

c. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS

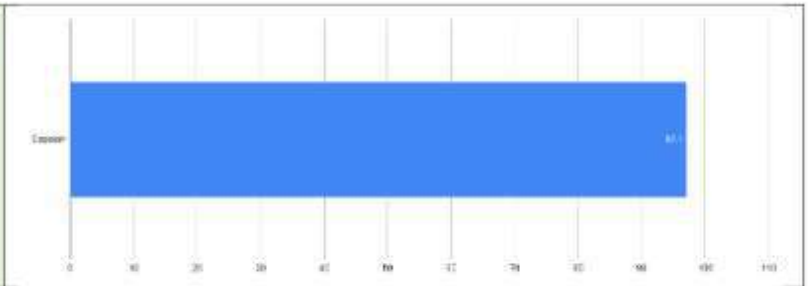
Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Tujuan pemusnahan arsip antara lain adalah untuk efisiensi dan efektivitas kerja, serta penyelamatan informasi arsip itu sendiri dari pihak-pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya. Pemusnahan Arsip adalah kegiatan memusnahkan arsip yang tidak mempunyai nilai kegunaan dan telah melampaui jangka waktu penyimpanan.	Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga - PIC Data dan Informasi : I Gusti Ayu Mirah Tistasari, SH Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**87,5%**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% dari target minimal 100%. Capaian tahun 2023 lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (87,5%). Progres kegiatan triwulan tampak meningkat secara positif selama tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah bekerja keras dalam memenuhi rangkaian kegiatan permusnahan arsip yang terlaksana pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = **Rp. 16.621.800.323**
Realisasi Anggaran	**Rp. 15.604.923.048** (93,9% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Langkah-langkah pemusnahan arsip yaitu sbb: Menerima arsip inaktif dari unit kerja pencipta arsip : Keuangan, ULP,dsb; Penyeleksian Arsip; Pembuatan Daftar Arsip Usul Musnah; Pembentukan Panitia Penilai Arsip; Penilaian Arsip; Permintaan Persetujuan Pemusnahan; Penetapan Arsip yang Akan Dimusnahkan; Pemusnahan Arsip. Pelaksanaan pemusnahan arsip disaksikan oleh Arsiparis Kemenkes, pimpinan unit kerja pencipta/pemilik arsip, Arsiparis RS, Saksi dari Sub Koordinator Hukum & SPI RS
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan menetapkan target indikator minimal 100%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

d. Persentase terlaksananya tata kelola mutu di RS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
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.		Direktorat Layanan Operasional – Seluruh Direktorat – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, M.A.P. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
80% (Paripurna)	**85,97%**	**≥85%**	**97,1%**

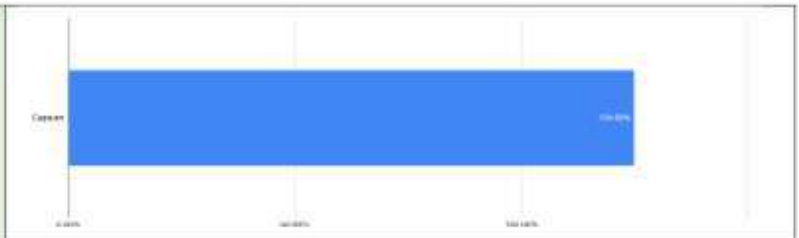
Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS pada Tahun 2023 (per-Maret 2023) telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 97,1% dari target minimal 85%. Capaian tahun 2023 lebih tinggi dari capaian tahun 2022 (85,97%). Kondisi ini telah berada diatas standar akreditasi nasional 80% (Paripurna). Hal ini menggambarkan komitmen penanggung jawab indikator terus berupaya koordinatif ke seluruh pokja menyelenggarakan pemenuhan 16 standar akreditasi.
Rencana Anggaran	Sasaran Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik = **Rp. 16.621.800.323**
Realisasi Anggaran	**Rp. 15.604.923.048** (93,9% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	 Secara koordinatif KMRS memiliki kewajiban untuk mengontrol pokja – pokja dalam pemenuhan standar akreditasi. Seluruh Pokja yang telah mencapai target standar.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan meningkatkan target indikator minimal 90%, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Tahun 2020 - 2024

8. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

a. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya. Indikator ini bertujuan untuk mengetahui persentase pemenuhan jumlah sarana prasarana dan alkes di Rumah Sakit Vertikal, dimana indikator ini terdiri 3 definisi operasional yaitu : persen pemenuhan, persen sarpras dan alkes yang dikalibrasi, dan persen pemenuhan SPA secara keseluruhan	Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga - Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ngurah Utami Wedanti, S.T Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

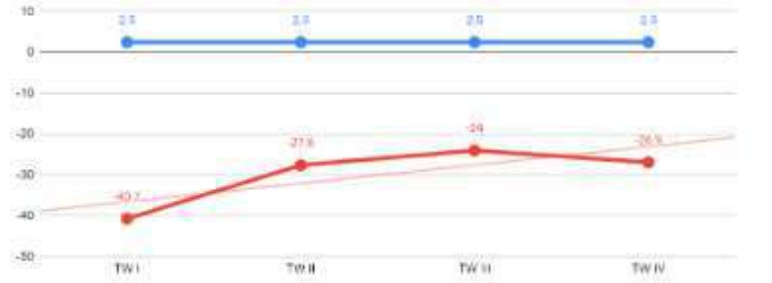
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥95%**	**124,93%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar pada tahun 2023 telah berada di atas target yang ditetapkan yaitu 124,93% dari target minimal 95%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya koordinatif ke seluruh unit, implementasi sistem informasi ASPAK yang komprehensif.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 56.815.907.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 53.550.543.642** (94,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan Kesehatan di RSUP Prof Ngoerah dilaksanakan oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana RS dengan melaksanakan survey lapangan dan penggunaan aplikasi ASPAK. Koordinasi dengan user/stakeholders serta implementasi ASPAK yang optimal menghasilkan capaian yang sesuai bahkan diatas target yang ditetapkan (124,93% dari target 95%) pada tahun 2023. Komponen capaian merupakan komposit dari Persen pemenuhan 92.58% dan Persen prasarana dan alat kesehatan 3962 kegiatan kalibrasi dari 2519 alat (157,28%)
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

9. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik

a. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal adalah selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya x 100%		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : Ni Made Sri Yastini, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥95%**	**124,93%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal pada tahun 2023 telah berada di bawah target yang ditetapkan yaitu -26,90% dari target ≤2,5%. Tren triwulan tampak meningkat, namun masih jauh berada di bawah ambang toleransi target. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya koordinatif ke seluruh KSM, dan pelaksana layanan dalam upaya menurunkan angka kematian rumah sakit dengan perhitungan NDR.
Rencana Anggaran	Sasaran Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik = **Rp. 56.515.669.145**
Realisasi Anggaran	**Rp. 53.796.976.222** (95,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kegiatan yang telah dilaksanakan dalam upaya menurunkan angka kematian di rumah sakit rujukan melibatkan sejumlah faktor yang kompleks dan memerlukan upaya lintas disiplin, diantaranya Peningkatan Kualitas Pelayanan, melalui kompetensi PPA dengan Pelatihan Keterampilan Manajemen Krisis dll. Jumlah kematian ≤ 48 jam tahun 2023 1076 kematian dari 10.407 penderita keluar, yang menurun dari data 2022 1424 kematian dari 9.305 penderita keluar.
Permasalahan	Sistem rujukan dengan kasus kompleks perlu ditingkatkan lagi.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

10. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit

a. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Komite Medis - KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : dr. Sayu Kade Alit Sagitariani, M.Kes. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**2 Kali**	**2 Kali**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (2 kali setahun). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya untuk memenuhi indikator tersebut dengan koordinasi dengan masing-masing pengampu 9 layanan prioritas
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit = **Rp. 14.945.868.306**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.600.627.933** (97,7% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Menunjuk surat dari Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan nomor:YR.01.03/III.1/4246/2023 tertanggal 24 Agustus 2023 hal Permohonan Pelaksanaan Audit Klinis 9 Layanan Prioritas, maka melalui surat ini kami sampaikan terkait Database kasus 10 penyakit periode Januari-Juni 2023 di RSUP Prof.Dr. I.G.N.G Ngoerah sesuai yang dibutuhkan yaitu: 1. Stroke Iskemik, 2. Penyakit Ginjal Tahap Akhir Dengan Indikasi TPG, 3. DM Tipe 2 dengan ulkus ganggren, 4. Sirosis hati dengan perdarahan Varises, 5. Karsinoma Payudara (stadium I, II, IIIA) 6. Seksio Sesarea elektif, 7. Asfiksia Neonatorum, 8. STEMI, 9. DHF Dewasa
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

11. Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP

a. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di RS vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/ VVIP di RS vertikal		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis - KSM Terkait - Instalasi Rawat Jalan - Instalasi Rawat Inap - Instalasi Wing Amerta - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**Sesuai RBA**	**Sesuai RBA**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan 3 layanan yaitu Kanker, Jantung, KIA sesuai RBA. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya untuk memenuhi indikator tersebut yaitu dengan menyelenggarakan pelayanan unggulan Kanker, Jantung, KIA sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Upaya manajemen dan unit terkait dalam rangka meningkatkan jumlah pelayanan pasien private/ non-BPJS di Wing Amerta serta memberikan kepastian pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan non-BPJS di Wing Amerta, Bulan November 2023 diberlakukan pelaksanaan praktek pagi dan sore.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal, dengan perhitungan Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Periode Pelaporan dikurangi Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Periode Sebelumnya sebagai numerator dan Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Pada Periode Sebelumnya sebagai denumerator.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis - KSM Terkait - Instalasi Rawat Jalan - Instalasi Wing Amerta - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥10%**	**20,06%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 20,06% dari target ≥10%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya untuk memenuhi indikator tersebut, melalui perbaikan layanan, dan peningkatan promosi pasien non-BPJS.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Upaya yang telah dilakukan oleh unit terkait khususnya di Wing Amerta untuk mencapai indikator peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP yaitu mengadakan in house learning peningkatan kunjungan pasien non-BPJS pada Bulan September 2023 dan Bulan November 2023 diberlakukan pelaksanaan praktek pagi dan sore di pelayanan unggulan VVIP Wing Amerta. Jumlah kinjungan pasien non-BPJS di Wing Amerta tahun 2023 sebanyak 25.055 kunjungan yang meningkat dari tahun 2022 22.890 kunjungan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

12. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal

a. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
RS Vertikal yang menyelenggarakan kerja sama dengan Rumah Sakit dan/atau institusi Kesehatan di luar negeri dan terkait layanan unggulan pada rumah Sakit Vertikal tersebut. Proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.		Seluruh Direktorat - PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Sindhu Adiputra, MARS, Anak Agung Gede Mayun, SH, Putu Lussyani, SKM, Firdaus Nurman. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Layanan**	**Penetapan Unit Bisnis Kerjasama dengan Korea Selatan**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional pada tahun 2023 telah mencapai target melalui Penetapan Unit Bisnis Kerjasama dengan Korea Selatan.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Telah ditandatangani kerjasama internasional Antara RSUP Prof. Ngoerah dengan Sun Health Care Internasional tentang pengembangan Unit Usaha RSUP Prof. Ngoerah dan Sun Medical Center Wellness Aesthetic Bali Tanggal 7 September 2023. Telah terdapat Struktur Organisasi dan Tata Kelola Unit Usaha yang telah ditetapkan oleh Direktur Utama.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. • Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran *cashless* adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman	Layanan Operasional - Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga - PIC Data dan Informasi : I Dewa Ayu Putu Widya Artati, S.T.,M.T Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥70%**	**308,70%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 308,70% dari target ≥70%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah keseluruhan SRP adalah 710 dari target 230 SRP. Upaya penanggungjawab indikator dan unit terkait dalam pencapaian indikator kinerja adalah dengan rencana pembangunan gedung parkir dengan langkah awal yaitu penataan lahan parkir pengunjung dan parkir dokter spesialis konsultan/ Ka. KSM pada area eks rumah dinas di jalan Pulau Bali. Pemetaan alokasi lahan parkir serta pemberian informasi untuk parkir pengunjung, pegawai, residen, dokter spesialis konsultan, dan lainnya agar tidak mengganggu proses pelayanan kesehatan di rumah sakit.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. • Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran • Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit	Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM - Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	n/a	≥80%	63,37%

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada tahun 2023 tidak mencapai target yang ditetapkan yaitu 63,37% dari target ≥80%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023, namun permasalahan yang dihadapi adalah terkait keterlambatan DPJP dalam melakukan pemeriksaan di rawat jalan yang menyebabkan waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang belum memenuhi target yang telah ditetapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 43.560 pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, hanya 25.387 yang dapat dilayani dalam waktu tidak lebih dari 120 menit. Waktu pemeriksaan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yaitu waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien ***check in*** di RS sampai dengan menerima obat. Kegiatan ini untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Permasalahan	Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Penundaan waktu Operasi Elektif

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM Bedah - Instalasi Bedah Sentral - PIC Data dan Informasi : Ns. Ni Made Bundari, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤3%**	**1,25%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Penundaan waktu Operasi Elektif pada tahun 2023 telah dibawah target yang ditetapkan yaitu 1,26% dari target ≤3%. Tampak tren penurunan kejadian dari bulan ke bulan selama tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah melaksanakan upaya dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggung jawab indikator berkoordinasi dengan pelayanan rawat jalan saat pre-op pasien terkait penyusunan jadwal operasi pasien untuk memastikan kesiapan pasien sebelum operasi dilaksanakan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM - Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**30,50%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik pada tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 30,50% dari target ≥80%. Namun, tampak tren peningkatan ketercapaian dari bulan ke bulan selama tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023, namun terdapat kendala yang harus ditindaklanjuti seperti keterlambatan DPJP ke Poliklinik yang mengakibatkan pelayanan di rawat jalan tidak tepat waktu.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggung jawab indikator berkoordinasi dengan KSM terkait untuk pengaturan jadwal jaga DPJP di Poliklinik agar tidak terjadi benturan jadwal. Dari pihak manajemen mengadakan pendekatan dengan DPJP untuk menggali akar masalah keterlambatan pelayanan dari pihak DPJP untuk dicarikan Solusi untuk permasalahan tersebut agar pelayanan di poliklinik berjalan tepat waktu.
Permasalahan	Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

f. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM - Instalasi Rawat Inap – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, MAP Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
80%	**n/a**	**≥85%**	**93,41%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 93,41% dari target ≥80%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah berupaya maksimal dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggung jawab indikator berkoordinasi dengan KSM terkait untuk pengaturan jadwal jaga DPJP Rawat inap agar tidak terjadi benturan jadwal. Dari pihak manajemen mengadakan pendekatan dengan DPJP untuk menggali akar masalah keterlambatan visite DPJP untuk dicarikan Solusi untuk permasalahan tersebut agar visite DPJP di ruang rawat inap berjalan tepat waktu.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

g. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal 1. Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari 2. Jantung: Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit 3. Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari 4. Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam 5. KIA: 1. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram 6. KIA: 2. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit	Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Indikator tercapai setiap layanan**	**1 Indikator tercapai setiap layanan**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK) pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 indikator tercapai setiap layanan). Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah berupaya dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggung jawab indikator berkoordinasi dengan KSM terkait dalam upaya pencapaian indikator : 1. Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari 2. Jantung: Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit 3. Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari 4. Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam 5. KIA: 1. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram 6. KIA: 2. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

13. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)

a. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS vertikal yang mencapai strata targetnya. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama		Seluruh Direktorat - Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM, Anak Agung Gede Mayun, SH, Firdaus Nurman, dr. Nyoman Sindhu Adiputra, MARS Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Kegiatan**	**1 Kegiatan Pengampuan RSUD Prov. NTB (Menjadi Utama)**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator a. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 kegiatan) yaitu 1 Kegiatan Pengampuan RSUD Prov. NTB.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas) = **Rp. 55.915.986.423**
Realisasi Anggaran	**Rp. 53.192.444.442** (95,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Sepuluh layanan prioritas sebagai bagian dari transformasi layanan rujukan berkualitas telah dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Salah satu bentuk transformasi tersebut adalah pengampuan jejaring rumah sakit, dimana Provinsi NTB menjadi salah satu provinsi yang menjadi wilayah pengampuan layanan kanker, stroke, dan uronefrologi dari RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

14. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal

a. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS vertikal yang mencapai strata targetnya. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna		Seluruh Direktorat - Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM, Anak Agung Gede Mayun, SH, Firdaus Nurman, dr. Nyoman Sindhu Adiputra, MARS Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Kegiatan**	**RSUP Prof. Ngoerah Paripurna=KIA, Uronefro dan Stroke**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 kegiatan) yaitu Paripurnapada layanan KIA, Uronefro dan Stroke.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 32.642.542.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.266.945.594** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Rumah sakit pengampu nasional telah melaksanakan proses pengampuan melalui assesmen kepada RSUP Prof. Ngoerah selama kurun waktu taun 2023
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

15. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan

a. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rumah Sakit Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama		Seluruh Direktorat - Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Seluruh KSM Terkait - PIC Data dan Informasi : Putu Lussyani, SKM, Anak Agung Gede Mayun, SH, Firdaus Nurman, dr. Nyoman Sindhu Adiputra, MARS Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Kegiatan**	**RSUP Prof. Ngoerah 9 Layanan Penyakit Prioritas Strata Utama**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 kegiatan) yaitu 9 Layanan Penyakit Prioritas Strata Utama.
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan = **Rp. 33.909.559.395**
Realisasi Anggaran	**Rp. 33.429.169.439** (98,6% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Rumah sakit pengampu nasional telah melaksanakan proses pengampuan melalui assesmen kepada RSUP Prof. Ngoerah selama kurun waktu taun 2023
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

16. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

a. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan		Direktorat Layanan Operasional – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, M.A.P. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**12 Laporan**	**12 Laporan**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (12 laporan).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. 13 indikator mutu nasional terdiri dari : kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, waktu tunggu rawat jalan, pelaporan hasil kritis laboratorium, kepatuhan penggunaan formularium nasional, kepatuhan terhadap alur kritis (clinical pathway), kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, kecepatan waktu tanggap komplain, kepuasaan pasien, penundaan waktu operasi elektif, Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit, Ketepatan waktu visite Dokter.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

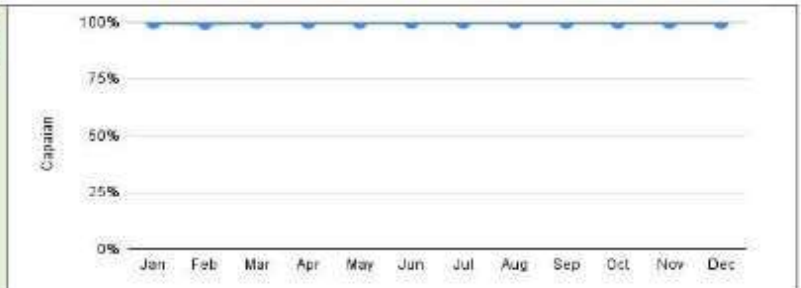
b. Kepatuhan kebersihan tangan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pengendalian Resistensi Antimikroba - PIC Data dan Informasi : Luh Putu Aries Setiawati, S.Kep.,Ners Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**>90%**	**88,97%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kepatuhan kebersihan tangan pada tahun 2023 hampir mencapai target yang ditetapkan yaitu 88,97% dari target ≥90%. Hal ini menggambarkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah berupaya dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023, namun belum mencapai target yang diharapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Audit kepatuhan kebersihan tangan dilakukan dengan menilai apakah petugas pelayanan kesehatan telah melakukan pembersihan tangan sesuai lima indikasi (five moments). Audit dilakukan oleh observer yang telah dilatih. Upaya pembersihan tangan yang benar sesuai dengan rekomendasi WHO.
Permasalahan	Sosialisasi tentang langkah cuci tangan yang benar sesuai rekomendasi WHO agar lebih intens diberikan kepada pemberi layanan kesehatan agar para pemberi layanan kesehatan.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

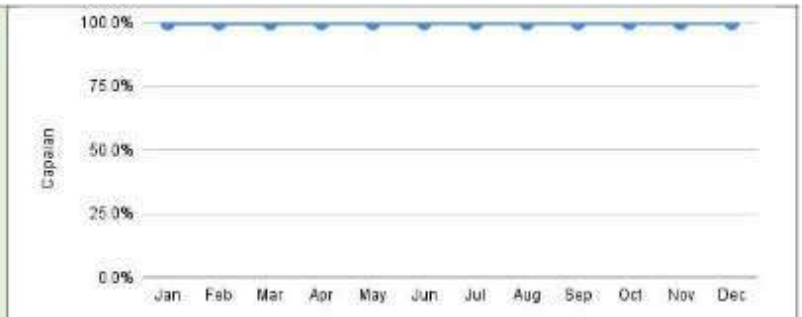
c. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan Tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pengendalian Resistensi Antimikroba - PIC Data dan Informasi : Luh Putu Aries Setiawati, S.Kep.,Ners Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100%). Hal ini menunjukkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya dalam memenuhi target capaian pada tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan Kesehatan pada periode observasi dilakukan oleh observer yang telah dilatih pada periode tertentu.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Kepatuhan identifikasi pasien

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, MAP Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kepatuhan identifikasi pasien pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100%). Pemberi pelayanan telah melakukan indentifikasi pasien secara benar terkait tindakan intervensi pasien seperti : pemberian obat, prosedur tindakan dan prosedur diagnostik.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pemberi pelayanan melakukan indentifikasi pasien secara benar terkait tindakan intervensi pasien seperti : pemberian obat, prosedur tindakan dan prosedur diagnostik.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Waktu tunggu rawat jalan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/ menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**94,52%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Waktu tunggu rawat jalan pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 94,52% dari target ≥80%. Hal ini menunjukkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah melakukan upaya-upaya untuk mempercepat waktu tunggu rawat jalan sehingga pelayanan berjalan dengan lancar.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

f. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Laboratorium Terpadu - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, MAP Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**98,88%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 98,88% dari target 100%. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pelaporan hasil lab kritis menunjukkan kecepatan pelayanan laboratorium dan tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

g. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Instalasi Farmasi - PIC Data dan Informasi : Reza Andriani, Apt., M.Farm. Klin. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥90%**	**98,73%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kepatuhan penggunaan formularium nasional pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 98,73% dari target ≥90%. Hal ini menunjukkan penanggung jawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras memantau agar peresepan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat di Formularium Nasional.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Indikator ini bertujuan terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional. Evaluasi pencapaian indicator dilakukan dengan cara menghitung Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi dengan Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

h. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap Langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit	Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Komite Medis - PIC Data dan Informasi : dr. Sayu Kade Alit Sagitariani, M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

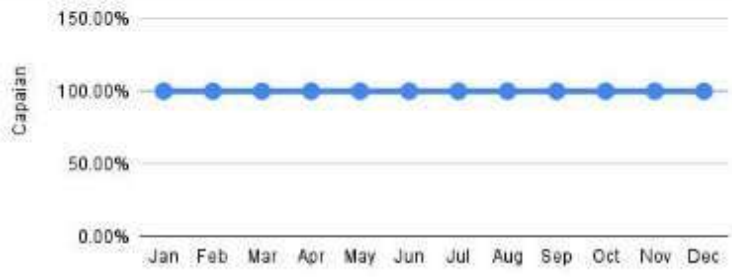
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥85%**	**88,65%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway) pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (88,65% dari target >85%). Penanggungjawab indikator dan unit terkait telah memantau agar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) memberikan pelayanan kepada pasien secara terintegrasi kepada pasien sesuai dengan clinical pathway.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Terdapat 141 Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi, dan 125 diantaranya pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway. Indikator ini bertujuan untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Pemantauan evaluasi dilakukan dengan menghitung Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway dibagi dengan Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

i. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. *Asesmen*t awal risiko jatuh b. *Assesment* ulang risiko jatuh c. *Intervensi* pencegahan risiko jatuh Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.	Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Keperawatan – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, MAP Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

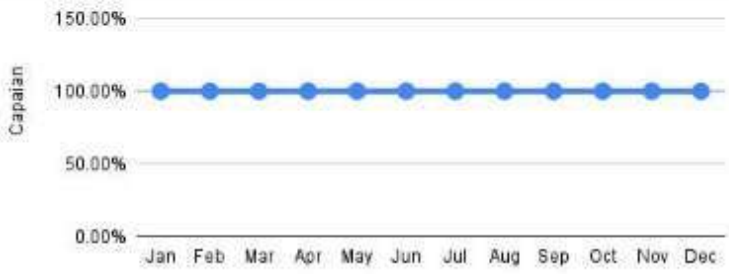
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya melakukan pencegahan dan langkah-langkah proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengatasi potensi risiko yang dapat menyebabkan pasien jatuh.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 29845 Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi, seluruhnya telah mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh. Kepatuhan terhadap upaya pencegahan risiko pasien jatuh merupakan aspek kritis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terutama di lingkungan perawatan seperti rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Beberapa strategi untuk mencegah risiko pasien jatuh yaitu sbb: Penilaian Risiko Pasien, Perencanaan Perawatan Individual, Pengawasan dan Pemantauan, Pendidikan Pasien dan Keluarga, Pelatihan Tenaga Kesehatan, Pemantauan dan Evaluasi Program.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

j. Kecepatan waktu tanggap komplain

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentangwaktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.	Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Keperawatan - Instalasi Promosi Kesehatan, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis - PIC Data dan Informasi : Ni Kadek Eka Kartika Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kecepatan waktu tanggap complain pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% dari target >80%. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait merespon komplain karena setiap komplain pasien harus dianggap sebagai peluang untuk perbaikan dan peningkatan pelayanan. Dengan merespons dengan cepat dan efektif, rumah sakit dapat membangun kepercayaan pasien dan meningkatkan citra lembaga kesehatan.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 5770 Jumlah komplain yang disurvei, seluruhnya ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading. Kecepatan waktu tanggap terhadap komplain di rumah sakit adalah faktor penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menjaga kepuasan pasien. Respon cepat terhadap komplain tidak hanya mencerminkan profesionalisme, tetapi juga dapat membantu mengatasi masalah dengan cepat, mencegah eskalasi, dan memperbaiki pengalaman pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

k. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukan kejadian sentinel Never event nihil		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Keperawatan – Komite Mutu Rumah Sakit - PIC Data dan Informasi : dr. Desak Made Megawati,M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**12 Laporan**	**12 Laporan (0 Sentinel)**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (12 laporan). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya untuk mencapai nol kejadian sentinel, yang menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien yang optimal.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan = **Rp. 196.791.729.177**
Realisasi Anggaran	**Rp. 171.590.821.796** (87,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pencapaian target kejadian sentinel nol membutuhkan kerja sama dan keterlibatan semua anggota tim perawatan kesehatan, serta perubahan budaya dan praktik kerja di seluruh organisasi. Ini merupakan komitmen jangka panjang untuk meningkatkan keselamatan pasien secara berkelanjutan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

17. Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi

a. Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Tersedianya layanan genomik sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequensing genome.		Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian – Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis - PIC Data dan Informasi : dr. Ni Luh Putu Nurhaeni, M.M.,M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Kegiatan**	**Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 kegiatan Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi).
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi = **Rp. 13.787.528.069**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.526.907.938** (98,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Hasil Uji Petik Evaluasi terhadap Implementasi Transformasi Teknologi Kesehatan serta Penyelenggaraan BGSi pada RSUP I G.N.G Ngoerah yang telah dilaksanakan pada tgl 17 Mei 2023 dengan simpulan sebagai berikut: Implementasi Transformasi Teknologi Kesehatan, Proses Integrasi Aplikasi pada platform SatuSehat, Implementasi Rekam Medik Elektronik (RME), Implementasi Penyelenggaraan BGSi, Proses Penunjukan RS Sebagai Hub, Petunjuk Teknis Pelaksanaan Rumah sakit sebagai Hub, penetapan target dan realisasi sebagai Hub dalam penyelenggaraan BGSi, sesuai dengan perjanjian kinerja yaitu 1 kegiatan dan sebanyak 500 sampel.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.		Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian – Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan – Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis - PIC Data dan Informasi : dr. Ni Luh Putu Nurhaeni, M.M.,M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**500 sample**	**500 sample**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (500 sampel). Hal ini menunjukkan bahwa penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras memenuhi jumlah sampel sebanyak 500 sampel di akhir tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi = **Rp. 13.787.528.069**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.526.907.938** (98,1% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Timeline recruitmen dimulai bulan Januari 2023 dimana tercapai sebanyak 78 sampel, pada bulan Mei terakumulatif menjadi 130 sampel, pada akhir tahun 2023 tercapai 500 sampel karen terus menerus dilakukan monitoring dan evaluasi, tindak lanjut untuk mencapai 500 sampel, baik dari alat dan bahan serta reagen yang dipergunakan untuk penelitian tersebut.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

18. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium

a. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital adalah proses menggabungkan dan menyatukan berbagai platform dan alat yang digunakan dalam pengumpulan, analisis, dan pelaporan data surveilans menggunakan teknologi digital.		Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Penunjang – Instalasi SIMRS – Instalasi Laboratorium Terpadu - PIC Data dan Informasi : Rahmat Fajari, S.Kom Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**1 Sistem**	**Sudah ada Prototype Rujukan Pemeriksaan SHK oleh Tim IT**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital pada akhir tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1 sistem: sudah ada Prototype Rujukan Pemeriksaan SHK oleh Tim IT). https://registrasi.rsupsanglah.com/shk/
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium = **Rp. 13.011.516.806**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.880.712.022** (99,0% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Indikator ini bertujuan meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium, progress sistem /aplikasi rujukan pemeriksaan SHK di RSUP Prof Ngoerah dipantau secara berkala oleh penanggungjawab indikator, dimana kegiatan ini melibatkan tim IT, tim laboratorium, tim evaluasi program dan manajer pelayanan dan jajarannya.
Permasalahan	Implementasi perlu dilaksanakan awal tahun 2024
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

19. Indikator RPJMN

a. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.		Direktorat Medis, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Obstetri & Ginekologi – Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : Ni Wayan Murniati, S.S.T, Ni Luh Putu Juliathi Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
30 Menit	**n/a**	**≤30 menit**	**14,52 menit**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu rata-rata 14,52 menit dari target 30 menit. Tren bulanan juga tampak menurun dari bulan ke bulan tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya memantau kecepatan waktu tanggap operasi seksio sesarea karena kecepatan dalam melakukan seksio sesarea emergensi dapat memiliki dampak langsung pada kesehatan ibu dan bayi. Idealnya, waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi harus secepat mungkin sesuai dengan kebutuhan medis dan keadaan klinis.
Rencana Anggaran	Sasaran Indikator RPJMN = **Rp. 37.184.881.698**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.164.310.070** (91,9 % dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Keputusan untuk melakukan seksio sesarea emergensi harus dibuat secepat mungkin oleh DPJP setelah memahami bahwa ada indikasi darurat, seperti kesulitan jantung janin, perdarahan hebat, atau kondisi darurat lainnya. Tim operasi harus dapat dimobilisasi dengan cepat setelah keputusan dibuat. Ketersediaan personel medis yang terlatih dan peralatan medis yang diperlukan adalah kunci untuk mengurangi waktu tanggap.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

20. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

a. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.		Seluruh Direktorat – Satuan Pemeriksa Intern - PIC Data dan Informasi : Ni Made Tina Sri Meigawati,SE, I Gusti Putu Sandiawan,SE, I Komang Sudarmaja,SE, Gede Made Wisnu Suarthana,SE, Firdaus Nurman, Luh Putu Evi Hendrawati.SE, Sri Panggih, S.H.,M.H, Ns. I Made Artana, SST, S.Kep, M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥92.5%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target ≥92,5%).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan = **Rp. 36.993.320.542**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.499.246.500** (93,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah Rekomendasi yang Tuntas adalah 8 rekomendadi. Tindak lanjut terhadap rekomendasi ini penting untuk memastikan efektivitas dan akuntabilitas dalam pengelolaan sumber daya publik, termasuk di bidang kesehatan. Pada tanggal 14-16 Agustus 2023 telah disusun berita acara desk tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan atas Sistem Pengendalian Intern dan Kepatuhan peraturan perundang-undangan Kementerian Kesehatan di RSUP Prof. Ngoerah Denpasar.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : I Gusti Putu Sandiawan, SE. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**>95%**	**102,69%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU pada akhir tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 102,69% dari target ≥95%. Tren bulanan nampak meningkat positif sari bulan ke bulan tahun 2023. Peningkatan membanggakan pada akhir tahun 2023 dimana pendapatan melebihi target yang telah ditetapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan = **Rp. 36.993.320.542**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.499.246.500** (93,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pendapatan diperoleh Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya, penanggungjawab indikator meningkatkan promosi, penambahan jadwal operasi, telah dilakukan untuk meningkatkan kunjungan pasien dan meningkatkan pendapatan. Jumlah pendapatan sebesar Rp. 911 .853 .591 .435, dari target 888 Miliar.
Permasalahan	Akselerasi semangat peningkatan pendapatan untuk seluruh direktorat perlu terus dilaksanakan sepanjang tahun 2024
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : I Komang Sudarmaja,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥97%**	**113%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (113% dari target ≥97%).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan = **Rp. 36.993.320.542**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.499.246.500** (93,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Monitoring dan evaluasi serapan anggaran terus menerus dilaksanakan dengan kolaborasi lintas direktorat sesuai dengan kebutuhan anggaran yang telah direncanakan
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : I Komang Sudarmaja,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥95%**	**122,98%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (122,98%dari target ≥95%).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan = **Rp. 36.993.320.542**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.499.246.500** (93,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Monitoring dan evaluasi serapan anggaran terus menerus dilaksanakan dengan kolaborasi lintas direktorat sesuai dengan kebutuhan anggaran yang telah direncanakan
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Persentase nilai EBITDA Margin

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana, SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥15%**	**15,84%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase nilai EBITDA Margin pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (15,84% dari target ≥15%).
Rencana Anggaran	Sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan = **Rp. 36.993.320.542**
Realisasi Anggaran	**Rp. 34.499.246.500** (93,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Monitoring dan evaluasi pendapatan, beban operasional dan serapan anggaran terus-menerus dilaksanakan dengan kolaborasi lintas direktorat sesuai dengan kebutuhan anggaran yang telah direncanakan
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

21. IKT Aspek Klinis

a. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Neurologi – Instalasi Rawat Inap - PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Widyantara, M. Biomed Sp.S (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**94,94%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 94,94% dari target ≥80%. Tren perbaikan secara positif meningkat dari bulan kebulan tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya namun perlu ditekankan bahwa pemulangan yang cepat harus selalu diiringi dengan pemantauan dan perawatan yang memadai di luar rumah sakit, KIE untuk keluarga pasien untuk memastikan pemulihan yang optimal.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Terdapat 268 pasien stroke yang dirawat, dan 252 pasien diantaranya dengan LOS tidak lebih dari 7 hari. Pasien dengan stroke iskemik yang memiliki Length of Stay kurang dari 7 hari menunjukkan bahwa mereka tidak memerlukan rawat inap dalam waktu yang lama setelah mengalami stroke. Beberapa strategi yang dilakukan yaitu : Pemberian penanganan awal yang cepat dan efektif, Evaluasi dan diagnosis cepat mengenai jenis stroke, sebabnya, Kriteria Pemulangan yang Memadai, Perencanaan pemulangan yang baik melibatkan koordinasi antara tim perawatan, pasien, dan keluarganya untuk memastikan bahwa semua persiapan untuk pemulangan telah dilakukan. Keterlibatan Pasien dalam Perawatan, Keterlibatan Pasien dalam Perawatan, Sistem perawatan kesehatan yang efisien dan terintegrasi dapat membantu mengoptimalkan proses perawatan, meminimalkan waktu tunggu, dan meningkatkan pengalaman pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi (semua jenis mastektomi)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Kanker – Instalasi Kanker Terpadu - PIC Data dan Informasi : Ns. Luh Gede Lisnawati, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**81,76%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 81,76% dari target ≥80%. Tren perbaikan secara positif meningkat dari bulan kebulan tahun 2023 Hal ini menggambarkan bahwa penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya karena indikator ini bertujuan agar perawatan pasien kanker payudara dengan mastektomi sesuai dengan yang direncanakan.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat dengan mastektomi di rawat inap adalah 148 orang, 121 diantaranya dirawat tidak lebih dari 5 hari. Mastektomi radikal sendiri adalah prosedur bedah untuk mengangkat seluruh payudara, termasuk jaringan kelenjar getah bening di sekitarnya. Pasien yang menjalani mastektomi radikal tanpa komplikasi biasanya memerlukan perawatan pascaoperasi dan pemantauan untuk memastikan pemulihan yang optimal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. "Door To Balloon" Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤90 menit.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler – Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu - PIC Data dan Informasi : dr. Hendy Wirawan, Sp.JP, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator a. "Door To Balloon" Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI pada Akhir Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan 100% dari target ≥80%. Tren perbaikan secara positif meningkat dari bulan kebulan tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya mencapai target yg telah ditetapkan, pada grafik tampak peningkatan capaian pada bulan Agustus yang berlangsung hingga akhir tahun 2023 mencapai 100%.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa langkah kunci dalam mencapai "Door To Balloon" Time ≤ 90 menit pada STEMI yaitu : evaluasi cepat di unit gawat darurat (ed), aktivasi Tim Jantung Koroner, pemberian obat trombolitik (jika perlu), transfer cepat ke Unit Kateterisasi Jantung, prosedur kateterisasi jantung, monitoring pasien dan perawatan lanjutan, edukasi dan tindak lanjut untuk pasien dan keluarga mengenai perawatan lanjutan dan tindak lanjut setelah perawatan akut.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam

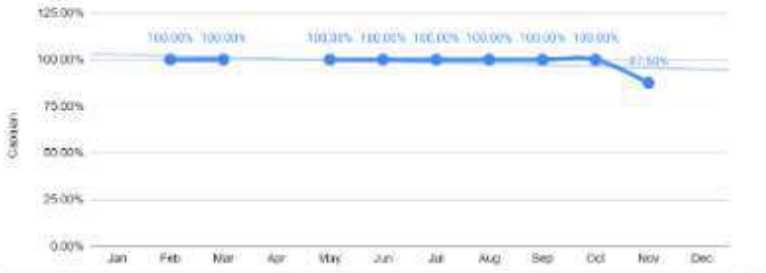
Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialysis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam – Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Paramita Ayu, Sp.PD-KGH Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% dari target >80%. Tren perbaikan secara positif meningkat dari bulan kebulan tahun 2023. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya melakukan Intervensi dialysis karena harus segera dilakukan pada beberapa situasi yang disebut "CITO" (Cepat, Darurat) untuk meminimalkan komplikasi yang mungkin timbul akibat penumpukan racun dalam tubuh.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Intervensi dialisis CITO dilakukan dalam waktu 1x24 jam untuk mengatasi masalah-masalah ini dengan cepat. Setiap keputusan untuk melakukan dialisis harus dibuat oleh tim medis yang merawat pasien, dan penilaian yang cermat harus dilakukan terkait manfaat dan risiko dari tindakan tersebut. Perawatan ini dapat melibatkan jenis dialisis tertentu, seperti hemodialisis atau dialisis peritoneal, tergantung pada kebutuhan dan kondisi pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gr

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
a. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1000 gram - <1500 gram b. Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram - <1500 gram adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir sangat rendah 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada pada periode perhitungan (dalam persentase).	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Kesehatan Anak – Instalasi KIA - PIC Data dan Informasi : Ni Ketut Sunarthi, SST Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**96%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gr pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% dari target ≥80%. Hal ini menggambarkan bahwa penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya memenuhi indikator dengan kerja sama tim medis yang melibatkan neonatologis, perawat NICU, ahli gizi, dan spesialis lainnya. Setiap langkah perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan individu bayi dan respons terhadap perawatan yang diberikan.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah seluruh BBLSR 1000 gram <1500 gram yang dirawat pada periode 2023 adalah 25, 24 diantaranya berhasil pulang hidup. Beberapa aspek yang dilakukan dalam menangani bayi bblsr dengan berat 1000 gram hingga < 1500 gram sbb: perawatan di unit perinatologi neonatal, perawatan suhu tubuh, nutrisi yang adekuat sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi premature, bantuan pernapasan seperti penggunaan ventilator atau CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) mungkin diperlukan untuk membantu bayi bernapas, monitoring tekanan darah, detak jantung, dan fungsi kardiovaskular lainnya; tindakan pencegahan dan pemantauan infeksi, perawatan mata dan kulit, stimulasi perkembangan, orang tua perlu mendapatkan dukungan psikososial yang adekuat, termasuk informasi tentang kondisi bayi, keterlibatan dalam perawatan, dan dukungan emosional.
Permasalahan	belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

f. Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Obstetri & Ginekologi – Instalasi KIA - PIC Data dan Informasi : Ni Luh Putu Melani Cintia Dewi, S.Tr.Keb Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<30%**	**0%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit pada Tahun 2023 telah dibawah target yang ditetapkan yaitu 0% dari target <30%. Hal ini menggambarkan penanggungjawab dan unit terkait berupaya mencegah kematian ibu dengan tindakan medis yang cepat dan tepat diperlukan untuk mengelola pre-eklampsia dan eklampsia guna mengurangi risiko kematian ibu.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Klinis = **Rp. 14.278.533.917**
Realisasi Anggaran	**Rp. 14.042.935.867** (98,3% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsia pada periode perhitungan 2023 sebanyak 251 pasien, dan tidak ada kejadian kematian. Penanggungjawab indikator telah mengusulkan pelatihan rutin penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal dan mengadakan simulasi penanganan kegawatdaruratan secara rutin dua kali setahun selama tahun 2023
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

22. IKT Aspek Keuangan

a. Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset, baik aset pada BLU aset pihak lain. Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset adalah sebagaimana yang dimaksudkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Pasal 127 s.d. 168). Pendapatan dari hasil pengelolaan aset tersebut adalah pendapatan PNBP BLU yang telah disahkan selama periode waktu penghitungan realisasi capaian.	Direktorat Keuangan – Tim Kerja Akuntansi dan BMN – PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**10%**	**15,0**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU Tahun 2023 berada di atas target yang ditetapkan yaitu 15% dari target 10%. Secara umum, manajemen aset organisasi secara efektif dan efisien telah dapat dimaksimalkan untuk mencapai tujuan.
Rencana Anggaran	Sasaran IKT Aspek Keuangan = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Adapun kegiatan pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (2022) adalah Rp. 14.255.513.036., dengan Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (2023) adalah 16.392.599.417
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

23. Transformasi RSV

a. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter: Trombosit, Eritrosit, Hemoglogin ,Hematokrit, Leukosit, MCH,MCHC,MCV) mulai dari pasien terdaftar diloket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Penunjang – Instalasi Laboratorium Terpadu - PIC Data dan Informasi : I Gusti Ngurah Wira Tanaya, Amd.Kom Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**71,14%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL) pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 71,14% dari target ≥80%, namun terlihat pada grafik bahwa terdapat peningkatan capaian pada Bulan September dan Desember 2023. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait melakukan rencana aksi perbaikan setiap triwulan selama tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Upaya yang dilakukan oleh penanggungjawab indikator dan unit terkait untuk mencapai target waktu pemeriksaan laboratorium (WPL) yaitu : Memperbantukan satu tenaga transporter dari Laboratorium Patologi Anatomi, a/n Nyoman Mudana mulai April 2023 dan Meningkatkan kinerja staf admin dan analis menyeleksi dan mendahulukan spesimen darah untuk pemeriksaan Darah Lengkap (DL).
Permasalahan	Tidak mencapai target karena 3 minggu Petugas bantuan Porter tidak bertugas, dan petugas sampling hanya dibantu menggunakan pneumatictube saja
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Waktu yang diperlukan untuk 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras mulai dari pasien terdaftar di pendaftaran radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Penunjang – Instalasi RIR - PIC Data dan Informasi : Desak Nyoman Mahayani, A.Md Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**85,64%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 85,64% dari target ≥80%. Hal ini menggambarkan bahwa penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya agar waktu tunggu pelayanan radiologi sesuai dengan target yang telah ditetapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Waktu tunggu pelayanan Radiologi diharapkan <60 menit yaitu pelayanan dengan Kriteria Inklusi: Pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras. Sedangkan Kriteria Eksklusi: • Pasien yang tidak dating pada waktu yang Ditentukan atau saat dipanggil oleh Petugas radiologi. • Pemeriksaan yang memerlukan konfirmasi ulang klinisi/DPJP • Kerusakan alat dan system Tidak dimasukkan dalam perhitungan capaian indikator Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR).
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Pembatalan Operasi Elektif

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Bedah - Instalasi Bedah Sentral - PIC Data dan Informasi : Ns. Ni Made Bundari, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤3%**	**0,01%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator pembatalan Operasi elektif pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 0,01% dari target ≤3%. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerjasama dan berkoordinasi dengan baik sejak preoperatif hingga penyusunan jadwal operasi elektif untuk meminimalisasi kemungkinan pembatalan operasi.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggungjawab indikator berkoordinasi dengan layanan rawat jalan melakukan Praevaluasi Pasien yaitu meLakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi kesehatan pasien sebelum jadwal operasi kemudian memastikan bahwa semua uji laboratorium dan evaluasi praoperatif telah dilakukan dan hasilnya memadai. Identifikasi dan kelola risiko potensial yang dapat mempengaruhi jadwal operasi selanjutnya membuat protokol darurat dan rencana kontingensi untuk mengatasi situasi yang mungkin muncul.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi ≤ dari 4 jam		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait - Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : Ns. I Putu Budiarsana, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥90%**	**46,66%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 46,66% dari target ≥90%, namun beberapa upaya telah dilaksanakan oleh penanggungjawab inikator dan unit terkait, yaitu sbb: berkoordinasi dengan Instalasi Rawat Inap terkait percepatan pemulangan pasien, berkoordinasi dengan DPJP terkait penetapan perpindahan pasien, berkoordinasi dengan IT terkait pembuatan sistem indikator pasien masuk rawat inap, berkoordinasi dengan PJ ruang IGD dan PJ admission terkait percepatan perpindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya meningkatkan peran Kepala Instalasi untuk mempercepat perpindahan pasien yang ada di triage setiap pagi agar cepat pindah ke ruang rawat inap, bersama dengan IT membuat sistem monitoring pasien masuk ruang rawat inap <1 jam, penetapan definisi operasional terkait Boarding Time, monev PJ terkait percepatan pemindahan pasien dari triage ke rawat inap dan rapat rutin aliran pasien (patient flow) setiap bulan.
Permasalahan	Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan *delay* yang mengakibatkan waktu pelayanan rawat darurat masih lebih dari 4 jam.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien yang direncanakan pulang pada H-1 (pulang sebelum pukul ≤12.00 waktu setempat di hari berikutnya)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Keperawatan – KSM Terkait - Instalasi Rawat Inap - PIC Data dan Informasi : Ns. I Made Udayana , SST,SH.SKep.,MKes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥90%**	**99,27%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1 pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 96,30% dari target ≥90%. Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah memastikan kelancaran proses pemulangan pasien, memberikan edukasi yang diperlukan, dan memastikan bahwa persiapan pasien dan keluarga telah dilakukan dengan baik sebelum pulang.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa upaya yang dilakukan untuk meningkatkan realisasi pasien yang direncanakan pulang h-1 yaitu: mendiskusikan rencana pemulangan dengan pasien dan keluarganya sehingga mereka memiliki pemahaman yang jelas tentang langkah-langkah selanjutnya, mengedukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai perawatan pasca-pulang, obat-obatan yang akan diambil, dan tanda-tanda peringatan yang perlu diperhatikan, memastikan kondisi pasien stabil dan siap untuk dipulangkan. Pemantauan kondisi pasien dapat mencakup pemeriksaan vital, evaluasi hasil tes, dan penilaian klinis oleh tim medis.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

f. Waktu Masuk Rawat Inap

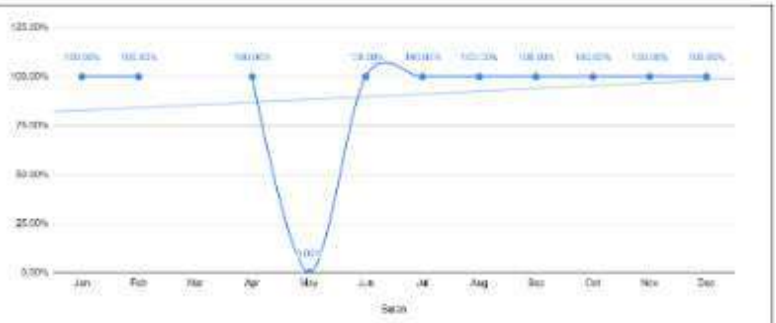
Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalan dan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di admission rawat inap sampai dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap ≤ 60 menit.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Keperawatan – KSM Terkait - Instalasi Rawat Inap - PIC Data dan Informasi : Ns. Ni Nyoman Gunahariati, S.Kep, MM Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥90%**	**52,14%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator waktu masuk rawat inap pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 52,14% dari target ≥90%, namun beberapa upaya telah dilaksanakan oleh penanggungjawab inikator dan unit terkait, yaitu: berkoordinasi dengan Instalasi Rawat Inap terkait percepatan pemulangan pasien, berkoordinasi dengan DPJP terkait penetapan perpindahan pasien, berkoordinasi dengan IT terkait pembuatan sistem indikator pasien masuk rawat inap, berkoordinasi dengan PJ ruang IGD dan PJ admission terkait percepatan perpindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV = **Rp. 14.687.448.823**
Realisasi Anggaran	**Rp. 13.885.007.137** (94,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Rencana aksi yang telah dilakukan penanggungjawab indikator dan unit terkait pada semester 2 tahun 2023 yaitu : meningkatkan peran Kepala Instalasi untuk mempercepat perpindahan pasien yang ada di triage setiap pagi agar cepat pindah ke ruang rawat inap, bersama dengan IT membuat sistem monitoring pasien masuk ruang rawat inap <1 jam, penetapan definisi operasional terkait Boarding Time, monev PJ terkait percepatan pemindahan pasien dari triage ke rawat inap dan rapat rutin aliran pasien (patient flow) setiap bulan.
Permasalahan	Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan *delay* yang mengakibatkan waktu masuk ruang rawat inap lebih dari 1 jam.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

24. Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)

a. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Neurologi - Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Widyantara, M. Biomed Sp.S (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**96,30%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤30 Menit pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 96,30% dari target ≥80%. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai jenis stroke (ischemic atau hemoragik) dan memastikan bahwa pasien memenuhi kriteria untuk menerima terapi trombolitik seperti alteplase.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pentingnya kecepatan dalam melakukan pemeriksaan ini sangat krusial karena hasilnya akan memengaruhi keputusan pengobatan segera. Terapi trombolitik seperti alteplase hanya dapat diberikan pada pasien dengan stroke iskemik dan harus dimulai secepat mungkin. Penting untuk berkoordinasi dengan tim medis, termasuk dokter neurologi dan radiolog, untuk memastikan bahwa hasil CT Scan segera dinilai dan keputusan pengobatan dapat diambil dengan cepat. Selain itu, CT Scan kepala dapat membantu dalam evaluasi awal untuk menentukan penyebab stroke, seperti trombosis pembuluh darah atau adanya bekuan darah.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

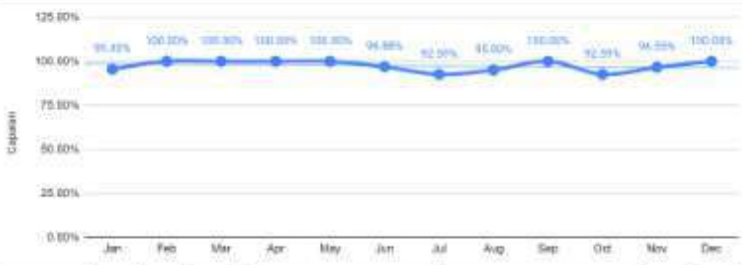
b. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Neurologi - Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Widyantara, M. Biomed Sp.S (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target >80%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait menyelenggarakan pelayanan cepat dan responsif untuk mampu menyelamatkan pasien stroke.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pemberian terapi rTPA (recombinant Tissue Plasminogen Activator) intravena merupakan salah satu tindakan yang umum dilakukan pada pasien stroke iskemik yang memenuhi kriteria dan mendapatkan perawatan dalam waktu kurang dari 4,5 jam sejak onset gejala. rTPA adalah obat trombolitik yang dapat membantu melarutkan gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah otak, memungkinkan aliran darah kembali ke area yang terkena.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Neurologi - Instalasi Gawat Darurat - PIC Data dan Informasi : dr. I Wayan Widyantara, M. Biomed Sp.S (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥90%**	**97%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien Stroke Iskemik pulang dalam kondisi hidup pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (97% dari target ≥90%) dimana penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras untuk pencapaian target indikator tersebut yang ditunjukkan oleh grafik diatas perbulannya mencapai persentase diatas target yang telah ditetapkan.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa upaya yang telah dilakukan oleh penanggungjawab indikator dan unit terkait yaitu : penanganan awal yang cepat, program rehabilitasi yang komprehensif setelah fase akut stroke sangat penting. Ini dapat mencakup fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, dan program rehabilitasi lainnya untuk membantu memulihkan fungsi yang terpengaruh. Faktor-faktor kesehatan seperti riwayat penyakit kronis, keberlanjutan faktor risiko (seperti tekanan darah tinggi, diabetes), dan kondisi medis lainnya dapat mempengaruhi prognosis dan pemulihan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

25. Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)

a. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atau anthracycline based di ruang rawat inap		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Kanker - Instalasi Kanker Terpadu - PIC Data dan Informasi : Ns. Luh Gede Lisnawati, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**96,39%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (96,39% dari target ≥80%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerja dengan baik mengoptimalisasi perawatan kemoterapi di rawat inap selama 3 hari.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER) = **Rp. 33.409.643.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kemoterapi melalui standarisasi kompetensi perawat sebagai upaya meningkatkan keselamatan pasien, dengan menekankan efektifitas dan efisiensi layanan, upaya mencegah paparan kemoterapi terhadap lingkungan, petugas, dan pengunjung maka perlu dilakukan pelayanan kemoterapi terpusat yaitu di ruangan Sanjiwani, Mahottama lantai 2, ruang Angsoka 2 dan ruang Pudak.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

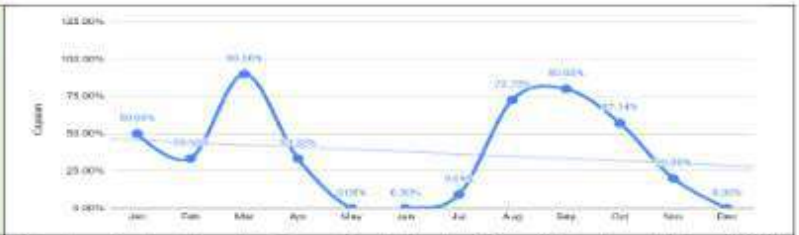
b. Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atau anthracycline based di ruang rawat jalan (rawat sehari atau one day care) dan sesuai dengan CP rumah sakit		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Kanker - Instalasi Kanker Terpadu - PIC Data dan Informasi : Ns. Luh Gede Lisnawati, S.Kep - Ns. Ni Made Adi Yudari, S.Kep Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**99,59%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (99,59% dari target ≥80%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah memastikan pelayanan ODC kemoterapi kanker payudara telah sesuai dengan Clinical Pathway.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER) = **Rp. 33.409.643.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Upaya peningkatan kualitas pelayanan kemoterapi melalui standarisasi kompetensi perawat sebagai upaya meningkatkan keselamatan pasien, dengan menekankan efektifitas dan efisiensi layanan, upaya mencegah paparan kemoterapi terhadap lingkungan, petugas, dan pengunjung maka perlu dilakukan pelayanan kemoterapi terpusat dengan penetapan sebagai berikut : Pelayanan Kemoterapi Rawat Jalan 1. Poliklinik kemoterapi merupakan ruangan untuk melakukan pelayanan kemoterapi rawat jalan (one day care) untuk pasien dewasa 2. Ruang ODC (one day care) merupakan ruangan untuk melakukan pelayanan kemoterapi rawat jalan (one day care) untuk pasien anak anak
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Overall treatment time (OTT) atau waktu yang diperlukan bagi pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menyelesaikan radiasi eksterna (tanpa booster) tidak lebih dari 40 hari kalender. Booster adalah radiasi eksterna tambahan setelah DPJP melakukan evaluasi rutin kondisi pasien selama radiasi.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait Kanker - Instalasi Kanker Terpadu - PIC Data dan Informasi : dr. Ngakan Putu Daksa Ganapati, Sp.Onk.Rad Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**39,39%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan (39,39% dari target ≥80%), namun penanggungjawab indikator dan unit terkait telah berupaya meningkatkan capaian dengan melaksanakan pelayanan Radioterapi pada hari libur, dimana pasien dapat melakukan pendaftaran online dengan mengikuti aturan pendaftaran online dimana pada pilihan hari libur (saat radioterapi buka), maka yang tampak pada sistem hanya pilihan pelayanan radioterapi-cobalt, radioterapi-konsultasi, radioterapi-linac.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER) = **Rp. 33.409.643.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,2% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Berdasarkan surat edaran Direktur Utama nomor YR.01.02/D.XVII.1.1.2/140/2023, tanggal 31 Juli 2023, maka dilaksanakan Pelayanan Radioterapi Di Hari Libur. Pelayanan hari libur yang dimaksud yaitu pelayanan saat hari libur nasional/keagamaan (kecuali Hari Raya Galungan dan Hari Raya Nyepi). Tidak termasuk hari sabtu dan minggu. Pelayanan yang dilayani yaitu pelayanan radiasi eksterna dan kontrol. Pelayanan pasien konsultasi baru, simulasi, dan verifikasi tidak dilayani saat hari libur Pasien dapat melakukan pendaftaran online dengan mengikuti aturan pendaftaran online dimana pada pilihan hari libur (saat radioterapi buka), maka yang tampak pada sistem hanya pilihan pelayanan radioterapi-cobalt, radioterapi-konsultasi, radioterapi-linac.
Permasalahan	Salah satu penyebab ketidaktercapaian indikator adalah jumlah hari kerja efektif yang lebih pendek daripada rumah sakit vertikal lain, namun permasalahan ini diupayakan solusi dengan pengajuan proposal upah lembur untuk petugas yang bekerja diluar hari efektif untuk memperlancar pelayanan Radioterapi di hari libur.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

26. Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)

a. Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Terapi reperfusi dengan farmakokinetik/ door to needle time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk IGD hingga dilakukan tindakan trombolitik. Waktu door to needle yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 30 menit		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler - Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu - PIC Data dan Informasi : dr. Hendy Wirawan, Sp.JP, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	n/a (hanya 2 kasus Juli dan September 2023)
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Terapi Fibrinolitik : "Door To Needle" ≤ 30 Menit pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target >80%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif serta menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kriteria inklusi indikator ini adalah Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI). Dalam konteks serangan jantung, fibrinolitik digunakan untuk melarutkan bekuan darah (pembekuan) yang menyebabkan serangan jantung, dan pemberian fibrinolitik ini seharusnya dilakukan sesegera mungkin untuk meningkatkan kemungkinan keselamatan dan pemulihan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

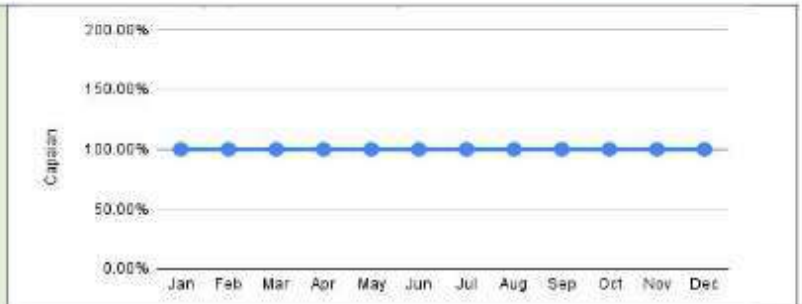
b. Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction ≥ 60% (Isolated; hanya ada kelainan koroner tanpa kelainan katup)(Severitas 1)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler - Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu - PIC Data dan Informasi : dr. Komang Adi Paramarta, Sp.BTKV. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<10%**	**Tidak Ada Kasus**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1 pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (tidak ada kasus dari target <10%). Selama tahun 2023 tidak ditemukan adanya kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction ≥ 60%.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kriteria inklusi dari penghitungan indikator ini adalah Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI), dengan kriteria eksklusi sbb : • Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama • Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan • Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer. • Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan. • Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik • Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syok kardiogenik) ≤ 5 hari dan keluar hidup.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler - Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu - PIC Data dan Informasi : dr. Hendy Wirawan, Sp.JP, M.Biomed. Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥95%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1 pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target >95%). Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus STEMI dengan klasifikasi Killip 1 mencerminkan keberhasilan dalam stabilisasi dan manajemen awal pasien. Namun, perlu diingat bahwa lama rawat dapat bervariasi tergantung pada kebutuhan spesifik pasien dan rencana perawatan yang diambil oleh tim medis. Penting untuk berkomunikasi dengan tim perawatan kesehatan yang merawat pasien untuk mendapatkan informasi yang lebih rinci dan relevan terkait kondisi pasien, rencana perawatan, dan lama rawat yang direkomendasikan dalam kasus tertentu.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Lama rawat pasien STEMI dengan klasifikasi Killip 1 umumnya lebih pendek daripada pasien dengan klasifikasi yang lebih tinggi, karena pasien Killip 1 biasanya tidak mengalami gagal jantung akut yang signifikan. Lama rawat pasien STEMI bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk kondisi medis keseluruhan, hasil intervensi atau prosedur, dan rencana pemantauan pasca-serangan jantung.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

27. Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)

a. Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Target Adekuasi: • spKt/V > 1,8 untuk 2x seminggu • spKt/V > 1,2 untuk 3x seminggu • stdKt/V mingguan > 2,1 untuk frekuensi selain diatas		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Paramita Ayu, Sp.PD-KGH Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥60%**	**63,26%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (63,26% dari target ≥60%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penetapan Standar klinis dilaksanakan dengan baik. Tujuan utama HD adalah memberikan pasien pengobatan yang cukup dan aman, yang berkontribusi terhadap kebugaran fisik yang lebih baik dari pasien serta mencegah komplikasi lebih lanjut akibat uremia. Pemberian dialisis membutuhkan beberapa pengukuran untuk menilai apakah dosis yang diberikan telah adekuat untuk pasien; batasan adekuasi sulit ditentukan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Persentase pasien yang menjalani CAPD dari keseluruhan pasien PGTA yang menjalani dialisis		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - Instalasi Rawat Jalan - PIC Data dan Informasi : dr. Nyoman Paramita Ayu, Sp.PD-KGH Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥3%**	**10,21%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator pencapaian pasien CAPD dibandingkan seluruh pasien yang menjalani Dialisis pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (10,21% dari target ≥3%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait karena beberapa studi menunjukkan bahwa pasien CAPD dapat merasakan peningkatan kualitas hidup karena fleksibilitas dan kemampuan untuk menjalani perawatan di rumah. Untuk hemodialisis dapat memerlukan perjalanan ke pusat dialisis dan waktu yang lebih terbatas, tetapi tingkat kenyamanan dan kualitas hidup dapat bervariasi.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Penetapan Standar klinis dilaksanakan dengan baik. CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) adalah salah satu metode dialisis peritoneal, yang merupakan salah satu bentuk terapi penggantian ginjal. Perbandingan pencapaian pasien CAPD dengan seluruh pasien yang menjalani dialisis harus dilihat dari beberapa perspektif dan faktor, termasuk keberhasilan pengendalian kondisi kesehatan, kualitas hidup, dan tingkat kelangsungan hidup.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Stone free rate paska PCNL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didapatkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT-Scan • Batu Staghorn batu ginjal yang yang mengisi bagian pyelum (pinggang) ginjal dan minimal satu kaliks (ruang ginjal)	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Urologi - PIC Data dan Informasi : Dr. dr. Kadek Budi Santosa, Sp.U (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**80%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator c. Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (80% dari target 80%). Hal ini menggambarkan kegiatan dan upaya penanggung jawab indikator telah melaksanakan perbaikan kinerja dengan baik.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Berdasarkan kegiatan tindakan PCNL, dari 27 Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL, terdapat 16 jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Stone free rate paska ESWL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didapatkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT- Scan yang dilakukan minimal 2 minggu pasca ESWL		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Urologi - PIC Data dan Informasi : Dr. dr. Kadek Budi Santosa, Sp.U (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥60%**	**63,89%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm pada Akhir Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (63,89% dari target ≥60%).
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Berdasarkan kegiatan tindakan ESWL, dari 75 Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL, terdapat 48 Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Durasi rawat inap pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid Kriteria penyulit: • Batu berada pada calyceal diverticula • Pasien dengan kelainan anatomis ginjal (contoh horshoe kidney dan sudut infundibulum yang sempit) • Batu staghorn • Obesitas (BMI > 30) • Pasien dengan kriteria ASA ≥ 3	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Urologi - PIC Data dan Informasi : Dr. dr. Kadek Budi Santosa, Sp.U (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**92,86%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (92,86% dari target ≥80%). Lama perawatan pasca operasi PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy) tanpa adanya komplikasi dan tanpa adanya kondisi penyakit penyerta (komorbiditas) yang signifikan umumnya dapat lebih singkat dan biasanya kurang dari 3 hari. PCNL merupakan prosedur yang dapat memerlukan waktu pemulihan yang relatif cepat, terutama jika tidak ada masalah pascaoperatif yang signifikan.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Berdasarkan kegiatan tindakan PCNL, dari 14 pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid, terdapat 13 pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat ≤ 3 hari. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

28. Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)

a. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pemeriksaan HbA1C adalah tes hemoglobin terglikosilasi, merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu. Target HbA1C adalah 6,5-7,5%. Sampel menggunakan darah vena.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Aditya Nugraha, M.Biomed., Sp.PD Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥40%**	**45,88%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (45,88% dari target ≥40%). Hal ini menggambarkan penanggungjawab indikator dan unit terkait telah bekerja keras berupaya meningkatkan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1c (gula darah terkendali) karena HbA1c adalah pengukuran yang mencerminkan rata-rata kadar glukosa darah selama beberapa bulan. Target HbA1c yang direkomendasikan dapat bervariasi sesuai dengan panduan medis dan kebutuhan individu, tetapi umumnya, nilai yang lebih rendah menunjukkan kontrol gula darah yang lebih baik.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa upaya untuk meningkatkan proporsi pasien diabetes mencapai target HbA1C yaitu : Perencanaan Perawatan Terpadu, memberikan edukasi yang baik kepada pasien tentang pentingnya pemantauan gula darah, diet sehat, aktivitas fisik, dan pengelolaan stress, melakukan pemantauan rutin gula darah, termasuk pengukuran HbA1c, untuk menilai efektivitas pengelolaan diabetes, menggunakan teknologi kesehatan seperti aplikasi pemantauan gula darah atau alat pemantauan glukosa kontinyu untuk membantu pemantauan dan manajemen gula darah.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Target Kolesterol LDL adalah <=100 mg/dl untuk pasien DM yang tidak memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular dan <=70 mg/dl untuk pasien yang memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular. Pemeriksaan kolesterol LDL menggunakan darah vena.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Aditya Nugraha, M.Biomed., Sp.PD Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥40%**	**43,59%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (43,59% dari target ≥40%), meningkatkan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL (Low-Density Lipoprotein) merupakan bagian penting dari manajemen diabetes yang holistik dan pencegahan penyakit kardiovaskular yang sering kali menyertai diabetes. Kolesterol LDL dapat menyumbang pada pembentukan plak aterosklerosis dan peningkatan risiko penyakit jantung.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa upaya yang telah dilakukan yaitu rutin melakukan pemantauan dan pengukuran kolesterol LDL untuk menilai tingkat kolesterol dan mengidentifikasi apakah pasien mencapai target yang direkomendasikan, menganjurkan diet rendah lemak jenuh dan kolesterol, yang melibatkan konsumsi makanan tinggi serat, lemak sehat (misalnya, lemak tak jenuh tunggal dan poli tak jenuh), dan menghindari makanan tinggi kolesterol, mendorong pasien untuk menjalani gaya hidup aktif dan rutin berolahraga, melakukan pemantauan dan evaluasi berkala terhadap efektivitas intervensi dan penyesuaian rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

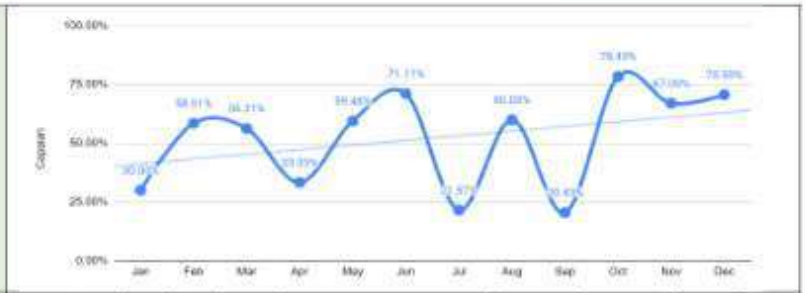
c. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Target tekanan darah pada pasien DM adalah sistolik <130 mmHg dan diastolik <80 mmHg. Nilai tekanan darah yang diambil adalah rerata tekanan darah yang diukur 3 kali dalam satu waktu setelah istirahat 15-30 menit sebelum pengukuran.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Aditya Nugraha, M.Biomed., Sp.PD Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥40%**	**58,33%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (58,33% dari target ≥40%). Pada grafik terlihat capaian fluktuatif selama tahun 2023 namun terjadi peningkatan capaian pada akhir tahun 2023. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah dapat dicapai melalui pendekatan yang komprehensif dan terkoordinasi.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Adapun upaya penanggungjawab indikator dan unit terkait dalam pencapaian indikator tersebut yaitu: memberikan edukasi yang komprehensif kepada pasien mengenai pentingnya mengontrol tekanan darah, mendorong pasien untuk mengadopsi gaya hidup sehat, termasuk diet seimbang rendah garam, rendah lemak, dan kaya serat, melakukan pemantauan tekanan darah secara rutin oleh tenaga kesehatan, memanfaatkan teknologi kesehatan seperti aplikasi monitor tekanan darah atau perangkat pintar untuk membantu pasien dalam melacak dan memahami kondisi mereka.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Skrining komplikasi makrovaskular

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Skrining komplikasi makrovaskular pada pasien DM meliputi: • Skrining Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi • Skrining Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Aditya Nugraha, M.Biomed., Sp.PD Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥50%**	**72,01%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Skrining komplikasi makrovaskular pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (72,01% dari target >50%). Pada grafk terlihat capaian indikator fluktuatif selama tahun 2023 namun terjadi peningkatan pada akhir tahun 2023. Pada pasien diabetes, skrining ini sangat penting karena diabetes dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit pembuluh darah besar seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beberapa metode skrining yang umum digunakan untuk mengidentifikasi komplikasi makrovaskular pada pasien diabetes yaitu : skrining Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi dan skrining Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi. Skrining yang teratur dan kolaborasi dengan tim perawatan kesehatan yang terampil sangat penting untuk memantau dan mengelola risiko komplikasi makrovaskular pada pasien diabetes. Setiap pasien mungkin memerlukan pendekatan yang disesuaikan sesuai dengan kondisi dan riwayat kesehatannya
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Skrining komplikasi mikrovaskular

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien DM meliputi: • Skrining komplikasi retinopati menggunakan pemeriksaan Funduskopi • Skrining komplikasi neuropati menggunakan test Monofilament dan Garputala • Skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Aditya Nugraha, M.Biomed., Sp.PD Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥50%**	**71,91%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Skrining komplikasi mikrovaskular pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (71,91% dari target ≥50%). Penanggungjawab indikator dan unit terkait melakukan skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien DM meliputi: • skrining komplikasi retinopati menggunakan pemeriksaan Funduskopi • skrining komplikasi neuropati menggunakan test Monofilament dan Garputala • skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien diabetes melibatkan evaluasi dan pemantauan kondisi yang berkaitan dengan pembuluh darah kecil. Komplikasi mikrovaskular dapat mencakup masalah pada mata (retinopati), ginjal (nefropati), dan saraf perifer (neuropati). Skrining komplikasi mikrovaskular pada diabetes harus dilakukan secara teratur dan melibatkan pemeriksaan yang holistik. Tindakan pencegahan dan manajemen yang tepat dapat membantu mengurangi risiko serta memperbaiki hasil kesehatan pada pasien diabetes.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

29. Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)

a. Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja meliputi: • Retinopati diabetikum: Skrining komplikasi retinopati diabetikum menggunakan pemeriksaan funduskopi • Nefropati diabetikum: Skrining komplikasi nefropati diabetikum menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu • Neuropati diabetikum: Skrining komplikasi neuropati diabetikum menggunakan tes monofilamen dan garputala • Pemeriksaan skrining berkala komplikasi dimulai pada usia 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. I Made Darma Yuda, Sp.A, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥40%**	**88,51%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (88,41% dari target ≥40%). Penanggungjawab indikator dan unit terkait melakukan Pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja meliputi: • Retinopati diabetikum: Skrining komplikasi retinopati diabetikum menggunakan pemeriksaan funduskopi • Nefropati diabetikum: Skrining komplikasi nefropati diabetikum menggunakan pemeriksaan *Albumin Creatinine Ratio* (ACR) urin sewaktu • Neuropati diabetikum: Skrining komplikasi neuropati diabetikum menggunakan tes monofilamen dan garputala • Pemeriksaan skrining berkala komplikasi dimulai pada usia 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Skrining dilakukan pada pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan yang sudah terdiagnosis dengan diabetes minimal 2 tahun. Tujuan dari skrining ini adalah meningkatkan kesadaran dan komitmen untuk meningkatkan pemantauan dan pencegahan komplikasi yang berkaitan dengan diabetes pada kelompok usia ini.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

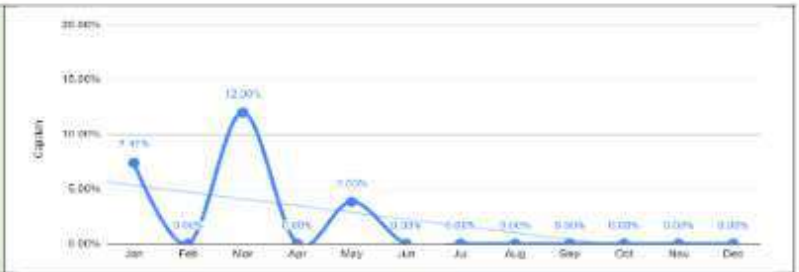
b. Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pemantauan gula darah dilakukan dengan menggunakan alat strip glucometer sekurang-kurangnya 2 kali/hari untuk anak dan remaja dengan DM Tipe-1 *Penilaian peningkatan proporsi dilakukan setelah 1 tahun dari data awal		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. I Made Darma Yuda, Sp.A, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥40%**	**92,43%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (92,43% dari target ≥40%). Salah satu pilar tata laksana utama diabetes pada anak dan remaja adalah pemeriksaan gula darah mandiri. Pemantauan gula darah mandiri dibutuhkan untuk mencapai kontrol metabolik yang baik.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 304 Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1, terdapat 281 Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurangkurangnya 2 kali/hari. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang sudah terdiagnosis sebagai DM tipe-1 dan mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun. Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja : • Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) • Kadar pH < 7,3 atau HCO3 <15 mmol/L • Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. I Made Darma Yuda, Sp.A, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<20%**	**1,97%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes <20% pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (1,97% dari target <20%). Pada grafik terlihat peningkatan capaian proporsi kejadian ketoasidosis pada triwulan 1 dan 2, namun menurun dan mencapai target pada triwulan 4 tahun 2023.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 304 Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1, terdapat 6 Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Kasus meninggal pada KAD: Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang masuk perawatan dengan diagnosis ketoasidosis diabetikum dan dinyatakan meninggal dunia tanpa disertai penyakit penyerta atau komorbiditas berat lainnya (keganasan, autoimun, gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD) atau riwayat mendapat pengobatan tertentu sebelumnya (kemoterapi, terapi steroid). Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja: • Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) • Kadar pH < 7,3 atau HCO3 < 15 mmol/L • Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. I Made Darma Yuda, Sp.A, M.Biomed Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<5%**	**0%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5% pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (0 dari target <5%). Kondisi ini menggambarkan komitmen penanngung jawab indikator untuk mencegah terjadinya mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 7 Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum, tidak ada kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

30. Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)

a. Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Diagnosis tuberculosis paru dengan pemeriksaan BTA/Sputum mikroskopis atau TCM yang tersedia di fasilitas Kesehatan. Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan oleh DPJP berdasarkan kondisi pasien masing-masing. Keberhasilan pengobatan adalah jumlah kasus dengan hasil pengobatan sembuh dan lengkap. Kriteria sembuh adalah pasien TB paru dengan konfirmasi bakteriologis positif pada awal pengobatan dan BTA sputum negatif atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan memiliki hasil pemeriksaan negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Paru - PIC Data dan Informasi : dr. Gede Oky Aryanthana, Sp.P Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

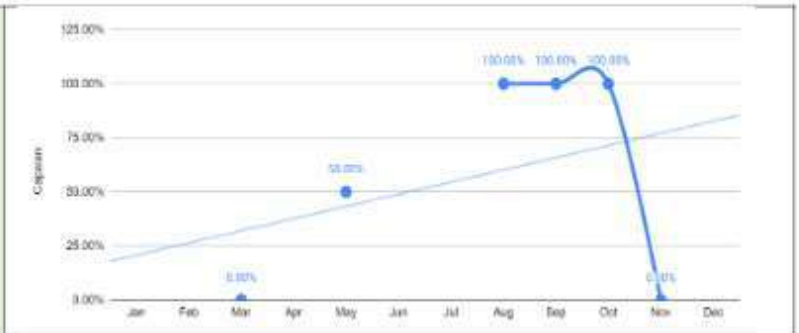
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥75%**	**60,61%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan (60,61% dari target ≥75%). Penanggungjawab indikator dan unit terkait telah melaksanakan kegiatan pencapaian indikator semaksimal mungkin, namun karena beberapa faktor pasien akan mempengaruhi ketercapaian.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Keberhasilan pengobatan TB SO dipengaruhi beberapa faktor seperti: 1. Faktor pasien : pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasien pindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat. 2. Faktor pengawas menelan obat (PMO) : PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau. 3. Faktor obat : suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar.
Permasalahan	Melaksanakan penelusuran mendalam secara klinis untuk menghasilkan outcome yang lebih baik
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• TBC RO adalah TB yang resisten terhadap Rifampisin atau Multi Drug Resisten (rifampisin dan Isoniazid) atau pre extremely Drug Resistent/pre-XDR (MDR dan fluoroquinolone) atau XDR (pre XDR dan linezolid atau bedaquiline). • Pengobatan pasien TBC RO adalah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan didasarkan hasil uji Line Probe Assay (uji kepekaan) lini 2 dan atau hasil kultur atau hasil TCM • Kriteria sembuh adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tanpa bukti kegagalan dan hasil biakan selama tahap lanjutan menunjukkan hasil negative minimal 3 kali berturut dengan jarak pemeriksaan antar biakan minimal 30 hari. • Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tetapi tidak memiliki definisi sembuh maupun gagal.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Paru - PIC Data dan Informasi : dr. Gede Oky Aryanthana, Sp.P Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	n/a	≥60%	70,00%

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator persentase keberhasilan pengobatan TBC RO pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (70% dari target ≥60%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pengobatan tuberkulosis resisten obat (TBC-RO) lebih kompleks dan sulit dibandingkan dengan pengobatan TBC sensitif obat karena melibatkan antibiotik yang lebih kuat dan berbagai tingkat resistensi terhadap obat-obat tersebut. Persentase keberhasilan pengobatan TBC resisten obat dapat bervariasi tergantung pada beberapa faktor, seperti jenis resistensi obat, jenis obat yang digunakan, tingkat kepatuhan pasien, dan ketersediaan dukungan kesehatan yang memadai.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Angka inisiasi pengobatan TBC RO

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Angka inisiasi pengobatan TB RO adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan lini kedua di antara jumlah kasus TB RO yang ditemukan. • Kasus TB RO yang ditemukan adalah kasus TB RO yang terdiagnosis dari hasil TCM dan atau kultur resistensi.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Paru - PIC Data dan Informasi : dr. Gede Oky Aryanthana, Sp.P Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥60%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Angka inisiasi pengobatan TBC RO pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target ≥60%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Angka inisiasi pengobatan tuberkulosis resisten obat (TBC-RO) mengacu pada persentase pasien yang telah memulai regimen pengobatan yang sesuai untuk mengatasi TBC yang resisten terhadap satu atau lebih jenis obat anti-TBC. Inisiasi pengobatan TBC-RO menjadi faktor kritis dalam upaya penanganan penyakit ini, karena semakin cepat pasien memulai pengobatan yang sesuai, semakin baik peluang kesembuhannya dan semakin rendah risiko penularan kepada orang lain.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

31. Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)

a. Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) >12 bulan setelah pertama kali didiagnosis.		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Gede Somayana, Sp.PD (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥20%**	**91,88%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) >12 bulan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (91,88% dari target ≥20%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 1120 Jumlah pasien sirosis hati dekompensata yang dilayani RS, terdapat 1029 pasien sirosis hati dekompensata dengan kesintasan > 12 bulan. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Early rebleeding adalah • Terjadinya perdarahan episode baru hematemesis yang aktif dalam kurun waktu 24 jam setelah dilakukan terapi medikamentosa dan ligasi varises esofagus. • Terjadinya penurunan kadar hemoglobin > 2 gram/dL atau hematokrit > 6% tanpa adanya riwayat transfusi setelah tindakan ligasi varises esofagus.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Penyakit Dalam - PIC Data dan Informasi : dr. Gede Somayana, Sp.PD (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target ≥80%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 3 pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus, seluruh pasien tidak mengalami early rebleeding. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Atresia bilier dicurigai pada bayi kuning (kolestasis) yang: • Warna BAB berwarna dempul • Kadar GGT >250 mg/dL • Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier Diagnosis pasti atresia bilier menggunakan metode kolangiografi intraoperatif (IOC) yang bila positif atresia bilier akan dilanjutkan dengan operasi Kasai.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Ilmu Kesehatan Anak - PIC Data dan Informasi : dr. I Gusti Ngurah Sanjaya Putra, Sp.A (K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**87,50%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (87,50% dari target ≥80%, ≥50%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 8 bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis, terdapat 7 bayi curiga atresia bilier berusia <3 bulan yang dilakukan IOC operasi Kasai. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

32. Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)

a. Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia adalah perawatan pasien Skizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan gejala klinis dan optimalisasi lama rawat. • Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap, diukur menggunakan instrumen Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau maksimal 1x24 jam setelahnya dan 1x24 jam sebelum pasien pulang. • PANSS Remisi merupakan instrumen penilaian cepat (quickscore) yang digunakan untuk mengukur perbaikan gejala klinis yang dilihat dari dua dimensi yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terdiri dari 8 Item dengan skala likert 1-7 • Pasien dianggap mengalami perbaikan gejala klinis bila mengalami perbaikan berupa penurunan skor ≥ 20% dari skor awal. • Perhitungan Perbaikan Gejala Klinis : • (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk - Total Skor PANSS Remisi saat pasien pulang) : (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk) x 100% • Optimalisasi lama rawat pasien Skizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien Skizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut sampai dengan fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor sebesar ≥ 20%). • Standar lama perawatan pasien Skizofrenia: 18 hari	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Psikiatri- PIC Data dan Informasi : dr. Ni Made Leni, Sp.KJ Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	n/a	≥60%	100%

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target ≥60%). Penanggung jawab indikator telah melaksanakan upaya-upaya untuk mencapai indikator.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 24 Pasien Skizofrenia yang pulang, seluruhnya mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat ≤18 hari. Optimalisasi lama rawat pasien dengan skizofrenia melibatkan berbagai strategi dan pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil perawatan, mengurangi risiko kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHO QoL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan) • Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien selesai mengikuti program. Dibandingkan Skor awal dengan skor akhir dan diukur prosentase peningkatanya. Pasien dianggap mengalami perbaikan kualitas hidup apabila mengalami peningkatan skor ≥ 20 % Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup : (Total Skor WHO QoL saat pasien selesai program – Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) : (Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) x 100%	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Psikiatri- PIC Data dan Informasi : dr. Ni Made Leni, Sp.KJ Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥70%**	**n/a**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup pada Tahun 2023 Tidak ada kasus sesuai dengan definisi operasional. Proses pemulihan dari adiksi NAPZA melibatkan berbagai aspek kehidupan pasien, dan perbaikan kualitas hidup dapat mencakup berbagai dimensi.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

33. Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)

a. Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Kesesuaian pelayanan pasien Covid-19 derajat berat adalah kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang minimal (Analisa Gas Darah, D Dimer, SGOT, SGPT, CRP, Hematologi Lengkap, Ureum, Creatinin, EKG dan foto toraks) serta tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat • Evaluasi atau cara penilaian penerapan PPK dan clinical pathway tersebut adalah dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat. • Dokumen PPK dan clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait COVID-19- PIC Data dan Informasi : Dr.dr. I Ketut Agus Somia, Sp.PD(K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

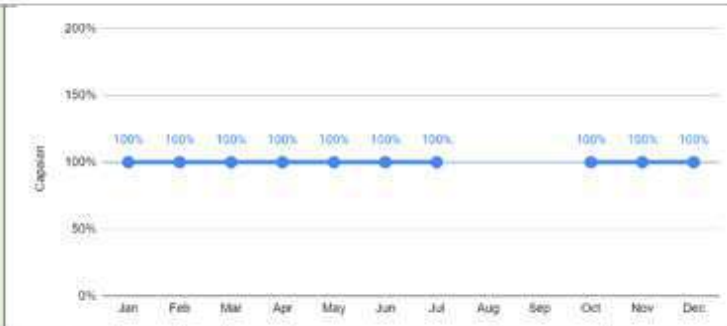
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target 100%). Kondisi berat COVID-19 dapat melibatkan kesulitan bernapas, nyeri atau tekanan dada yang persisten, kebingungan, wajah atau bibir kebiruan, atau kesulitan untuk bangun. Waktu bertindak sangat krusial dalam situasi darurat ini.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 21 pasien Covid-19 derajat berat, seluruhnya ditangani ≤ 5 menit. Dokumen PPK dan clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Kesesuaian pelayanan pasien Covid-19 derajat berat adalah kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang minimal (Analisa Gas Darah, D Dimer, SGOT, SGPT, CRP, Hematologi Lengkap, Ureum, Creatinin, EKG dan foto toraks) serta tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat • Evaluasi atau cara penilaian penerapan PPK dan clinical pathway tersebut adalah dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat. • Dokumen PPK dan clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait COVID-19- PIC Data dan Informasi : Dr.dr. I Ketut Agus Somia, Sp.PD(K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100%**	**100%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100%).
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 21 pasien Covid-19 derajat berat, seluruhnya ditangani sesuai dengan PPK dan CP di RS masing-masing sesuai dengan Pedoman Nasional. Dokumen PPK dan clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis. Kegiatan yang dilaksanakan adalah memaksimalkan tindakan sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
• Kematian pasien yang disebabkan oleh Covid-19 akibat gagal respirasi Covid 19 • Gagal respirasi dimaksud adalah gagal napas berat akibat Covid-19 • Audit Medik adalah pemeriksaan menyeluruh atas suatu kasus Covid-19 derjat berat, meliputi kinerja klinik dan pelayanan medik, prosedur medicolegal, perijinan dan kompetensi staf medik, Teknik medik untuk meningkatkan mutu pelayanan , keselamatan pasien dan manajemen risiko • Audit Kematian adalah pembahasan menyeluruh mengenai suatu kasus Covid-19 derajat berat dimana pasien meninggal dalam proses pelayanan medik untuk menemukan penyebab langsung atau hal–hal yang mungkin menjadi penyebab tidak langsung dan mempengaruhi hingga terjadi kematian	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait COVID-19 - PIC Data dan Informasi : Dr.dr. I Ketut Agus Somia, Sp.PD(K) Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<5%**	**8,89%**

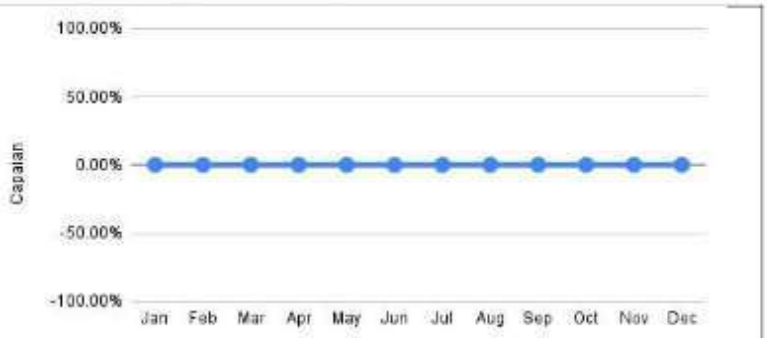
Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5% pada Tahun 2023 telah tidak target yang ditetapkan (8,89% dari target ≤5%). Penanggung jawab indikator telah brusaha semaksimal mungkin, namun beratnya kasus yang dialami pasien merupakan faktor yang perlu untuk ditindaklanjuti sebelum rujukan.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Dari 45 pasien Covid-19 dirawat, terdapat 4 pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang meninggal akibat gagal respirasi.
Permasalahan	Rumah sakit rujukan menerima kasus berat pada fase terminal. Pasien meninggal merupakan pasien derajad berat dan kritikal dengan kormobid yang kompleks.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

34. Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)

a. Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Endoftalmitis Pasca Operasi katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan segmen posterior bola mata dalam satu minggu setelah operasi katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama berjalannya operasi	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Mata - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Ayu Ary Pramita, M. Biomed, Sp.M Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

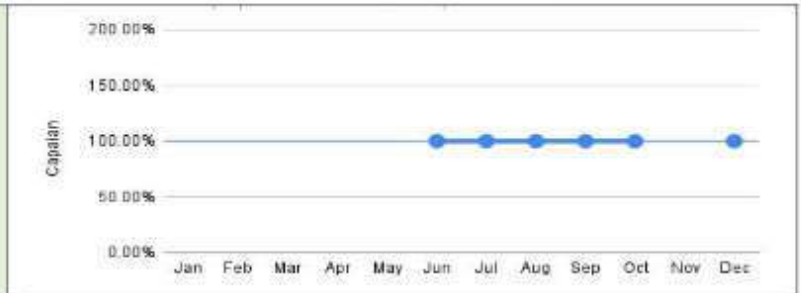
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**<1%**	**0,00%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (0% dari target <1%).
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pengobatan endoftalmitis biasanya melibatkan pemberian antibiotik melalui injeksi langsung ke dalam mata atau pemberian melalui obat oral. Proses ini harus dilakukan sesegera mungkin untuk mencegah kerusakan mata yang lebih lanjut. Pencegahan endoftalmitis pasca operasi katarak melibatkan praktik kebersihan yang baik selama dan setelah operasi. Dokter mata akan memberikan instruksi tentang perawatan pascaoperasi, termasuk penggunaan tetes mata atau salep antibiotik untuk membantu mencegah infeksi.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

35. Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)

a. Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit

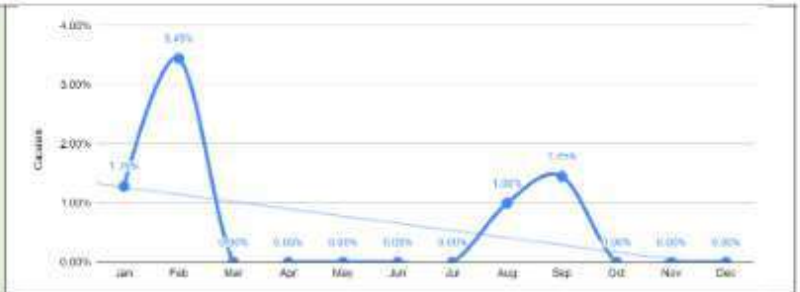
Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito. Dimulai sejak diputuskannya operasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien/ DPJP (termasuk inform consent pasien/keluarga & konsultasi anestesi/ bidang terkait) sampai dimulainya insisi di kamar operasi (from decision to incision) yaitu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum)		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait COVID-19 - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Gede Arimbawa, M.Biomed, Sp.OT Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥60%**	**100,00%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (100% dari target >60%). Penanggung jawab indikator telah berusaha untuk mencapai target.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Terdapat 18 pasien yang diputuskan operasi cito, seluruhnya dengan ERT 2 ≤ 120 menit. Emergency response time, atau waktu tanggap darurat, sangat penting dalam penanganan fraktur terbuka karena kecepatan penanganan dapat mempengaruhi hasil pengobatan dan mengurangi risiko infeksi. Dengan emergency response time kurang dari 120 menit, penting untuk segera melakukan tindakan pertolongan pertama pada pasien fraktur terbuka.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut: Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic. DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal.	Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – KSM Terkait COVID-19 - PIC Data dan Informasi : dr. Ida Bagus Gede Arimbawa, M.Biomed, Sp.OT Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤ 2%**	**0,60%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (0,60% dari target ≤2%). Fraktur tertutup mengacu pada kondisi di mana tulang patah tetap berada di dalam kulit dan tidak menembus ke luar. Meskipun risiko infeksi biasanya lebih rendah dibandingkan dengan fraktur terbuka, tetapi masih mungkin terjadi.
Rencana Anggaran	Sasaran Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI) = **Rp. 33.309.876.673**
Realisasi Anggaran	**Rp. 32.824.637.660** (98,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pencegahan infeksi luka operasi pada fraktur tertutup melibatkan langkah-langkah kebersihan dan perawatan yang cermat selama seluruh proses perawatan, mulai dari praoperasi hingga pascaoperasi. Beberapa langkah untuk mencegah infeksi luka operasi pada fraktur tertutup yaitu : kebersihan praoperasi, teknik operasi yang benar, perawatan luka selama operasi, pengelolaan diri diabetes, jika pasien menderita diabetes, kontrol gula darah dengan ketat untuk meminimalkan risiko infeksi, memberikan antibiotik profilaksis sebelum operasi sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan rekomendasi dokter dan perawatan luka pascaoperasi, memantau tanda infeksi serta edukasi pasien.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

36. Kinerja Keuangan dan Operasional RSV

a. Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
EBITDA adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA dapat bermakna Surplus atau Defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**Positif**	**Positif**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator pada Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (Positif). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Angka Earning Before Interest Taxes Depreciation and Amortization (EBITDA) 2023 Year To Date (YTD) Cumulative, sebesar Rp. 123.450.694.491. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "*Generating Revenue*" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Cash Flow

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Cash Flow atau laporan arus kas adalah kenaikan atau penurunan jumlah uang yang dimiliki oleh rumah sakit vertikal. Dalam bidang keuangan, istilah tersebut berfungsi untuk menggambarkan jumlah uang tunai yang dihasilkan dan dikonsumsi dalam periode waktu tertentu. Pemasukan yang lebih besar daripada pengeluaran akan menciptakan Cash Flow yang positif. Sebaliknya, Cash Flow akan menjadi negatif apabila pengeluaran lebih besar daripada Pemasukan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**Positif**	**Positif**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Cash Flow pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (Positif). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Cash Flow 2023 Year To Date (YTD) Cumulative adalah Rp. 173.795.487.959. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Pendapatan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
1) Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. 2) Pengakuan Pendapatan adalah Pendapatan yang diperoleh dari pasien yang dijamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Sedangkan pasien yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar tarif yang ditetapkan. 3) Pencatatan Pendapatan adalah pencatatan Pendapatan didistribusikan sesuai dengan bulan layanan.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP**	**Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator pendapatan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Pendapatan Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 912.039.207.352. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Beban

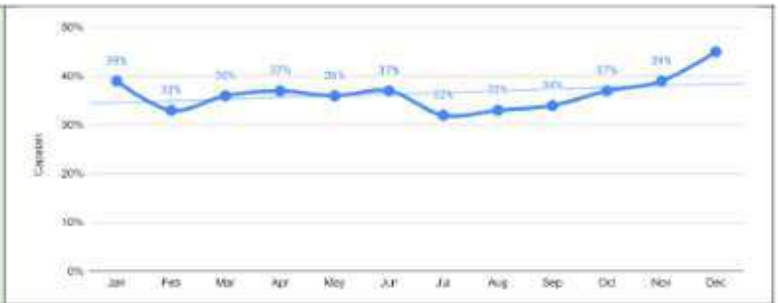
Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sumber dananya berasal dari Pendapatan BLU. Beban menggambarkan penurunan manfaat ekonomi atau potensi jasa dalam periode pelaporan yang menurunkan ekuitas rumah sakit vertikal, yang dapat berupa pengeluaran atau konsumsi aset atau timbulnya kewajiban. Beban pegawai yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.	Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP**	**Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Beban pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 909.986.591.789. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

e. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan adalah perbandingan beban seluruh pegawai (gaji non PNS honor tunjangan tetap insentif bonus atas prestasi pesangon dan pensiun) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤50%**	**37%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (37% dari target ≤50%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Pegawai Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 326.052.738.869. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

f. Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi Beban barang/ perlengkapan dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤25%**	**34%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Persediaan Terhadap Pendapatan pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan (34% dari target ≤25%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Persediaan Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 305.893.208.985. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

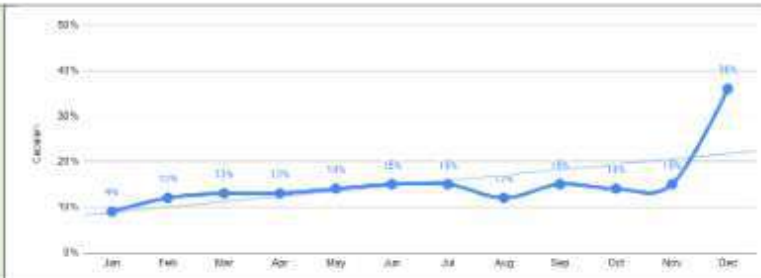
g. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤20%**	**31%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan (31% dari target ≤20%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Farmasi Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 276.838.445.827. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

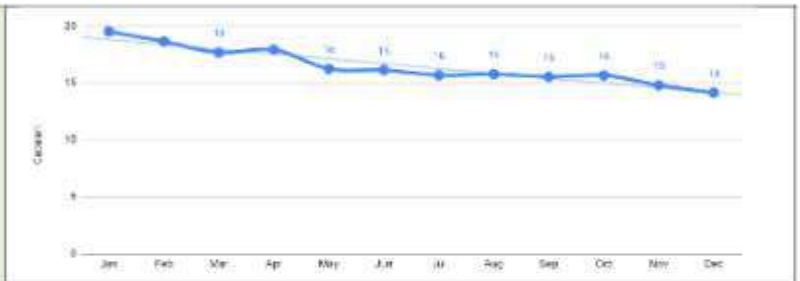
h. Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban administrasi dan umum yang harus ditanggung terhadap Pendapatan		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤15%**	**15%**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Rasio Beban Administrasi Terhadap Pendapatan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (15% dari target ≤15%). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Beban Administrasi Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 136.642.565.007. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

i. *Days Receivable Turnover*

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤40 hari**	**14 hari**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator *Days Receivable Turnover* pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (14 hari dari target ≤40 hari). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Piutang Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 35.820.391.923. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

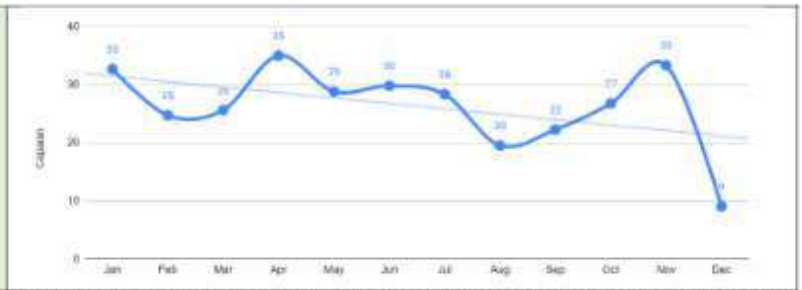
j. *Days Inventory Turnover*

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Days Inventory Turnover (Perputaran Persediaan) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu RS dalam mengelola persediaan.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤60 hari**	**21,59 hari**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator *Days Inventory Turnover* pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (21,59 hari dari target ≤60 hari). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Persediaan Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 6.129.838.152. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

k. *Days Payable Turnover*

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu rumah sakit vertikal dalam mengelola pembayaran hutangnya.		Direktorat Perencanaan dan Keuangan – Seluruh Direktorat – Tim Kerja Akuntansi dan BMN - PIC Data dan Informasi : Gede Made Wisnu Suarthana,SE Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≤60 hari**	**12hari**

Grafik Capaian 2023	
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator *Days Payable Turnover* pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (12 hari dari target ≤60 hari). Seluruh Komponen rumah sakit telah berupaya dalam meningkatkan ketercapaian indikator keuangan melalui akselerasi peningkatan pendapatan di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Kinerja Keuangan dan Operasional RSV = **Rp. 13.120.193.681**
Realisasi Anggaran	**Rp. 12.969.215.872** (98,8% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Hutang Year To Date (YTD) Cumulative = Rp. 2.579.048.808. Konsep perbaikan dan akselerasi pendapatan dengan tema "Generating Revenue" atau disingkat GenRev. Generating Revenue memiliki makna bahwa RSUP Prof. Ngoerah memiliki usaha meningkatkan pendapatan untuk pengembangan strategis rumah sakit dari segi layanan, operasional, SDM, keuangan dan transformasi Rumah Sakit Vertikal.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

37. IKT Aspek Manajerial

a. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Kegiatan riset akademik, dengan latar belakang kesehatan, manajemen rumah sakit, SI/TI Rumah Sakit, yang dilakukan di bawah pengawasan pengampu (Contoh: Dokter, dosen atau peneliti). Penelitian yang dipublikasikan yaitu jumlah penelitian yang dipublikasikan pada tahun yang bersangkutan.		Direktorat SDM dan Diklit – Tim Kerja Diklat - PIC Data dan Informasi : dr. Ni Luh Putu Nurhaeni, M.M.,M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100% (10 Penelitian)**	**137% (12 Penelitian)**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (137% dari target 100%). Hal ini menggambarkan pebnanggung jawab indikator telah berupaya mencapai indikator di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional = **Rp. 1.513.474.111**
Realisasi Anggaran	**Rp. 1.202.616.540** (79,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Terdapat 12 Penelitian dengan 12 Publikasi baik Nasional maupun internasional.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

b. Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Proses pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan akademik dan profesi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran dan terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi akademik dan/atau profesi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi Program pendidikan dan/atau pelatihan profesi tambahan bagi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dengan kurikulum dan pencapaian kompetensi sebagian dari subspesialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan.	Direktorat SDM dan Diklit – Tim Kerja Diklat - PIC Data dan Informasi : dr. Ni Luh Putu Nurhaeni, M.M.,M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet

Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**100% (2 Orang)**	**200% (4 Orang)**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (200% dari target 100%). Hal ini menggambarkan pebnanggung jawab indikator telah berupaya mencapai indikator di akhir tahun.
Rencana Anggaran	Sasaran Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional = **Rp. 1.513.474.111**
Realisasi Anggaran	**Rp. 1.202.616.540** (79,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Terdapat 4 orang yang dikirim fellowship baik dalam negeri maupun luar negeri.
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

c. Ketersediaan Fasilitas Layanan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Merupakan indikator komposit dari beberapa indikator SPA dan Parkir. Terdiri dari rata-rata nilai capaian indikator: a. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar b. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Formula: {\(Persentase Pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar + Ketersedian fasilitas parkir sesuai standar)/2		Direktorat Layanan Operasional – Tim Kerja Umum dan Tata Usaha - IPSRS - PIC Data dan Informasi : Ngurah Utami Wedanti, S.T, I Dewa Ayu Putu Widya Artati, S.T.,M.T Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥82,50%**	**216,8%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Ketersediaan Fasilitas Layanan pada Tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan (216,8% dari target ≥82,50%).
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Mengacu pada penjelasan Indikator halaman sebelumnya, terkait : • Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar • Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

d. Ketepatan Waktu Layanan

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Merupakan indikator komposit dari beberapa indikator pemberian layanan berorientasi pada pasien/pengguna layanan. Terdiri dari rata-rata nilai capaian indikator: a. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (S12.IK30) b. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik (S12.IK32) c. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap (S12.IK33) Formula: {Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang + Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik + Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap} / 3		Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang – Tim Kerja Pelayanan Medis – Tim Kerja Keperawatan – Tim Kerja Penunjang - KMKP - PIC Data dan Informasi : dr. I Nyoman Suta Awidiya, M.H.I, Ns. I Wayan Suwirja, S.Kep, MAP Matrik Kertas Kerja : https://bit.ly/DataBaseKinerja-2023 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2022	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023
n/a	**n/a**	**≥80%**	**62,37%**

Grafik Capaian 2023	n/a
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Ketepatan Waktu Layanan pada Tahun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan (62,37% dari target ≥80%).
Rencana Anggaran	Sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal = **Rp. 92.924.223.284**
Realisasi Anggaran	**Rp. 66.420.962.451** (71,5% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Mengacu pada penjelasan Indikator halaman sebelumnya, terkait : • Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (S12.IK30) • Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik (S12.IK32) • Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap (S12.IK33)
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan yang signifikan
Tindak Lanjut	Melanjutkan program kegiatan pada tahun 2024, dengan ketentuan dan target indikator sesuai dengan arahan Indikator Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Tahun 2023

No.	Sasaran/ Aspek	No.	Judul Indikator	Kategori	Target Tahunan	TW 1	TW 2	TW 3	TW 4	Ampu	CAP TW I	Ket	CAP TW II	Ket	CAP TW III	Ket	CAP TW IV	Keter	Ket
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15	16	20	21	25	26	30	31	32
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	1	Peningkatan persentase kompetensi SDM pemberi pelayanan	RSB	≥66%	≥22%	≥44%	≥66%	≥66%	SDM	30,10%	Hijau	69,52%	Hijau	129,40%	Hijau	172,07%	**120%**	Hijau
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	RSB	≤11%	≤11%	≤11%	≤11%	≤11%	MKP	5,16%	Hijau	6,57%	Hijau	7,71%	Hijau	8,00%	**120%**	Hijau
2	Tersedianya pelayanan unggulan	3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	RSB	≥12%	≥6%	≥8%	≥10%	≥12%	MKP	20,94%	Hijau	22,45%	Hijau	21,58%	Hijau	23,02%	**120%**	Hijau
2	Tersedianya pelayanan unggulan	4	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	RSB	≥6%	≥1%	≥2%	≥4%	≥6%	MKP	22,79%	Hijau	22,77%	Hijau	23,33%	Hijau	20,48%	**120%**	Hijau
2	Tersedianya pelayanan unggulan	5	Peningkatan jumlah pasien operasi	RSB	≥3%	≥0%	≥1%	≥2%	≥3%	MKP	24,88%	Hijau	19,73%	Hijau	18,98%	Hijau	19,32%	**120%**	Hijau
2	Tersedianya pelayanan unggulan	6	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	RSB	≥8%	≥2%	≥4%	≥6%	≥8%	MKP	16,96%	Hijau	9,78%	Hijau	7,57%	Hijau	10,82%	**120%**	Hijau
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	RSB	≥65%	≥55%	≥65%	≥75%	≥85%	SDM	0,00%	Merah	286,67%	Hijau	295,00%	Hijau	298,33%	**120%**	Hijau
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	RSB	≥12 pelatihan	≥3	≥6	≥9	≥12	SDM	4	Hijau	6	Hijau	11	Hijau	13	**108%**	Hijau
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	RSB	≤4.2%	≤4.2%	≤4.2%	≤4.2%	≤4.2%	MKP	0,29%	Hijau	0,48%	Hijau	0,35%	Hijau	0,35%	**120%**	Hijau
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	10	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	RSB	100%	100%	100%	100%	100%	MKP POU	100%	Hijau	100%	Hijau	100%	Hijau	100%	**100%**	Hijau
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	RSB IKT	100%	100%	100%	100%	100%	KEU POU SDM	92	Merah	112,6%	Hijau	114.8%	Hijau	128%	**120%**	Hijau
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	12	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	RSB	≥5 RS	≥2 RS	≥3 RS	≥4 RS	≥5 RS	MKP	6	Hijau	26	Hijau	28	Hijau	30	**120%**	Hijau
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	RSB	≥75%	≥60%	≥65%	≥70%	≥75%	MKP	86,20%	Hijau	86,75%	Hijau	86,65%	Hijau	80,86%	**108%**	Hijau

5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	RSB IKT	≥85%	≥ 77,5%	≥ 80%	≥ 82,5%	≥85%	POU	85,53	Hijau	85,75	Hijau	86,46	Hijau	87,24	120%	Hijau
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	RSB	≥78%				≥78%	SDM	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	76,22%	Putih	79,40%	102%	Hijau
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	RSB	≥10%	≥2,5%	≥5%	≥7,5%	≥10%	KEU	24,05%	Hijau	11,61%	Hijau	11,75%	Hijau	15,80%	120%	Hijau
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	RSB IKT	≥92%	≥75%	≥87%	≥90%	≥92%	KEU	67,79%	Merah	80%	Merah	94,78%	Hijau	97,22%	106%	Hijau
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	18	Current Rasio	RSB	≥550%	≥150%	≥250%	≥350%	≥550%	KEU	838,92%	Hijau	########	Hijau	########	Hijau	783,26%	120%	Hijau
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	RSB	≥85%	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	POU	90	Hijau	100	Hijau	100	Hijau	100	120%	Hijau
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	RSB	≥85%	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	KEU	100	Hijau	100	Hijau	100	Hijau	100	120%	Hijau
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	21	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS	RSB	100%	25%	50%	75%	100%	POU	75,00%	Hijau	87,50%	Hijau	94,50%	Hijau	100%	100%	Hijau
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	RSB	≥85%	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	POU	97.1	Hijau	97.1	Hijau	97.1	Hijau	97,1	120%	Hijau
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	Yankes	≥95%	≥80%	≥85%	≥90%	≥95%	POU	96,18%	Hijau	124,62%	Hijau	124,93%	Hijau	124,93%	120%	Hijau
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	Yankes	≤2,5%	≤2,5%	≤2,5%	≤2,5%	≤2,5%	MKP	-40,70%	Hijau	-27,60%	Hijau	-24,00%	Hijau	-26,90%	120%	Hijau
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	Yankes	2 Kali		1 Kali		2 Kali	MKP	#DIV/0!	Putih	1 Kali	Hijau	1 Kali	Hijau	2 Kali	100%	Hijau
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Yankes	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	MKP	Kanker, Jantung, KIA	Hijau	Kanker, Jantung, KIA	Hijau	Kanker, Jantung, KIA	Hijau	Kanker, Jantung, KIA	100%	Hijau
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	27	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Yankes	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	MKP	27,64%	Hijau	20,88%	Hijau	15,33%	Hijau	20,06%	120%	Hijau
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Yankes	1 Layanan				1 Layanan	MKP POU SDM KEU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	Penetapan Unit Bisnis Kerjasama dengan Korea Selatan	Putih	Penetapan Unit Bisnis Kerjasama dengan Korea Selatan	100%	Hijau
12	Terselenggaranya pelayanan Center of	29	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Yankes IKT	≥70%	≥55%	≥60%	≥65%	≥70%	POU	423,91%	Hijau	308,70%	Hijau	308,70%	Hijau	308,70%	120%	Hijau

	Excellence di RS Vertikal secara optimal																		
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	30	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Yankes IKT	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	MKP	59,38%	Merah	53,68%	Merah	58,46%	Merah	63,37%	**79%**	Merah
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	31	Penundaan waktu Operasi Elektif	Yankes IKT	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	MKP	4,13%	Kuning	3,74%	Hijau	2,21	Hijau	1,25%	**120%**	Hijau
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	32	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Yankes IKT	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	MKP	18,80%	Merah	25,43%	Merah	30,86%	Merah	30,50%	**38%**	Merah
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	33	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Yankes IKT	≥80%	≥80%	≥80%	≥85%	≥85%	MKP	94,66%	Hijau	94,68%	Hijau	94,29%	Hijau	93,41%	**117%**	Hijau
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	34	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	Yankes	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	MKP	1 Indikator tercapai setiap layanan	Hijau	1 Indikator tercapai setiap layanan	Hijau	1 Indikator tercapai setiap layanan	Hijau	1 Indikator tercapai setiap layanan	**100%**	Hijau
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	Yankes	1 Kegiatan				1 Kegiatan	MKP SDM POU KEU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	1 Kegiatan Pengampuan RSUD Prov. NTB	Hijau	1 Kegiatan Pengampuan RSUD Prov. NTB	**100%**	Hijau
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	Yankes	1 Kegiatan				1 Kegiatan	MKP SDM POU KEU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	Paripurna=KIA, Uronefro dan Stroke	Hijau	Paripurna=KIA, Uronefro dan Stroke	**100%**	Hijau
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	Yankes	1 Kegiatan				1 Kegiatan	MKP SDM POU KEU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	9 Layanan Penyakit Prioritas Strata Utama	Hijau	9 Layanan Penyakit Prioritas Strata Utama	**100%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Yankes	12 Laporan	3 Laporan	6 Laporan	9 Laporan	12 Laporan	POU	3	Hijau	3	Hijau	3	Hijau	12	**100%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	39	Kepatuhan kebersihan tangan	Yankes	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	MKP	88,26%	Kuning	88,27	Kuning	0,89	Kuning	88,97%	**99%**	Kuning
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	40	Kepatuhan penggunaan APD	Yankes	100%	100%	100%	100%	100%	MKP	100%	Kuning	100%	Hijau	100%	Hijau	100%	**100%**	Hijau

16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	41	Kepatuhan identifikasi pasien	Yankes	100%	100%	100%	100%	100%	MKP	100%	Hijau	100,0%	Hijau	100,0%	Hijau	100,0%	**100%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	42	Waktu tunggu rawat jalan	Yankes	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	MKP	95,94%	Hijau	95,43%	Hijau	94,52%	Hijau	94,52%	**118%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	43	Pelaporan hasil kritis laboratorium	Yankes	100%	70%	80%	90%	100%	MKP	96,08%	Hijau	95,19%	Hijau	95,96%	Hijau	98,88%	**99%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	44	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Yankes	≥90%	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	MKP	98,40%	Hijau	98,17%	Hijau	98,27%	Hijau	98,73%	**110%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	45	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	Yankes	≥85%	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	MKP	69,23%	Hijau	90,63%	Hijau	84,69%	Hijau	88,65%	**104%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	46	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Yankes	100%	100%	100%	100%	100%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	**100%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	47	Kecepatan waktu tanggap komplain	Yankes	≥80%	≥65%	≥70%	≥75%	≥80%	POU	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	**120%**	Hijau
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	48	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Yankes	12 Laporan	3 Laporan	6 Laporan	9 Laporan	12 Laporan	MKP	3	Hijau	3	Hijau	3	Hijau	12	**100%**	Hijau
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	Yankes	1 Kegiatan				1 Kegiatan	MKP SDM KEU	#DIV/0!	Putih	Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi	Hijau	Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi	Hijau	Tersedianya layanan genomic kekhususuan Hubs : RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi	**100%**	Hijau
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	50	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	Yankes	500 sample		250 sample		500 sample	SDM	78	Putih	130	Merah	330	Putih	500	**100%**	Hijau
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	Yankes	1 Sistem				1 Sistem	POU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	Sedang disiapkan Prototype Rujukan Pemeriksaan SHK oleh Tim IT	Putih	Sudah ada Prototype Rujukan Pemeriksaan SHK oleh Tim IT	**100%**	Hijau
19	Indikator RPJMN	52	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Yankes	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	≤30 menit	MKP	00:17:35	Hijau	00:15:28	Hijau	00:15:20	Hijau	00:14:52	**120%**	Hijau

20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	53	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Yankes	≥92.5%				≥92.5%	MKP POU SDM KEU	#DIV/0!	Putih	#DIV/0!	Putih	100%	Hijau	100%	**108%**	Hijau
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	54	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Yankes	≥95%	≥20%	≥40%	≥70%	≥95%	KEU	22,73%	Hijau	45,15%	Hijau	70,57%	Hijau	102,69%	**108%**	Hijau
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	55	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Yankes	≥97%	≥20%	≥50%	≥75%	≥97%	KEU	23%	Hijau	61%	Hijau	85%	Hijau	113%	**116%**	Hijau
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	56	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Yankes	≥95%	≥15%	≥40%	≥70%	≥95%	KEU	14,56%	Kuning	36,56%	Merah	64,12%	Merah	122,98%	**120%**	Hijau
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	57	Persentase nilai EBITDA Margin	Yankes	≥15%	≥0%	≥5%	≥10%	≥15%	KEU	23,08%	Hijau	18,01%	Hijau	18,78%	Hijau	13,84%	**92%**	Hijau
21	IKT Aspek Klinis	58	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	IKT	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	87,93%	Hijau	93,33%	Hijau	94,20%	Hijau	94,94%	**119%**	Hijau
21	IKT Aspek Klinis	59	Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	IKT	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	78,38%	Hijau	75,71%	Hijau	93,62%	Hijau	81,76%	**102%**	Hijau
21	IKT Aspek Klinis	60	"Door to Balon " time 90 menit pada kasus STEMI	IKT	≥80%	≥40%	≥50%	≥70%	≥80%	MKP	23,08%	Merah	26,53%	Merah	88,89%	Hijau	100,00%	**120%**	Hijau
21	IKT Aspek Klinis	61	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	IKT	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	93,75%	Hijau	100,00%	**120%**	Hijau
21	IKT Aspek Klinis	62	Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 --< 1500 gr	IKT	≥80%	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	96,00%	**120%**	Hijau

21	IKT Aspek Klinis	63	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	IKT	<30%	<45%	<40%	<35%	<30%	MKP	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	**120%**	Hijau
22	IKT Aspek Keuangan	64	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	IKT	10%		5%		10%	KEU	#DIV/0!	Putih	31,14	Hijau	#DIV/0!	Putih	15,0	**120%**	Hijau
23	Transformasi RSV	65	WAKTU PEMERIKSAAN LABORATORIUM (WPL)	TKPK	≥80%	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%	MKP	38,69%	Merah	34,89%	Merah	46,24%	Merah	71,14%	**89%**	Merah
23	Transformasi RSV	66	WAKTU TUNGGU PELAYANAN RADIOLOGI (WTPR)	TKPK	≥80%	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%	MKP	76,78%	Hijau	79,58%	Hijau	83,13%	Hijau	85,64%	**107%**	Hijau
23	Transformasi RSV	67	PEMBATALAN OPERASI ELEKTIF	TKPK	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%	MKP	0,04%	Hijau	0,02%	Hijau	0,01%	Hijau	0,01%	**120%**	Hijau
23	Transformasi RSV	68	WAKTU PELAYANAN PASIEN DI IGD ≤ 4 JAM	TKPK	≥90%	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	MKP	44,37%	Merah	46,09%	Merah	51,30%	Merah	46,66%	**52%**	Merah
23	Transformasi RSV	69	REALISASI PASIEN YANG DIRENCANAKAN PULANG H-1	TKPK	≥90%	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	MKP	0,95	Hijau	0,98	Hijau	0,99	Hijau	99,27%	**110%**	Hijau
23	Transformasi RSV	70	WAKTU MASUK RAWAT INAP	TKPK	≥90%	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	MKP	56,47%	Merah	57,48%	Merah	55,25%	Merah	52,14%	**58%**	Merah
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	71	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	92,31%	Hijau	94,74%	Hijau	96,30%	**120%**	Hijau
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	72	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	**120%**	Hijau
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	73	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	TKPK	≥90%	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	MKP	98,28%	Hijau	98,33%	Hijau	97,34%	Hijau	97,00%	**108%**	Hijau
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	74	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	90,52%	Hijau	95,27%	Hijau	96,60%	Hijau	96,39%	**120%**	Hijau
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	75	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	99,69%	Hijau	99,84%	Hijau	99,68%	Hijau	99,59%	**120%**	Hijau
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	76	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	65,00%	Hijau	32,69%	Merah	53,13%	Merah	39,39%	**49%**	Merah

26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	77	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	TKPK	≥60%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	Tidak Ada Kasus	Hijau	Tidak Ada Kasus	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	120%	Hijau
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	78	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	TKPK	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	MKP	Tidak Ada Kasus	Hijau	Tidak Ada Kasus	Hijau	Tidak Ada Kasus	Hijau	Tidak Ada Kasus	100%	Hijau
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	79	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	TKPK	≥95%	≥80%	≥85%	≥90%	≥95%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	105%	Hijau
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	80	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	TKPK	≥60%	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	MKP	61,72%	Hijau	61,62%	Hijau	63,78%	Hijau	63,26%	105%	Hijau
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	81	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	TKPK	≥3%	≥0%	≥1%	≥2%	≥3%	MKP	7,49%	Hijau	9,08%	Hijau	9,72%	Hijau	10,21%	120%	Hijau
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	82	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	TKPK	≥60%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	64,71%	Kuning	54,55%	Merah	80,00%	100%	Hijau
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	83	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	TKPK	≥60%	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	MKP	76,00%	Hijau	47,92%	Kuning	46,97%	Merah	63,89%	106%	Hijau
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	84	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	TKPK	≥60%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	100,00%	Hijau	80,00%	Hijau	88,89%	Hijau	92,86%	116%	Hijau
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	85	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	TKPK	≥40%	≥10%	≥20%	≥30%	≥40%	MKP	23,35%	Hijau	20,53%	Hijau	28,65%	Kuning	45,88%	115%	Hijau
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	86	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	TKPK	≥40%	≥10%	≥20%	≥30%	≥40%	MKP	19,28%	Hijau	12,03%	Merah	13,21%	Merah	43,59%	109%	Hijau
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	87	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	TKPK	≥40%	≥10%	≥20%	≥30%	≥40%	MKP	65,12%	Hijau	57,98%	Hijau	57,89%	Hijau	58,33%	120%	Hijau
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	88	Skrining komplikasi makrovaskular	TKPK	≥50%	≥12,5%	≥25%	≥37,5%	≥50%	MKP	45,99%	Hijau	50,40%	Hijau	45,35%	Hijau	72,01%	120%	Hijau
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	89	Skrining komplikasi mikrovaskular	TKPK	≥50%	≥12,5%	≥25%	≥37,5%	≥50%	MKP	63,50%	Hijau	76,40%	Hijau	73,37%	Hijau	71,91%	120%	Hijau

29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	90	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja	TKPK	≥40%	≥10%	≥20%	≥30%	≥40%	MKP	40,00%	Hijau	73,33%	Hijau	84,31%	Hijau	88,51%	120%	Hijau
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	91	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	TKPK	≥40%	≥10%	≥20%	≥30%	≥40%	MKP	84,81%	Hijau	86,71%	Hijau	90,00%	Hijau	92,43%	120%	Hijau
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	92	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	TKPK	<20%	<20%	<20%	<20%	<20%	MKP	6,33%	Hijau	3,80%	Hijau	2,61%	Hijau	1,97%	120%	Hijau
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	93	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%	TKPK	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	MKP	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	120%	Hijau
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	94	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	TKPK	≥75%	≥60%	≥65%	≥70%	≥75%	MKP	55,00%	Hijau	65,12%	Hijau	60,94%	Merah	60,61%	81%	Merah
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	95	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	TKPK	≥60%	≥30%	≥40%	≥50%	≥60%	MKP	0,00%	Hijau	50,00%	Hijau	100,00%	Hijau	70,00%	117%	Hijau
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	96	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	TKPK	≥60%	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	120%	Hijau
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	97	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	TKPK	≥20%	≥20%	≥20%	≥20%	≥20%	MKP	87,44%	Hijau	90,20%	Hijau	91,68%	Hijau	91,88%	120%	Hijau
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	98	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	TKPK	≥80%	≥60%	≥70%	≥75%	≥80%	MKP	N/a	Hijau	N/a	Hijau	N/a	Hijau	100,00%	120%	Hijau
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	99	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	TKPK	≥80%, ≥50%	≥50%, ≥20%	≥60%, ≥30%	≥70%, ≥40%	≥80%, ≥50%	MKP	100,00%	Hijau	80,00%	Hijau	80,00%	Hijau	87,50%	109%	Hijau
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	100	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	TKPK	≥60%	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	120%	Hijau
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	101	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	TKPK	≥70%	≥40%	≥50%	≥60%	≥70%	MKP	N/a	Hijau	N/a	Hijau	N/a	Hijau	N/a	100%	Hijau
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit	TKPK	100%	100%	100%	100%	100%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	100%	Hijau

33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	103	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	TKPK	100%	100%	100%	100%	100%	MKP	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	100%	Hijau
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	104	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	TKPK	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	MKP	0,00%	Hijau	5,56%	Merah	0,00%	Hijau	8,89%	56%	Merah
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	105	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	TKPK	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	MKP	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	Hijau	0,00%	120%	Hijau
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	106	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit	TKPK	≥60%	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	MKP	Tidak Ada Kasus	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	Hijau	100,00%	120%	Hijau
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	107	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	TKPK	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	MKP	1,64%	Merah	0,70%	Hijau	0,74%	Hijau	0,60%	120%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Yankes	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif	KEU	Positif	Hijau	Positif	Hijau	Positif	Hijau	Positif	100%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	109	Cash Flow	Yankes	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif	KEU	Positif	Hijau	Positif	Hijau	Positif	Hijau	Positif	100%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	110	Pendapatan	Yankes	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP	KEU	Linear	Hijau	Linear	Hijau	Linear	Hijau	Linear	100%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	111	Beban	Yankes	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP	KEU	Linear	Hijau	Linear	Hijau	Linear	Hijau	Linear	100%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	112	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan	Yankes	≤50%	≤50%	≤50%	≤50%	≤50%	KEU	38%	Hijau	36,41%	Hijau	35,17%	Hijau	37%	120%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	113	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	Yankes	≤25%	≤25%	≤25%	≤25%	≤25%	KEU	34%	Merah	32,94%	Merah	32,85%	Merah	34%	74%	Merah
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	114	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	Yankes	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	KEU	28%	Merah	29,74%	Merah	29,75%	Merah	31%	65%	Merah
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	115	Rasio Beban Adminstrasi thd. Pendapatan	Yankes	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	≤15%	KEU	12%	Hijau	12,65%	Hijau	13,20%	Hijau	15%	100%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	116	Days Receivable Turnover	Yankes	≤40 hari	≤40 hari	≤40 hari	≤40 hari	≤40 hari	KEU	19	Hijau	16	Hijau	16	Hijau	14	120%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	117	Days Inventory Turnover	Yankes	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	KEU	21,33	Hijau	17,42	Hijau	17,30	Hijau	21,59	120%	Hijau
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	118	Days Payable Turnover	Yankes	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	≤60 hari	KEU	29,33	Hijau	29,81	Hijau	22,28	Hijau	12	120%	Hijau
37	IKT Aspek Manajerial	119	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	IKT	100%				100%	SDM	10%	Putih	30%	Putih	93%	Putih	137%	120%	Hijau

37	IKT Aspek Manajerial	120	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	IKT	100%				100%	SDM		Putih		Putih	2	Putih	200%	**120%**	Hijau
37	IKT Aspek Manajerial	121	Ketersediaan Fasilitas Layanan	IKT	≥82,50%		≥72,50%		≥82,50%	POU	260,04%	Putih	216,7%	Hijau	216,8%	Hijau	216,8%	**120%**	Hijau
37	IKT Aspek Manajerial	122	Ketepatan Waktu Layanan	IKT	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	MKP	58,89%	Merah	58,70%	Merah	62,37%	Merah	62,37%	**78%**	Merah

Dari 122 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2023 terdapat 110 Indikator sudah mencapai Target (90,2%) dan 1 Indikator hampir mencapai target (0,8%), 11 Indikator yang belum mencapai target (9,0%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar **108,05% (Kategori AA).**

B. Realisasi Anggaran

Adapun realisasi anggaran masing masing sasaran program kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Tahunan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023

No	Program	PAGU	Realisasi	%	Sisa/ Efisiensi
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	116.979.594.145	88.034.477.621	75,3	Rp28.945.116.524
2	Tersedianya pelayanan unggulan	32.642.542.284	32.266.945.594	98,8	Rp375.596.689
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	74.560.214.917	48.196.952.724	64,6	Rp26.363.262.193
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13.678.851.194	13.438.404.088	98,2	Rp240.447.106
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	83.393.356.052	53.639.047.492	64,3	Rp29.754.308.560
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	15.354.783.212	14.442.699.203	94,1	Rp912.084.010
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	16.621.800.323	15.604.923.048	93,9	Rp1.016.877.276
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	56.815.907.177	53.550.543.642	94,3	Rp3.265.363.535
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	56.515.669.145	53.796.976.222	95,2	Rp2.718.692.923
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	14.945.868.306	14.600.627.933	97,7	Rp345.240.373
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	32.642.542.284	32.266.945.594	98,8	Rp375.596.689
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	92.924.223.284	66.420.962.451	71,5	Rp26.503.260.833
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	55.915.986.423	53.192.444.442	95,1	Rp2.723.541.980
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	32.642.542.284	32.266.945.594	98,8	Rp375.596.689
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	33.909.559.395	33.429.169.439	98,6	Rp480.389.956

16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	196.791.729.177	171.590.821.796	87,2	Rp25.200.907.381
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	13.787.528.069	13.526.907.938	98,1	Rp260.620.132
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	13.011.516.806	12.880.712.022	99,0	Rp130.804.783
19	Indikator RPJMN	37.184.881.698	34.164.310.070	91,9	Rp3.020.571.628
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	36.993.320.542	34.499.246.500	93,3	Rp2.494.074.042
21	IKT Aspek Klinis	14.278.533.917	14.042.935.867	98,3	Rp235.598.049
22	IKT Aspek Keuangan	13.120.193.681	12.969.215.872	98,8	Rp150.977.808
23	Transformasi RSV	14.687.448.823	13.885.007.137	94,5	Rp802.441.686
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	33.409.643.673	32.824.637.660	98,2	Rp585.006.013
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	33.309.876.673	32.824.637.660	98,5	Rp485.239.013
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	13.120.193.681	12.969.215.872	98,8	Rp150.977.808
37	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	1.513.474.111	1.202.616.540	79,5	Rp310.857.571
	TOTAL	**Rp. 1.483.850.548.000**	**Rp. 1.320.774.706.621**	**89%**	**Rp. 163.075.841.379**

Berdasarkan tabel III.2 di atas, anggaran awal untuk program kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023 adalah sebesar Rp. 1.483.850.548.000, dengan 37 (tiga puluh tujuh) sasaran program yang memiliki nilai anggaran masing- masing. Anggaran paling besar berada pada sasaran program Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan, dengan nilai Rp. 196.791.729.177. Anggaran paling kecil berada pada sasaran program Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional, dengan nilai Rp. 1.513.474.111. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 89% (Rp. 1.320.774.706.621). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 163.075.841.379.

C. Kondisi SDM pada Akhir Tahun 2023

Adapun kondisi SDM pada akhir tahun 2022 adalah sebagai berikut :

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2023

NO	KELOMPOK	STATUS TENAGA BLU						DIKNAS			PTT	TOT
		PNS	CPNS	PPPK	TENAGA TETAP	TENAGA TIDAK TETAP	MITRA	PNS	TETAP	PA		
I	MEDIS	239	0	9	13	12	1	67	1	5	0	347
II	TENAGA KEPERAWATAN	727	0	59	203	154	0	0	0	0	0	1143
III	TENAGA PENUNJANG	262	0	38	29	43	0	0	0	0	0	372
IV	TENAGA STRUKTURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	TENAGA NON MEDIS	434	0	7	415	30	0	0	0	0	0	886
JUMLAH		1662	0	113	660	239	1	67	1	5	0	2748

Jumlah keseluruhan tenaga di RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Akhir TA 2023 adalah sebanyak 2748, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Diknas. Tenaga BLU berjumlah 2675, dengan jenis tenaga PNS 1662 orang, CPNS 0 orang, PPPK 113 orang, tenaga tetap 660 orang, tenaga tidak tetap 239 orang. Untuk Tenaga Diknas terdiri dari PNS 67 orang, tenaga tetap 1 orang dan Pembimbing Akademik 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2748 orang terdapat 347 tenaga medis, tenaga keperawatan 1143 orang, tenaga penunjang 372 orang, tenaga struktural 0 orang dan tenaga non medis 886 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 37 sasaran, dengan 122 indikator kinerja utama. Dari 122 Indikator Kinerja Utama, Pada Tahun 2023 terdapat 110 Indikator sudah mencapai Target (90,2%) dan 1 Indikator hampir mencapai target (0,8%), 11 Indikator yang belum mencapai target (9,0%). Rata-rata ketercapaian kinerja seluruh indikator sebesar 108,05% (Kategori AA).
2. Indikator yang belum mencapai target adalah :
    a. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
    b. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
    c. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
    d. Waktu Pelayanan Pasien Di Igd ≤ 4 JAM
    e. Waktu Masuk Rawat Inap
    f. Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari
    g. Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO
    h. Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%
    i. Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan
    j. Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan
    k. Ketepatan Waktu Layanan
3. Secara umum realisasi anggaran sudah dilaksanakan dengan baik dengan persentase 89% (Rp. 1.320.774.706.621). Secara umum efisiensi yang dapat dilaksanakan dari seluruh kegiatan didapatkan dengan nilai Rp. 163.075.841.379.

4. Pada akhir tahun 2023 terdapat 2748 orang tenaga akhtif, yang terdiri dari 347 tenaga medis, tenaga keperawatan 1143 orang, tenaga penunjang 372 orang, tenaga struktural 0 orang dan tenaga non medis 886 orang.

B. Rekomendasi

Berdasarkan analisa masalah indikator sasaran yang tidak mencapai target di tahun 2023, maka dapat direkomendasikan masing-masing kegiatan strategis sebagai berikut :

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

   Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan
2. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

   Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan
3. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

   Tidak mencapai target karena 3 minggu Petugas bantuan Porter tidak bertugas, dan petugas sampling hanya dibantu menggunakan pneumatictube saja. Perlu dilaksanakan kajian terkait volume kegiatan laboratorium dan memastikan kebutuhan tenaga agar kegiatan bisa terlaksana dengan baik. Pengelolaan manajerial di Laboratorium perlu ditingkatkan
4. Waktu Pelayanan Pasien Di Igd ≤ 4 Jam

   Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan delay yang mengakibatkan

waktu pelayanan rawat darurat masih lebih dari 4 jam. Perlu ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini. Pengelolaan manajerial di IGD Perlu dimaksimalkan

5. Waktu Masuk Rawat Inap

   Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan delay yang mengakibatkan waktu masuk ruang rawat inap lebih dari 1 jam. Perlu ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini. Pengelolaan manajerial di IGD Perlu dimaksimalkan.

6. Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari

   Salah satu penyebab ketidaktercapaian indikator adalah jumlah hari kerja efektif yang lebih pendek daripada rumah sakit vertikal lain, namun permasalahan ini diupayakan solusi dengan pengajuan proposal upah lembur untuk petugas yang bekerja diluar hari efektif untuk memperlancar pelayanan Radioterapi di hari libur. Perlu dilaksanakan layanan yang tidak terpengaruh dengan hari libur (upaya layanan shift yang non stop). Namun dipastikan juga kemampuan alat agar tetap dilaksanakan maintenance untuk menghindari kendala kendala kerusakan. Perlu upaya peningkatan kapasitas SDM yang memadai.

7. Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO

   Perlu melaksanakan penelusuran mendalam secara klinis untuk menghasilkan outcome yang lebih baik. Perlu dilaksanakan mini reseach terhadap masing masing kasus dengan penelusuran faktor yang dapat mempengaruhi outcome pasien baik internal dan eksternal.

8. Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%

   Rumah sakit rujukan menerima kasus berat pada fase terminal. Pasien meninggal merupakan pasien derajad berat dan kritikal dengan kormobid yang kompleks. Perlu dilaksanakan mini reseach terhadap masing masing kasus dengan penelusuran faktor yang dapat mempengaruhi outcome pasien baik internal dan eksternal.

9. Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan

   Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit. Perlu dilaksanakan mini reseach terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam.

10. Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan

    Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit. Perlu dilaksanakan mini reseach terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam.

11. Ketepatan Waktu Layanan

    Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan.

REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA

NO	SASARAN/ PROGRAM	INDIKATOR	PENYEBAB TIDAK TERCAPAI	USULAN KEGIATAN	REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA
1.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan.	Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan	Yth. Dr.Med dan Dr. SDM: • Laksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif • Perbaiki pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan
2.	Transformasi RSV	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan.	Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan	Yth. Dr.Med dan Dr. SDM: • Laksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif • Perbaiki pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan
3.	Transformasi RSV	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	Tidak mencapai target karena 3 minggu Petugas bantuan Porter tidak bertugas, dan petugas sampling hanya dibantu menggunakan pneumatictube saja	Perlu dilaksanakan kajian terkait volume kegiatan laboratorium dan memastikan kebutuhan tenaga agar kegiatan bisa terlaksana dengan baik. Pengelolaan manajerial di Laboratorium perlu ditingkatkan	Yth. Dr.Med dan Dr. SDM: • Laksanakan kajian terkait volume kegiatan laboratorium dan memastikan kebutuhan tenaga agar kegiatan bisa terlaksana dengan baik. • Perbaiki manajerial di Laboratorium
4.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Waktu Pelayanan Pasien Di Igd ≤ 4 Jam	Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan delay yang mengakibatkan waktu pelayanan rawat darurat masih lebih dari 4 jam.	Perlu ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini. Pengelolaan manajerial di IGD Perlu dimaksimalkan	Yth. Dr. LO, Dr.Med dan Dr. SDM: • Upayakan ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD • Laksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif • Perbaiki Pengelolaan manajerial di IGD

5.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Waktu Masuk Rawat Inap	Belum adanya sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD masuk ruang rawat inap <1 jam, kemudian kendala dalam pelaporan pasien oleh dokter residen kepada DPJP sehingga pengambilan keputusan delay yang mengakibatkan waktu masuk ruang rawat inap lebih dari 1 jam.	Perlu ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD. Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini. Pengelolaan manajerial di IGD Perlu dimaksimalkan	Yth. Dr. LO, Drilled dan Dr. SDM • Upayakan ada sistem monitoring yang adekuat untuk memantau pasien di IRD sampai dengan keluar dari IGD • Laksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif • Perbaiki Pengelolaan manajerial di IGD
6.	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	Salah satu penyebab ketidaktercapaian indikator adalah jumlah hari kerja efektif yang lebih pendek daripada rumah sakit vertikal lain, namun permasalahan ini diupayakan solusi dengan pengajuan proposal upah lembur untuk petugas yang bekerja diluar hari efektif untuk memperlancar pelayanan Radioterapi di hari libur.	Perlu dilaksanakan layanan yang tidak terpengaruh dengan hari libur (upaya layanan shift yang non stop). Namun dipastikan juga kemampuan alat agar tetap dilaksanakan maintenance untuk menghindari kendala kendala kerusakan. Perlu upaya peningkatan kapasitas SDM yang memadai	Yth. Dr. LO, Drilled dan Dr. SDM • Coba diupayakan dilaksanakan layanan yang tidak terpengaruh dengan hari libur (upaya layanan shift yang non stop). • Pastikan juga kemampuan alat agar tetap dilaksanakan maintenance untuk menghindari kendala kendala kerusakan. • Pastikan peningkatan kapasitas SDM yang memadai
7.	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	Perlu melaksanakan penelusuran mendalam secara klinis untuk menghasilkan outcome yang lebih baik	Perlu dilaksanakan mini reseach terhadap masing masing kasus dengan penelusuran faktor yang dapat mempengaruhi outcome pasien baik internal dan eksternal.	Yth. Drilled dan Dr. SDM • Laksanakan mini reseach terhadap masing masing kasus dengan penelusuran faktor yang dapat mempengaruhi outcome pasien baik internal dan eksternal.
8.	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	Rumah sakit rujukan menerima kasus berat pada fase terminal. Pasien meninggal merupakan pasien derajad berat dan kritikal dengan kormobid yang kompleks.	Perlu adanya sistem komunikasi pra-hospital sebelum rujukan dan perburukan pada kasus-kasus dari fasyankes perujuk, untuk mengurangi kasus kematian.	Yth. Drilled • Bangun sistem komunikasi pra-hospital sebelum rujukan dan perburukan pada kasus-kasus dari fasyankes perujuk, untuk mengurangi kasus kematian. Command Center adalah upaya yang baik.
9.	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit	Perlu dilaksanakan mini reseach terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam	Yth. Drilled dan Renkeu • Upayakan dilaksanakan mini reseach terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam

10.	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	Perlu didalami komponen beban persediaan, dengan penelusuran mendalam beban farmasi sesuai dengan kegiatan operasional layanan rumah sakit	Perlu dilaksanakan mini reseach terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam	Ytk. Direksi dan Rekan • Upayakan dilaksanakan mini research terkait komponen volume beban farmasi yang lebih mendalam
11.	Transformasi RSV	Ketepatan Waktu Layanan	Peran DPJP yang belum maksimal dalam mempercepat waktu tunggu layanan. Disamping itu pengelolaan pembagian tugas dan manajemen volume pasien dari segi waktu di rawat jalan perlu ditingkatkan.	Perlu dilaksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif. Pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan Perlu dimaksimalkan	Ytk. Direksi dan Dr. SUPR • Laksanakan upaya – upaya meningkatkan peran DPJP dalam indikator ini, dengan peningkatan disiplin DPJP melalui komunikasi yang persuasif • Perbaiki pengelolaan manajerial di Poliklinik Rawat Jalan

Denpasar, Januari 2024
Direktur Utama

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

LAMPIRAN

Lampiran 1 Perjanjian Kinerja

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G.
NGOERAH DENPASAR

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

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

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Agustus 2023

Pihak Kedua,	Pihak Pertama
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS	dr. I Wayan Sudana, M.Kes
NIP.197106262000031002	NIP. 196504091995091001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I G.N.G.

NGOERAH DENPASAR

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	≥88%
2	Tersedianya pelayanan unggulan	2	Persentase kematian neonatus	≤11%
		3	Peningkatan jumlah kunjungan pasien jantung	≥12%
		4	Peningkatan jumlah layanan kemoterapi day care	≥6%
		5	Peningkatan jumlah pasien operasi	≥3%
		6	Peningkatan kunjungan pasien rawat jalan (pasien non-BPJS)	≥8%
3	Tersedianya sumber daya pendidikan dan penelitian yang optimal	7	Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih	≥85%
		8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi	≥12 pelatihan
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	9	Persentase Kematian Ibu	≤4.2%
		10	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang	100%
		11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/ BIOS)	100%
		12	Peningkatan Jumlah RS yang dilakukan pendampingan pelayanan	≥5 RS
		13	Persentase Pelaksanaan Sisrute	≥75%
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	14	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥85%
		15	Peningkatan Kepuasan Pegawai	≥78%

6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	16	Persentase Peningkatan Pendapatan PNBP	≥10%
		17	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	≥92%
		18	Current Rasio	≥550%
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	19	Persentase terlaksananya manajemen resiko RS	≥85%
		20	Persentase terlaksananya tata kelola BMN di RS	≥85%
		21	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS	100%
		22	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS	≥85%
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	≥95%
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	≤2,5%
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		27	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	≥10%
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		29	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥70%
		30	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		31	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%
		32	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
		33	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%

		34	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 Indikator tercapai setiap layanan
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	35	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Kegiatan
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	36	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 Kegiatan
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	37	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Kegiatan
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	38	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		39	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
		40	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		41	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		42	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		43	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		44	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		45	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
		46	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		47	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
		48	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	49	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	1 Kegiatan

		50	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	500 sample
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	51	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
19	Indikator RPJMN	52	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	53	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	≥92.5%
		54	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	≥95%
		55	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	≥97%
		56	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	≥95%
		57	Persentase nilai EBITDA Margin	≥15%
21	IKT Aspek Klinis	58	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	≥80%
		59	Lama rawat pasien Kanker payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		60	"Door to Ballon " time 90 menit pada kasus STEMI	≥80%
		61	Pasien PGK stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan intervensi dialysis dalam 1 x 24 jam	≥80%
		62	Persentase kemampuan menangani BBLSR 1000 --< 1500 gr	≥80%
		63	Kejadian kematian ibu karena pre eclampsia/ eclampsia di rumah sakit	<30%
22	IKT Aspek Keuangan	64	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	10%
23	Transformasi RSV	65	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%
		66	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%

		67	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%
		68	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam	≥90%
		69	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%
		70	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	71	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	≥80%
		72	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		73	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90%
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	74	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥80%
		75	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
		76	Overall Treatment Time (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	≥80%
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	77	Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit	≥80%
		78	Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1	<10%
		79	Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1	≥95%
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	80	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	≥60%
		81	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	≥3%
		82	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	≥80%
		83	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	≥60%

		84	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	≥80%
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	85	Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target HbA1C	≥40%
		86	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	≥40%
		87	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	≥40%
		88	Skrining komplikasi makrovaskular	≥50%
		89	Skrining komplikasi mikrovaskular	≥50%
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	90	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja	≥40%
		91	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	≥40%
		92	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	<20%
		93	Mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5%	<5%
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	94	Persentase keberhasilan pengobatan TBC SO	≥75%
		95	Persentase keberhasilan pengobatan TBC RO	≥60%
		96	Angka inisiasi pengobatan TBC RO	≥60%
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	97	Tercapainya kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	≥20%
		98	Tidak terjadi early rebleeding (24 jam) dan penurunan Hb >2g/dl pasca endoskopi hemostatik	≥80%
		99	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	≥80%, ≥50%
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	100	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	≥60%
		101	Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%

33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	102	Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit	100%
		103	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan Clinical Pathway	100%
		104	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%	≤ 5%
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	105	Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	<1%
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	106	Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit	≥60%
		107	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	≤ 2%
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	108	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)	Positif
		109	Cash Flow	Positif
		110	Pendapatan	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNBP
		111	Beban	Linear sesuai target pengeluaran BLU/ PNBP
		112	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan	≤50%
		113	Rasio Beban Persediaan thd. Pendapatan	≤25%
		114	Rasio Beban Farmasi thd. Pendapatan	≤20%
		115	Rasio Beban Adminstrasi thd. Pendapatan	≤15%
		116	Days Receivable Turnover	≤40 hari
		117	Days Inventory Turnover	≤60 hari
		118	Days Payable Turnover	≤60 hari

37	IKT Aspek Manajerial	119	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		120	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%
		121	Ketersediaan Fasilitas Layanan	≥82,50%
		122	Ketepatan Waktu Layanan	≥80%

Anggaran Kegiatan

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
1	Tersedianya sumberdaya pelayanan kesehatan yang optimal	111.583.267.148
2	Tersedianya pelayanan unggulan	26.025.991.856
3	Tersedianya sumberdaya diklit yang optimal	74.514.336.306
4	Terwujudnya peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien	13.562.112.917
5	Terwujudnya kepuasan stakeholder	51.572.785.606
6	Terwujudnya kinerja keuangan yang sehat	15.238.129.042
7	Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang baik	16.460.701.708
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	51.411.122.481
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	51.119.342.148
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	14.784.685.583
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26.025.991.856
12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	86.307.672.856
13	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	50.448.799.759
14	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	26.025.991.856
15	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	27.248.564.523
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	51.411.122.481
17	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	13.723.776.042
18	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	13.010.082.639

No	Sasaran Program	Anggaran (dalam rupiah)
19	Indikator RPJMN	38.395.213.264
20	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	38.265.096.056
21	IKT Aspek Klinis	14.232.655.306
22	IKT Aspek Keuangan	13.171.745.764
23	Transformasi RSV	14.686.098.764
24	Transformasi RSV (Aspek Klinis STROKE)	26.578.022.134
25	Transformasi RSV (Aspek Klinis KANKER)	26.578.022.134
26	Transformasi RSV (Aspek Klinis JANTUNG)	26.578.022.134
27	Transformasi RSV (Aspek Klinis URONEFROLOGI)	26.578.022.134
28	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Dewasa)	26.578.022.134
29	Transformasi RSV (Aspek Klinis DIABETES MELLITUS Anak)	26.578.022.134
30	Transformasi RSV (Aspek Klinis TUBERCULOSIS)	26.578.022.134
31	Transformasi RSV (Aspek Klinis GASTROHEPATOLOGI)	26.578.022.134
32	Transformasi RSV (Aspek Klinis KESEHATAN JIWA)	26.578.022.134
33	Transformasi RSV (Aspek Klinis PINERE)	26.578.022.134
34	Transformasi RSV (Aspek Klinis MATA)	26.578.022.134
35	Transformasi RSV (Aspek Klinis ORTHOPEDI)	26.578.022.134
36	Kinerja Keuangan dan Operasional RSV	13.171.745.764
37	IKT Aspek Manajerial	1.469.029.667
	TOTAL	**1.172.802.327.000**

Sumber Anggaran

BLU	888.000.000.000
PHLN	172.309.752.000
RM	112.492.575.000

Jakarta , Agustus 2023

Pihak Kedua,

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

Pihak Pertama,

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

Lampiran 2. Kamus Indikator

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	[V] Efisiensi / *Efficient* [V] Efektifitas / *Effective* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [V] 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	[ ] Struktur / Input [V] Proses [ ] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendaptkan peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan
j.	Target Pencapaian	≥88%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: SDM yangmemenuhi kriteria Tugas Belajar SDM yang diusulkan dari unitnya untuk mengikuti pelatihan Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah SDM Pemberi pelayanan yang mendaptkan peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan / Jumlah seluruh SDM pemberi pelayanan X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
p.	Besar Sampel	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
q.	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Koordinator Diklit

2. Persentase kematian neonatus

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	☐ Efisiensi / *Efficient* ☑ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ 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	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari
j.	Target Pencapaian	≤11%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah neonatus yang meninggal umur 0-28 hari}}{\text{Jumlah bayi yang dirawat umur 0-28 hari}}$ X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kerta kerja angka kematian neonatus
p.	Besar Sampel	Kematian semua pasien bayi yang baru lahir atau usianya 0-28 hari
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u	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	☐ Efisiensi / *Efficient* ☑ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ 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 spesialistik dan subspesialistik jantung dan pembuluh darah yang berkualitas, efektif dan efisien sehingga untuk itu diperlukan tatakelola yang baik sesuai dengan standar yang ditetapkan
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJTpada periode sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT pada periode sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥12%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan layanan di Poliklinik PJT Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y- Tahun Y-1 ——————————————————— X100% J Jumlah kunjungan pasien jantung di poliklinik PJT Tahun Y-1
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi PJT
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja kunjungan pasien di PJT
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien PJT
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi PJT

4. Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi Day Care

a.	Judul Indikator	Meningkatnya Pelayanan Kemoterapi *Day Care*
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 *day care*. Pelayanan kemoterapi *day* care merupakan salah satu pengembangan pelayanan untuk para pasien kanker. Dengan pelayanan kemoterapi *Day Care* ini, maka memungkinkan para pasien untuk menjalani kemoterapi tanpa harus rawat inap.
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Keselamatan / *Safe* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mendapatkan gambaran peningkatan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kemoterapi *day care* di Instalasi Kanker Terpadu RSUP Sanglah Denpasar
e.	Definisi Operasional	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
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi *day care* pada periode pelaporan dikurangi jumlah kunjungan pasien kemoterapi *day care* pada periode pelaporan sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien kemoterapi *day care* pada periode pelaporan sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥12%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien kemoterapi yang mendapatkan layanan *day care* di Instalasi Kanker Terpadu Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah Kunjungan pasien kemoterapi *day care* pada periode Tahun Y- Tahun Y-1 ——————————————————— X100% Jumlah kunjungan pasien kemoterapi *day care* pada periode Tahun Y-1
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Kanker Terpadu
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja pasien kemoterapi *day care* di Instalasi Kanker Terpadu
p.	Besar Sampel	Total sampling pasien pasien kemoterapi *day care* instalasi kanker Terapdu
q.	Cara Pengambilan Sampel	✓ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Rawat Inap

5. Meningkatnya Jumlah Pasien Operasi

a.	Judul Indikator	MeningkatnyaJumlah 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	☐ Efisiensi / *Efficient* ☑ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ 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, cidera, cacat yang dilakukan diseluruh kamar operasi
f.	Jenis Indikator	☑ Struktur / Input ☑ Outcome V Proses ☑ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan di seluruh kamar operasi dikurangi jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya di seluruh kamar operasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi pada periode pelaporan sebelumnya diseluruh kamar operasi
j.	Target Pencapaian	≥6%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua tindakan yang dilakukan oleh DPJP di kamar operasi Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	J Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y- Tahun Y-1 / Jumlah pasien operasi pada periode Tahun Y-1 X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja tindakan operasi per kamar operasi di seluruh kamar operasi
p.	Besar Sampel	Total sampling tindakan operasi di kamar operasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Bedah Sentral

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	☑ Efisiensi / *Efficient* ☑ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ 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	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan di poliklinik rawat jalan dan emergensi dikurangi jumlah pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Non BPJS pada periode pelaporan sebelumnya di poliklinik rawat jalan dan emergensi
j.	Target Pencapaian	≥3%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di poliklinik rawat jalan dan emergensi Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien Rawat Jalan Non BPJS di Poliklinik rawat jalan dan Emergensi pada periode Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{Jumlah Kunjungan pasien Rawat Jalan Non BPJS di Poliklinik rawat jalan dan Emergensi pada periode Tahun Y-1}}$ X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IRJ, PJT, IGD, Wing Amerta
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja kunjungan pasien non BPJS
p.	Besar Sampel	Total sampling/total kunjungan pasien non BPJS
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IRJ, Ka. Instalasi PJT, Ka. IGD

7. Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik dan Pelatih

a.	Judul Indikator	Persentase Peningkatan Kompetensi SDM Pendidik Klinis dan SDM Diklat
b.	Dasar Pemikiran	Dengan peningkatan kompetensi SDM pendidik klinis dan SDM Diklat dapat meningkatkan kompetensi pemberi pendidikan dan pelatihan
c.	Dimensi Mutu	[V] Efisiensi / *Efficient* [V] Efektifitas / *Effective* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [V] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk meningkaatan kompetensi Clinical Teacherdan dan SDM Diklat sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan pelatihan yang berdampak terhadap peningkatan kompetensi peserta didik.
e.	Definisi Operasional	Rata-rata persentase SDM pendidik klinis yang mendapat pelatihan clinical teacher dan SDM diklat yang mendapat pelatihan MOT dan TOC
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Proses [ ] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah SDM Pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT dan Jumlah SDM Diklat tang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
i.	Denominator (penyebut)	Total seluruh SDM Pendidik Klinis Jml seluruh SDM Diklat yang memenuhi persyaratan pelatihan
j.	Target Pencapaian	≥85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: SDM RS yang ditetapkan dengan SK sebgai pendidik klinis SDM yang bekerja di Bagian Diklit Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Rata-rata = Persentase SDM pendidik Klinis yang mendapatkan pelatihan CT + Persentase SDM Diklit yang mendapatkan pelatihan MOT dan TOC
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
p.	Besar Sampel	Total sample sesuai dengan usulan rencana pengembangan
q.	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Koordinator Diklit

8. Meningkatnya Jumlah Pelatihan Terakreditasi

a..	Judul Indikator	Jumlah pelatihan yang sudah di akreditasi oleh Badan PPSDM Kesehatan
b.	Dasar Pemikiran	Penyelenggaran setiap pelatihan untuk mendapatkan legal aspek wajib mendaptakn persetujuan dari Badan PPSDM Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	[V] Efisiensi / *Efficient* [V] Keselamatan / *Safe* [V] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [V] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Semua pelatihan yang diselenggarakan mendapatkan persetujuan legal aspek dan kompeten
e.	Definisi Operasional	Pengakuan yang dikeluarkan dari Badan PPSDM Kesahatan untuk setiap pelatihan yang diselenggaranan untuk menjamin mutu dan kompetennya suatu pelatihan yang akan diselenggarakan
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Pelatihan
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pelatihan yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pelatihan yang sudah mendapatkan rekomendasi dari Badan PPSDM Kesehatan
j.	Target Pencapaian	12 Pelatihan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pelatihan yang diselenggarakan oleh Bagian Diklit Kriteria Eksklusi: Pelatihan yang diampun oleh bagian Diklit
l.	Formula	Jumlah Pelatihan yang diselenggarakan oleh Bagian Diklit yang terakreditasi Badan PPSDM Kesehatan
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kegiatan Bagin Diklit
p.	Besar Sampel	Total sample
q.	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	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 tuberculosis 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	☐ Efisiensi / *Efficient* ☑ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
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	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Pelatihan
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat di RSUP Prof. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	≤4,2%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetric / Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas yang dirawat x100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja angka kematian ibu
p..	Besar Sampel	Kematian ibu pada periode hamil, bersalin, nifas yang disebabkan oleh penyebab obstetri
q.	Cara Pengambilan Sampel	✓ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IGD, Ka. Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Inap VIP, IATI

10. Persentase Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

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 elektonik
Dimensi Mutu	:	Efektivitas dan *Responsiveness*
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 Pengumpula	:	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 (*real time*). **) dikecualikan untuk dokumen informed concent*

	Perjanjian Tingkat Layanan atau Service Level Agreement (SLA) adalah adalah Dokumen kontrak yang menjamin tingkat performa untuk berbagai macam metriks 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 sebesai **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;**

		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**;
		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**;
		Apabila RS memiliki sistem pencadangan (*Backup System*) 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**.
Standar	:	**100** 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)

Area	:	Manajerial
Perspektif	:	*Learning and Growth*
Sasaran Strategis	:	Pengembangan Sistem Informasi Badan Layanan Umum
Indikator Kinerja Utama	:	Persentase Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU
Dimensi Mutu	:	Sistem Informasi BLU yang andal dan modern
Tujuan	:	Mengukur tingkat modernisasi BLU dalam rangka peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data dalam rangka pengambilan keputusan (*decision support system*).
Definisi Operasional	:	Modernisasi Pengelolaan BLU adalah Pemanfaatan teknologi informasi dalam rangka pengelolaan BLU untuk menyajikan data dan informasi kepada internal dan eksternal secara handal yang dilakukan dengan pengembangan sistem informasi terintegrasi sehingga sumber daya dapat dikelola secara efektif dan efisien dan meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.
Formula	:	Persentase penyelesaian pengembangan modernisasi BLU pada tahun 2023 terdiri dari 5 (lima) tahapan dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan : **Penyelesaian Tahapan:**

Uraian	Skor / tahap	Bobot (%)
Integrasi Data		40
a. Pengembangan Webservice pada Tahap Development		
1) Permintaan secret key development	2	
2) Data terkirim pada server development	10	
3) Pengiriman dilakukan dengan *scheduler/automation*	8	
b. Pengembangan webservice pada Tahap Production		
1) Permintaan secret key production	2	
2) Data terkirim pada server production	18	
c. Kelengkapan Pengiriman Data MelaluiWebservice		
1) Pengiriman data rutin dilakukan setiap hari (daily)	30	
- Dapat mengirim history data transaksi yang sudah lampau.		
2) Kelengkapan data terkirim (sesuai panduan web service: http://bit.ly/PanduanWebserviceBIOS).		
- Data Keuangan (5 Parameter) – Wajib, kas basis		
- Data Layanan (rumpun kesehatan) 14 parameter.		
- Data SDM (rumpun kesehatan) 14 parameter	30	
Analitika Data		20
a. Dashboard Layanan (aplikasi)		
1) Menampilkan kinerja layanan utama (IKT)	12	
2) Jumlah pengguna layanan	3	
3) Trend pemberian layanan (bisa embed ke no 2)	3	
4) Hasil survey pengguna layanan	3	
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	9	
b. Dashboard Keuangan (Aplikasi)		
1) Menampilkan realisasi pendapatan dan belanja kas BLU	6	
2) Menampilkan jumlah posisi saldo kas (saldo awal+ saldo berjalan= saldo akhir)	6	
3) Menampilkan saldo rekening BLU	6	
4) Analisis data keuangan (rasio Keuangan yg ada di matrat)	6	
5) Tersedia akses bagi Direktorat PPKBLU	6	
c. Dashboard SDM—non Aplikasi		
1) Komposisi SDM (asn, non asn)	6	
2) Profil SDM (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dll.	6	
3) Analisis kebutuhan pegawai (bisa embed ke no 4)	2	
4) Analisis beban kerja	2	
5) Analisis kinerja pegawai (iki/skp pegawai)	2	
6) *Training need analysis (pelatihan yg dibutuhkan pegawai)*	2	
d. Dashboard Pendukung (4 dashboard) @5 poin Dashboard pendukung dibuat berdasarkan pedoman dashboard yang ada di komponen penilaian maturity rating. (Non Aplikasi)	20	
Dashboard yang terdapat dalam Komponen Penilaian Maturity Rating :		

		1	Pemantauan Kinerja Alur Proses Bisnis Organisasi		
		2	Pemantauan Aktivitas Pengelolaan TI		
		3	Pemantauan Kinerja pengelolaan Layanan Kepada Masyarakat		
		4	Pemantauan Proses Pengembangan Inovasi Layanan		
		5	Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan (internal/eksternal)		
		6	Pemantauan Proses Manajemen Pengetahuan		
		7	Pemantauan Capaian Rencana Strategis		
		8	Pemantauan Penerapan Kode Etik Organisasi		
		9	Pemantauan Kinerja terhadap Pengelolaan Hubungan dengan Stakeholder		
		10	Pemantauan Risiko Organisasi		
		11	Pemantauan Aktivitas Pengawasan dan Pengendalian Organisasi		
		12	Pemantauan Proses Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan		
		13	Pemantauan Proses Efisiensi Penggunaan Sumber Daya		
	Sistem Informasi Manajemen				20
	a. Sistem Informasi Keuangan aplikasi (non SAKTI) kas basis /transaksi jurnal harian 1) Pencatatan penerimaan 2) Pencatatan pengeluaran 3) Pencatatan saldo rekening			6 6 8	
	b. Sistem Informasi Layanan (aplikasi) 1) Pencatatan transaksi layanan utama - Rawat jalan: jml kunjungan per poli - Rawat inap: jml pasien + kelas pasien - Laboratorium: jml pasien per parameter 2) Integrasi dengan sistem keuangan			48	
	(untuk layanan umum, pendaftaran – data pasien - koneksi ke tarif layanan s.d. pembayaran)			12	
	c. Sistem Informasi SDM (aplikasi) 1) Pencatatan data SDM * Rekam, Ubah, Hapus data SDM (rekrutmen, pemberhentian, perubahan status SDM) 2) Pencatatan perhitungan kinerja SDM (e-kinerja)			12 8	
	Website				10
	a. Performa Website (GT metrix) 1) Pengujian > 40% (bobot 100%) 2) Pengujian 20 % s.d. 40% (bobot 75%) 3) Pengujian < 20% (bobot 50%)			40	
	b. Fungsi Website 1) Informasi profil BLU 2) Informasi layanan BLU 3) Laporan Kinerja & Laporan Tahunan BLU 4) Fitur sarana pengaduan 5) Fitur survey layanan pengguna- saran masukan			12 12 12 12 12	
	Operasionalisasi BIOS				10

		Kelengkapan Data pada Modul BIOS: a. Profil BLU • informasi umum, organisasi, pejabat dan pegawai, logo dan struktur, SWOT b. Data Layanan (Bulanan) (otomatis tercapai jika capaian tahap I =100%) (bagi BLU belum Web Service) • layanan kesehatan • Layanan lainnya c. Data Keuangan • penyampaian/upload Catatan Atas Laporan Keuangan BLU, (periode sebelumnya, baik Triwulanan, Semesteran, Tahunan Unaudited, Tahunan Audited) d. Rencana Bisnis Anggaran dan Rencana Strategis Bisnis • melakukan upload dokumen RSB dan RBA terbaru yang masih berlaku, pada menu Renstra Bisnis dan RBA. e. Pengelolaan Kinerja • input data kontrak kinerja pada modul pengelolaan kinerja f. Dokumentasi • melakukan upload dokumen SOP terbaru yang masih berlaku, sesuai dengan jenis dokumennya pada BIOS g. Pembinaan • Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaanDit. PPK BLU dan Kanwil h. Dewas • Memberikan tanggapan atas rekomendasi pada Laporan Dewas, dan sudah menyusun rencana aksi atas rekomendasi dan saran dewas Periode Pelaporan Terakhir (semesteran sebelumnya)	10 10 10 10 10 10 10 10	
		Tarif dan Remunerasi a. pengajuan remunerasi baru/revisi pada modul remunerasi (jika ada) b. Melakukan proses pengajuan usulan tarif baru/revisi (jika ada). Melakukan input/upload Data Tarif	10 10	

Kecepatan Penyelesaian:

Tambahan capaian dapat diklaim jika penyelesaian tiap tahap telah mencapai 100%.

Bobot Kecepatan penyelesaian capaian dihitung secara proporsional sebagai berikut (bobot untuk pencapaian 100% pertama kali dalam Triwulan yang bersangkutan):

Uraian	poin	Tw I	Tw II	Tw III	Tw IV
Integrasi Data	5	100%	75%	50%	25%
Website	5	100%	100%	75%	50%
Sistem Informasi Manajemen	5	100%	100%	100%	75%
Analitika Data	5	100%	100%	100%	100%

Dalam hal capaian triwulan sebelumnya sudah tercapai 100%, bobot triwulan berjalan mengikuti triwulan sebelumnya sepanjang capaian triwulan berjalan mencapai 100%. Khusus untuk Indikator "Integrasi Data", capaian kecepatan dapat diklaim jika sudah selesai pengembangan di server *production* dan *endpoint* data yang dikirimkan telah lengkap minimal selama 1 Triwulan.

Extra Miles:

Extra Miles merupakan capaian tambahan yang mendukung capaian indikator utama. dan hanya dapat diklaim 1 kali dalam 1 tahun.

Tahapan	Uraian	Extra Miles	Poin	Ket
I	Integrasi Data	Kelengkapan Jangka Waktu Pengiriman Data	6 3 3	1x Maks 12
II	Analitika Data	a. Ada SK SDM / Bagian di bidanAnalisis Data b. Analisis data pada level Prediktif /Preskriptif [Laporan Penelitiandan/atau Analisis data tentan keuangan atau layanan BLU] (persyaratan matrat lv 5)		1x tiap triwulan (judul berbeda)
III	Sistem Informasi Manajemen	Penyediaan aplikasi *mobile* untuk pemberian layanan		1x
IV	Website	Website muncul pada halpertama *search engine* (SEmaksimal urutan ke - 3		tiap triwulan

Bobot Extra miles

Tahap I Integrasi Data:

No	Kelengkapan Data Terkirim	Bobot	Poin x bobot
1	Mulai 1 Januari 2022	50%	6
2	Mulai 1 Januari 2021	25%	3
3	Mulai 1 Januari 2020	25%	3

Tahap II Analitika Data:

a. Ada SK SDM / Bagian di bidang Analisis Data (50%)
b. Analisis data pada level Prediktif / Preskriptif (50%)

Tahap III Sistem Informasi Manajemen Penyediaan aplikasi mobile untuk pemberian layanan (100%)

Tahap IV Website muncul pada urutan antara 1 s.d. 3 pada halaman pertama search engine Google (SEO) dengan kata kunci nama BLU bersangkutan (100%)

	:	**Penghitungan Capaian =** **Persentase Penyelesaian Tahapan + Persentase *Extra Miles* + Persentase Kecepatan Penyelesaian** **∑(poin tahapan * bobot) + ∑(poin extra mils * bobot) + ∑(poin kecepatan * bobot)** Capaian tambahan terdiri dari 2 komponen yaitu Kecepatan Penyelesaian (max. 20 poin) dan *Extra Miles* (max. 30 poin), untuk pembobotan dilakukan secara proporsional. *Extra Miles* dapat dikerjakan beriringan dengan indikator utama. **Contoh perhitungan realisasi Triwulanan :** 1. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di Triwulan I sbb: • Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2022; • Menyelesaikan tahapan analitika data kurang dashboard pendukung (poin 80) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, belum memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU; • Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi *mobile* untuk layanan; • Menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan I dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google. • Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 100% Maka capaiannya adalah : • Penyelesaian Tahapan: = ((100 * 40%) + (80 * 20%) + (80 * 20%) + (100 * 10%) + (100 * 10%)) = (40 + 16 + 16 + 10 + 10) = 92 • Extra Miles: = ((12 * 50%) + (8 * 50%) + 0 + (4 * 100%)) = (6 + 4 + 0 + 4) = 14 • Kecepatan Penyelesaian = ((5 * 100%) + 0 + 0 + (5 * 100%)) = (5 + 0 + 0 + 5) = 10 • Total Nilai = 116 2. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU A di triwulan II sbb: • Menyelesaikan tahapan integrasi data, poin = 100 dan mengirimkan data mulai 1 Januari 2021; • Menyelesaikan seluruh tahapan analitika data (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;

- Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen belum memiliki SI SDM poin hanya 80, sdh memiliki aplikasi *mobile* untuk layanan;
- Menyelesaikan tahapan website 80% (karena performance website turun) pada triwulan II dan muncul di urutan pertama mesin pencari Google.
- Menyelesaikan Tahapan Operasional

BIOS 100%. Maka capaiannya adalah :

- Penyelesaian Tahapan:
  = ((100 * 40%) + (100 * 20%) + (80 * 20%) + (80 * 10%) + (100 * 10%))
  = (40 + 20 + 16 + 8 + 10)
  = 94
- Extra Miles:
  = ((12 * 25%) + (8 * 50%) + (6 * 100%) + (4 * 100%))
  = (3 + 4 + 6 + 4)
  = 17
- Kecepatan Penyelesaian
  = ((5 * 100%) + (5 * 100%) + 0 + 0)
  = (5 + 5 + 0 + 0)
  = 10
- Total Nilai
  = 121

3. Capaian IKT Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU BLU B di triwulan III sbb:

- Baru menyelesaikan tahapan integrasi data s.d. tahap Production, poin = 40 ;
- Baru menyelesaikan seluruh tahapan analitika data pada Triwulan III (poin 100) dan ada SK tim khusus untuk melakukan analisis data, memiliki Laporan Penelitian dan/atau Analisis data tentang keuangan atau layanan BLU;
- Menyelesaikan tahapan sistem informasi manajemen, belum memiliki SI SDM poin hanya 80, belum memiliki aplikasi *mobile* untuk layanan;
- Baru menyelesaikan tahapan website 100% pada triwulan III dan tidak muncul di halaman pertama mesin pencari Google.
- Menyelesaikan Tahapan Operasional BIOS 80 (tidak mengupload RBA dan tidak menginput data kontrak kinerja).

Maka capaiannya adalah :

- Penyelesaian Tahapan:
  = ((40 * 40%) + (100 * 20%) + (80 * 20%) + (100 * 10%) + (80 * 10%))
  = (16 + 20 + 16 + 10 + 8)
  = 70
- Extra Miles:
  = (0 + (8 * 100%) + 0 + 0)
  = (0 + 8 + 0 + 0)
  = 8
- Kecepatan Penyelesaian
  = (0 + (5 * 100%) + 0 + (5 * 75%)
  = (0 + 5 + 0 + 3,75)
  = 8,75
- Total Nilai
  = 86,75

Satuan Pengukuran	:	Persentase (%)
Jenis Konsolidasi Periode	:	*Take Last Known*
Standar	:	100%
Polarisasi Indikator Kinerja	:	Maximize (semakin tinggi capaian semakin baik)
Periode Pelaporan	:	Triwulanan
Sumber Data	:	1. Data pada BIOS 2. Sistem Informasi pada BLU 3. Data Primer sebagai bahan uji dan pembanding
Kriteria Penilaian Kotrak Kinerja	:	$C_n = \left\{ \left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Total Nilai Capaian α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)
PIC	:	SIMRS

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	[V] Efisiensi / *Efficient* [ ] Efektifitas / *Effective* [V] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [V] 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	[ ] Struktur / Input [V] Proses [ ] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Rumah Sakit
h	Numerator (pembilang)	-
i	Denominator (penyebut)	-
j	Target Pencapaian	≥5 RS
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: RS Daerah yang didampingi Kriteria Eksklusi:
l	Formula	Jumlah RS yang didampingi
m	Metode Pengumpulan Data	
n	Sumber Data	RS yang didampingi
o	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Pendampingan RS
p	Besar Sampel	RS yang didampingi
q	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u	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 *respon time* terhadap rujukan ke rumah sakit melalui sistem rujukan Sisrute.
c.	Dimensi Mutu	[V] Efisiensi / *Efficient* [V] Efektifitas / *Effective* [V] Aksesibilitas/*Accessible* [V] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [V] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) dengan *respon time* kurang dari 1 jam 75%
e.	Definisi Operasional	Sistem rujukan yang terintegrasi
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Proses [ ] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
j.	Target Pencapaian	≥75%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien gawat; pasien darurat dan pasien gawat darurat Kriteria Eksklusi: Situasi bencana (disaster) / musibah massal
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang rujukannya melalui SISRUTE diberikan respon oleh MOD dalam waktu <1 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	IGD/Aplikasi Sisrute
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kertas kerja Waktu tanggap kedaruratan di IGD
p.	Besar Sampel	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat dirujuk melalui SISRUTE ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. IGD

14. Peningkatan Kepuasan Pasien

a.	Judul Indikator	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang mengenai pelayanan publik Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Salah satu komponen utama dari transformasi RS Vertikal adalah peningkatan pengalaman pasien yang dilakukan antara lain dengan upaya mengurangi jumlah keluhan dan mempercepat penganganan keluhan pasien. Survei kepuasan pasien dilakukan dengan menggunakan form survei kepuasan pasien yang sudah distandarisasi.
c.	Dimensi Mutu	[ ] Efisiensi / *Efficient* [ ] Efektifitas / *Effective* [V] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [V] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan
e.	Definisi Operasional	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [ ] Proses [V] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	ineks
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	≥ 85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
l.	Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Responden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$
m.	Metode Pengumpulan Data	survei
n.	Sumber Data	Survey kepuasan pasien yang dilakukan oleh pihak eksternal BLU (RSB)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner (terlampir)
p.	Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan

q.	Cara Pengambilan Sampel	*Stratified Random Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Semesteran
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Umum

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	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☑ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ 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	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Total nilai persepsi (1-4)
i.	Denominator (penyebut)	Total jumlah responden
j.	Target Pencapaian	≥78%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pegawai yang telah bekerja diatas satu tahun Kriteria Eksklusi: Pegawai yang telah bekerja dibawah satu tahun
l.	Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi (1-4)}}{\text{Total jumlah responden}}$ X25%
m.	Metode Pengumpulan Data	Survey
n.	Sumber Data	Hasil Survey
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner
p.	Besar Sampel	Seluruh pegawai RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	Melalui sistem informasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Sekali setahun pada TW III hingga TW IV
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	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	[√] Efisiensi / *Efficient* [√] Efektifitas / *Effective* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [ ] 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	[ ] Struktur / Input [ ] Proses [V] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Penerimaan Tahun Berjalan dikurangi Penerimaan Tahun Sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Penerimaan Tahun Sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥10%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh Penerimaan PNBP Kriteria Eksklusi: Selain Penerimaan PNBP
l.	Formula	$\frac{\text{Penerimaan Periode Tahun Y – Tahun Y-1}}{\text{Penerimaan Periode Tahun Y-1}}$ X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Studi Dokumentasi
n.	Sumber Data	Laporan Penerimaan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
p.	Besar Sampel	Total Penerimaan PNBP RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah
q.	Cara Pengambilan Sampel	Studi Dokumentasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[✓] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

17. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)

a.	Judul Indikator	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (POBO)
b.	Dasar Pemikiran	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
c.	Dimensi Mutu	[√] Efisiensi / *Efficient* [ ] Keselamatan / *Safe* [√] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien
e.	Definisi Operasional	**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)**. **Beban Operasional** merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU, **tidak termasuk beban penyusutan dan amortisasi**.
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Outcome [ ] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Pendapatan PNBP
i.	Denominator (penyebut)	Beban Operasional
j.	Target Pencapaian	≥92%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Beban Operasional}} \text{ X100\%}$
m.	Metode Pengumpulan Data	Studi Dokumentasi
n.	Sumber Data	**Laporan Operasional Tingkat Satuan Kerja BLU,** yang dihasilkan Aplikasi SAKTI setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU.
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
p.	Besar Sampel	Total Pendapatan PNBP dan Beban Operasional
q.	Cara Pengambilan Sampel	Studi Dokumentasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan, Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan (Perhitungan Akumulatif)
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

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	[√] Efisiensi / *Efficient* [ ] Keselamatan / *Safe* [√] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kesehatan rumah sakit
e.	Definisi Operasional	Aset diklasifikasikan ke dalam aset lancar dan aset non lancar. Suatu aset diklasifikasikan sebagai aset lancar, jika aset tersebut: diperkirakan akan direalisasi atau dimiliki untuk dijual atau digunakan dalam jangka waktu 12 bulan setelah tanggal neraca; dimiliki untuk diperdagangkan atau untuk tujuan jangka pendek dan diharapkan akan direalisasi dalam jangka waktu 12 bulan dari tanggal neraca; atau berupa kas atau setara kas yang penggunaannya tidak dibatasi. Aset lancar antara lain meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka, dan biaya dibayar di muka, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak BLU. Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Outcome [ ] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Aset Lancar
i.	Denominator (penyebut)	Kewajiban janka pendek
j.	Target Pencapaian	≥550%
k.	Kriteria:	Kriteria 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 Kriteria Eksklusi: Kewajiban jangka pendek yang berupa pendapatan diterima di muka
l.	Formula	$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Buku Besar masing – masing Akun
n.	Sumber Data	Laporan Keuangan Rumah Sakit (Neraca)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Buku Besar masing – masing Akun Laporan Neraca Rumah Sakit
p.	Besar Sampel	-
q.	Cara Pengambilan Sampel	-
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan, Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan (Perhitungan Akumulatif)
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

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 *risk level* 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	[√] Efisiensi / *Efficient* [√] Keselamatan / *Safe* [√] Efektifitas / *Effective* [√] Adil / *Equitable* [√] Aksesibilitas/*Accessible* [√] 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	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah semua daftar risiko prioritas - Jumlah risiko prioritas yang berubah menjadi insiden
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah semua daftar risiko prioritas pada periode waktu yang sama
j.	Target Pencapaian	≥85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Daftar risiko organisasi sesuai selera risiko Kriteria Eksklusi: Daftar risiko organisasi yang pengendaliannya diluar kemampuan RS
l.	Formula	$\frac{\text{Jml semua risiko prioritas - Jml risiko prioritas yang menjadi insiden}}{\text{Jml Semua Risiko Prioritas}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Sensus
n.	Sumber Data	Laporan pencapaian Indikator Kinerja Unit pengampu/pemilik risiko; Laporan insiden terkait indikator
o.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan dan data terkait yang ada di SIMARS
p.	Besar Sampel	Total Sensus
q.	Cara Pengambilan Sampel	Rekapitulasi laporan pengampu/pemilik risiko
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	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 Penatausahan Barang Milik Negara
c.	Dimensi Mutu	[√] Efisiensi / *Efficient* [ ] Keselamatan / *Safe* [√] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [√] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Berorientasi pada Pasien
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	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah barang milik negara yang masuk dan tercatat di Aplikasi sampai akhir tahun
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah barang milik negara yang sudah disistribusikan sampai akhir tahun
j.	Target Pencapaian	≥85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah barang milik negara yang masuk dan tercatat di Aplikasi}}{\text{Jumlah barang milik negara yang sudah disistribusikan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Data Pengadaan barang
o.	Instrumen Pengambilan Data	Kuantitatif
p.	Besar Sampel	Total Pengadaan barang
q.	Cara Pengambilan Sampel	Concurent
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Koordinator Akuntansi dan BMN

21. Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS

a.	Judul Indikator	Persentase terlaksananya kegiatan pemusnahan arsip di RS
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 dimusnahkanSebagian besar arsip yang sudah tidak memiliki nilai guna, telah habis retensinya dan berketeran
c.	Dimensi Mutu	[√] Efisiensi / *Efficient* [√] Efektifitas / *Effective* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Adil / *Equitable* [ ] 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	[ ] Struktur / Input [V] Proses [ ] Outcome [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan
i.	Denominator (penyebut)	Target kegiatan pemusnahan arsip
j	Target Pencapaian	100%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Arsip yang telah masuk dalam jadwal retensi Kriteria Eksklusi: Arsip yang belum masuk dalam jadwal retensi
l	Formula	$\frac{\text{Kegiatan pemusnahan arsip yang bisa dilaksanakan}}{\text{Target kegiatan pemusnahan arsip}}$ x100%
m	Metode Pengumpulan Data	-
n	Sumber Data	Jadwal Retensi Arsip (JRA)
o	Instrumen Pengambilan Data	Kertas Kerja proses pemusnahan arsip
p	Besar Sampel	-
q	Cara Pengambilan Sampel	Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan
r	Periode Pengumpulan Data	Setiap hari kerja
s	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Koordinator Umum

22. Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS

a.	Judul Indikator	Persentase terlaksananya tata kelola mutu RS
b.	Dasar Pemikiran	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	[√] Efisiensi / *Efficient* [√] Keselamatan / *Safe* [√] Efektifitas / *Effective* [√] Adil / *Equitable* [√] Aksesibilitas/*Accessible* [√] 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	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi
j.	Target Pencapaian	≥85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: semua elemen penilaian dalam akreditasi RS Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah nilai masing-masing elemen penilaian pada standar akreditasi}}{\text{Jumlah seluruh item penilaian elemen standar akreditasi}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Self assessment
o.	Instrumen Pengambilan Data	Tools self assessment
p.	Besar Sampel	Total elemen penilaian akreditasi rumah sakit
q.	Cara Pengambilan Sampel	Retrospektif
r.	Periode Pengumpulan Data	Waktu/periode berjalan dalam setahun
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ketua KMRS

23. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

a.	Judul Indikator	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
e.	Definisi Operasional	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Persentase SPA + Persentase Kalibrasi
i.	Denominator (penyebut)	2
j.	Target Pencapaian	≥95%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	ASPAK dan Survei Lapangan
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi

24. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

a.	Judul Indikator	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Selisih NDR Tahun berjalan
i.	Denominator (penyebut)	NDR Tahun Sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≤2,5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Selisih NDR Tahun berjalan/NDR Tahun Sebelumnya*100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Rawat Inap

25. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

a.	Judul Indikator	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	
i.	Denominator (penyebut)	
j.	Target Pencapaian	2 Kali
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	

26. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

a.	Judul Indikator	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran
b.	Dasar Pemikiran	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☐ Proses ☑ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	
h.	Numerator (pembilang)	
i.	Denominator (penyebut)	
j.	Target Pencapaian	Sesuai RBA
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	

27. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

a.	Judul Indikator	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Periode Pelaporan dikurangi Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Periode Sebelumnya
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Pada Periode Sebelumnya
j.	Target Pencapaian	≥10%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP Tahun Y- Tahun Y-1}}{\text{J Jumlah kunjungan pasien VVIP Tahun Y-1}}$ X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	

28. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

a.	Judul Indikator	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & organisasi
d.	Tujuan	Memiliki layanan unggulan bertaraf Internasional.
e.	Definisi Operasional	RS Vertikal yang menyelenggarakan kerja sama dengan Rumah Sakit dan/atau institusi Kesehatan di luar negeri dan terkait layanan unggulan pada rumah Sakit Vertikal tersebut. Proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	
i.	Denominator (penyebut)	
j.	Target Pencapaian	100% (dari target Perjanjian Kinerja antara Pemimpin BLU dengan Dirjen Yankes)
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah Layanan Unggulan atau Rumah Sakit/Institusi Kesehatan Luar Negeri yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Vertikal pada tahun penilaian
m.	Metode Pengumpulan Data	Dokumen
n.	Sumber Data	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	-
p.	Besar Sampel	-
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur SDM dan Pendidikan Umum

29. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

a.	Judul Indikator	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
b.	Dasar Pemikiran	Undang-undang Tentang Pelayanan Publik Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya menyediakan parkir sesuai standar.
e..	Definisi Operasional	Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 Pembayaran *cashless* adalah system pembayaran tanpa uang tunai. Tersedia tempat khusus untuk *pick up* dan *drop off* yang nyaman
f.	Jenis Indikator	☑ Struktur / Input ☐ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar
j.	Target Pencapaian	≥70%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Hasil observasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir perhitungan jumlah ketersediaan satuan ruang parkir sesuai standar.
p.	Besar Sampel	Total populasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	☑ Retrospektif ☐ Concurrent
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Umum

30. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

a	Judul Indikator	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
b	Dasar Pemikiran	Undang-Undang tentang Rumah Sakit. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan, walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan tindakan diagnosis dan atau pengobatan/ perawatan pasien. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
c	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d	Tujuan	Untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
e	Definisi Operasional	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien ***check in*** di RS sampai dengan menerima obat. ***Check in*** adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.
f	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g	Satuan Pengukuran	Persentase
h	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan ≤ 120 menit
i	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
j	Target Pencapaian	≥ 80%
k	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Kriteria eksklusi: Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas. Pasien yang mendapatkan tindakan. Pasien *Medical Ceck Up* (MCU) Pasien terlambat dating dari jam yang ditentukan Pasien dating lebih awal dari waktu yang ditentukan. Proses Bisnis Registrasi sesuai dengan estimasi waktu Jika ada order penunjang eksklud Jika ada Tindakan eksklud Pasien dengan Obat Racikan Eksklud Hasil Rapat dengan Pelayanan, IT dan Farmasi 9 Feb 2023, tambahan eksklusi : -

		Pasien Tindakan (otomatis eksklud per-Poli = Poli Rehab Medis, Poli Jiwa, Poli Mata, Poli Gigi, Poli Radioth, Poli Chemo, Poli Wing) Poli lain dengan eksklusi apa bila ada tindakan Poli lain eksklusi dengan centangan tindakan poli dan centangan obat racikan.
l	Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan Catatan waktu penyerahan obat
o	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Perhitungan Waktu Pelayanan Rawat jalan
p	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q	Cara Pengambilan Sampel	*Stratified Random sampling* (berdasar poliklinik rawat jalan)
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

31. Penundaan Waktu Operasi Elektif

a.	Judul Indikator	Penundaan waktu Operasi Elektif
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang tentang Rumah Sakit Undang -undang tentang tenaga kesehatan Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
c.	Dimensi Mutu	[√] Efisiensi / *Efficient* [ ] Keselamatan / *Safe* [ ] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [√] Aksesibilitas/*Accessible* [√] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
e.	Definisi Operasional	Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
j.	Target Pencapaian	≤ 3%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien operasi elektif Kriteria Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis Operasi dengan penyulit Penundaan karena persyaratan administrasi memerlukan persetujuan khusus
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\ \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penjadwalan dan Pelaksanaan Operasi Elektif
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

32. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

a.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik
b.	Dasar Pemikiran	Undang-undang tentang Pelayanan Publik Undang-Undang tentang Rumah Sakit. Undang-undang tentang tenaga kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan
c.	Dimensi Mutu	[√] Efisiensi / *Efficient* [√] Keselamatan / *Safe* [ ] Efektifitas / *Effective* [ ] Adil / *Equitable* [ ] Aksesibilitas/*Accessible* [√] Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Untuk memastikan/menilai kepatuhan tenaga medis terhadap ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai waktu telah ditetapkan.
e.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [ ] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Kriteria Eksklusi: Tidak Ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan/memulai pelayanan tepat waktu di poliklinik}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan pelayanan poliklinik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan pelayanan poliklinik
p.	Besar Sampel	Total Populasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[ ] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

33. Ketepatan Waktu Visite dokter untuk Pasien RI

a.	Judul Indikator	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran Undang-Undang mengenai pelayanan publik Undang-Undang mengenai Tenaga Kesehtan Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien.
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. Waktu yang ditetapkan untuk *visite* adalah pukul 06.00 – 14.00.
e.	Definisi Operasional	Waktu *visite* dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di-*visite* dokter pada pukul 06.00 – 14.00
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: *Visite* dokter pada pasien rawat inap Kriteria Eksklusi: Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu Pasien konsul
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder berupa laporan *visite* rawat inap dalam rekam medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter
p.	Besar Sampel	Total sampel
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	.Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

34. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)

a.	Judul Indikator	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☑ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari Jantung: Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam KIA: 1. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram KIA: 2. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	
i.	Denominator (penyebut)	
j.	Target Pencapaian	1 Indikator tercapai setiap layanan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	1) >80% 2) >80% 3) >80% 4) >80% 5) >80% 6) <30% (Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal)
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir
p.	Besar Sampel	Total sampel
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

35. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

a.	Judul Indikator	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Rumah Sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Kegiatan
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	1 Kegiatan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

36. Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna

a	Judul Indikator	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna
b	Dasar Pemikiran	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal
c	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d	Tujuan	alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
e	Definisi Operasional	rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh rs vertikal yang mencapai strata targetnya
f	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Kegiatan
h.	Numerator (pembilang)	-
I.	Denominator (penyebut)	-
J.	Target Pencapaian	1 Kegiatan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh rs vertikal
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Pembinaan
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

37. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama

a.	Judul Indikator	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama
b.	Dasar Pemikiran	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	rumah sakit umum vertikal yang melksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Layanan
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	1 Layanan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah Layanan penyakit prioritas strata utama
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

38. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

a.	Judul Indikator	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
b.	Dasar Pemikiran	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Laporan
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	12 Laporan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KMRS

39. Kepatuhan Kebersihan Tangan

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
c.	Dimensi Mutu	Keselamatan
d.	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan Kesehatan.
e...	Definisi Operasional	Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol- based handrubs*) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. Lima indikasi (*five moment*) kebersihan tangan terdiri dari: Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. Sebelum melakukan prosedur aseptic adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, *suctioning*, pemberian suntikan dan lain-lain. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga Kesehatan. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase

h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
j.	Target Pencapaian	≥ 85%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi Pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan x 100 % Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Hasil observasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
p.	Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Non probability Sampling – Consecutive sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite PPI RS

40. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
c.	Dimensi Mutu	Keselamatan
d.	Tujuan	Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
e.	Definisi Operasional	Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan Tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, *droplet* dan *airborne*). Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan Kesehatan pada periode observasi. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi x 100 % Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
m.	Metode Pengumpulan Data	*Observasi*
n.	Sumber Data	Hasil observasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)

q.	Cara Pengambilan Sampel	*Non Probability Sampling – Consecutive Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite PPI RS

41. Kepatuhan Identifikasi Pasien

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
c.	Dimensi Mutu	Keselamatan
d.	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
e.	Definisi Operasional	Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi .seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi.
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi / Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100%
l.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
m.	Sumber Data	Hasil observasi
n.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
o.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
p.	Cara Pengambilan Sampel	*Non Probability Sampling – Consecutive Sampling*
q.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
r.	Penyajian Data	□ Tabel □ *Run chart*
s.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
t.	Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

42. Waktu Tunggu Rawat Jalan

a.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang tentang Rumah Sakit. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
c.	Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
d.	Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
e.	Definisi Operasional	Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran *online*. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. pasien mendaftar *online*, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran *online* sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤60 menit
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria eksklusi: Pasien *medical check up,* pasien poli gigi Pasien yang mendaftar *online* atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya Berdasarkan Hasil Rapat 9 Pebruari 2023 Unit analisis : Inklusi Hanya pasien yang mendaftar online, dengan registrasi mulai 7.30 WITA Numerator jumlah Klik Panggil dokter
l.	Formula	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit _____ x 100% Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rekam Medik Pasien Rawat Jalan Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan

p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling* (berdasar poliklinik rawat jalan)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	• Tabel • *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

43. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

a.	Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
b.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.
c.	Dimensi Mutu	Tepat waktu, keselamatan
d.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
e..	Definisi Operasional	Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\ \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic Random Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☐ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

44. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
b.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiens dalam penggunaan obat-obatan. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.
c.	Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
d.	Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
e.	Definisi Operasional	Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: *recipe* dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah R/ *recipe* dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah R/ *recipe* dalam lembar resep yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Resep yang dilayani di RS Kriteria Eksklusi: Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan *e- katalog* habis/kosong.
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah R/ } recipe \text{ dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ } recipe \text{ dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling/ Systematic random Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	□ Tabel □ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

45. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway)*
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan *clinical pathway*. Kepatuhan terhadap alur klinis/*clinical pathway* adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/*clinical pathway* yang telah ditetapkan. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/*clinical pathway* sesuai dengan prioritas nasional adalah: Hipertensi Diabetes melitus TB HIV Keganasan Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/*clinical pathway* untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
c.	Dimensi Mutu	Efektif, integrasi
d.	Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
e.	Definisi Operasional	*Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap Langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan *clinical pathway*
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada *clinical pathway* yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup *clinical pathway* yang diukur Kriteria Eksklusi : Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. Pasien yang meninggal Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\ \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari rekam medis pasien

o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan *Clinical Pathway*
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Stratified Random Sampling* (berdasarkan masing-masing *Clinical Pathway*)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	• Tabel • *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

46. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

a.	Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
b.	Dasar Pemikiran	Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
c.	Dimensi Mutu	Keselamatan
d.	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
e.	Definisi Operasional	Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: *Asesment* awal risiko jatuh *Assesment* ulang risiko jatuh *Intervensi* pencegahan risiko jatuh Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh Kriteria Eksklusi: .Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upayapencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Stratified Random Sampling* (berdasarkan Unit Pelayanan)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	□ Tabel □ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

47. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

a.	Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
b.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
c.	Dimensi Mutu	Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
e.	Definisi Operasional	Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapikeluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan *grading* risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. *Grading* risiko dan standar waktu tanggap komplain: *Grading* Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. *Grading* Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. *Grading* Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan *grading*
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua komplain(lisan, tertulis, dan media massa) Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan *grading* x 100 % Jumlah komplain yang disurvei
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari catatan Komplain
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Komplain Laporan Tindak Lanjut Komplain
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)

q.	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	• Tabel • *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain

48. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

a.	Judul Indikator	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
e.	Definisi Operasional	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukan kejadian sentinel Never event nihil
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Laporan
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	12 Laporan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KMRS

49. Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

a.	Judul Indikator	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
e.	Definisi Operasional	Tersedianya layanan genomik sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequensing genome
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Layanan
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	1 Layanan
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Tersedianya layanan genomic kekhususan Hubs : RSCM : DM RSUP Persahabatan dan RSPI : TB **RSUP Ngurah : Aging dan Nutrisi** RSUP Sardjito : Rare disease dan genetik disease RS PON : Stroke RSK Dharmais : Kanker RSAB Harapan kita : Ibu dan Anak
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan monev Hubs RS
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	SDM

50. Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

a.	Judul Indikator	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
e.	Definisi Operasional	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Sample
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	500 Sample
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan monev Hubs RS
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	SDM

51. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital

a.	Judul Indikator	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
e.	Definisi Operasional	
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Sistem
h.	Numerator (pembilang)	-
i.	Denominator (penyebut)	-
j.	Target Pencapaian	1 Sistem
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan monev Hubs RS
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	POU

52. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

a.	Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
b.	Dasar Pemikiran	Undang Undang mengenai Rumah Sakit Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata Kelola dan peningkatan mutu pelayanan *antenatal care* dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea
c.	Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
d.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
e.	Definisi Operasional	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. Seksio sesarea emergensi adalah Tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesarea.
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤30 menit
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
j.	Target Pencapaian	≥ 80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya: *fetal distress* menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forcep, *ruptur uteri imminent*, *ruptur uteri*, perdarahan *antepartum* dengan perdarahan aktif. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea ≤ 30 menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\ \%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
p.	Besar Sampel	Total sampel
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampel

r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	• Tabel • *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

53. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

a.	Judul Indikator	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK
f.	Jenis Indikator	
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK
j.	Target Pencapaian	≥ 92.5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti ——————————— x 100 % Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Tahunan
s.	Penyajian Data	• Tabel • *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Semua Direktorat

54. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

a.	Judul Indikator	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
b.	Dasar Pemikiran	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya
i.	Denominator (penyebut)	Target Pendapatan
j.	Target Pencapaian	≥95%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total Pendapatan
q.	Cara Pengambilan Sampel	Laporan Keuangan
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

55. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

a.	Judul Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
b.	Dasar Pemikiran	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni
i.	Denominator (penyebut)	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni
j.	Target Pencapaian	≥97%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}$ x100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total anggaran bersumber RM
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

56. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

a.	Judul Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU
b.	Dasar Pemikiran	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	
e.	Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
i.	Denominator (penyebut)	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
j.	Target Pencapaian	≥95%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l.	Formula	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}$ x100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total anggaran bersumber BLU
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

57. Persentase nilai EBITDA Margin

a	Judul Indikator	Persentase nilai EBITDA Margin
b	Dasar Pemikiran	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
c	Dimensi Mutu	☐ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☐ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☑ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
d	Tujuan	
e	Definisi Operasional	EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.
f	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g	Satuan Pengukuran	Persentase
h	Numerator (pembilang)	EBITDA
i	Denominator (penyebut)	Pendapatan
j	Target Pencapaian	≥15%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
l	Formula	EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit
o	Instrumen Pengambilan Data	
p	Besar Sampel	
q	Cara Pengambilan Sampel	
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Direktorat Keuangan dan BMN

58. Paslen Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Harl

a.	Judul Indikator	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification ofstroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	Safety, Timely
d.	Tujuan	Terselenggaranyan pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik
f.	Jenis Indikator	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS <7hari
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang dirawat inap Kriteria Eksklusi: Pasien stroke iskemik yang meninggal, pulangatas permintaan sendiri, pulang rujuk, pasiendengan komplikasi, pasien dengan komorbid berat
l.	Formula	Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS <7hari /Seluruh pasien stroke iskemik x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap bulan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

59. Lama Rawat Paslen Kanker Payudara dengan Kemoterapl dl Rawat Inap 3 Harl

a.	Judul Indikator	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara denganKemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	√ Efektif (effective) √ Tepat waktu (timely) √ Efisien (efficient)
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yangdiberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan.
e.	Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi taxan based atauanthracycline based di ruang rawat inap
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lamarawat maksimal 3 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawatuntuk kemoterapi di rawat inap
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria	Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap Pasien mendapatkan regimentaxan based atau anthracycline based Ekslusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan
l.	Formula	(Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap dengan lama rawat maksimal 3 hari / Jumlah pasien kankerpayudara yang dirawat untuk kemoterapi dirawat inap) x100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, clinical pathway)
o.	Instrumen PengambilanData	Formulir pemantauan pasien kanker payudarayang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	Random sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap bulan
s.	Penyajian Data	Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap tiga bulan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Rawat Inap

60. “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI

a.	Judul Indikator	“Door to Balloon” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI
b.	Dasar Pemikiran	High risk: Keterlambatan penanganan pasien ST elevation myocardial infarction (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE (Major Adverse Cardiac Events). High volume: Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke40%. High cost: Pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yangakan mengakibatkan biaya pengobatan yang dikeluarkan lebih besar.
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
e.	Definisi Operasional	Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yangdiperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi.Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤90 menit.
f.	Jenis Indikator	Proses dan outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door toBalloon Time ≤ 90 menit
i.	Denominator (penyebut)	Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer (Primary PCI) sesuai indikasi.
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria	Kriteria inklusi : Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA)dengan ST Elevasi (STEMI)Kriteria eksklusi : Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan Pasien yang direncanakan tindakan trombolitik tetapi pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer Persetujuan tindakan tidak didapatkan daripasien/keluarga dalam waktu 30 menitsetelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasti koroner primer Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, respiratory failure, aritmia maligna (VT-VF) STEMI yang disertai dengan COVID baik suspek terkonfirmasi maupun probable
l.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
m.	Sumber Data	Rekam Medis
n.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
o.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
p.	Cara Pengambilan Sampel	
q.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
r.	Penyajian Data	Run chart, Grafik
s.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
t.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan KegawatdaruratanKardiovaskular; Ka Instalasi Gawat Darurat; KaInstalasi Ruang Kateterisasi
u.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan KegawatdaruratanKardiovaskular; Ka Instalasi Gawat Darurat; KaInstalasi Ruang Kateterisasi KSM Diagnostik Invasif dan Invasif Non Bedah

61. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO Yang Diberikan Intervensi DialisisDalam 1x24 Jam

a.	Judul Indikator	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yangdiberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien PGK
e.	Definisi Operasional	Persentase pasien PGK stadium 5 indikasi dialysisCITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
f.	Jenis Indikator	Proses dan Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialysis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO secara keseluruhan
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialysisCITO Kriteria Eksklusi: Pasien dengan Gangguan Ginjal Akut, pasienAcute on CKD
l.	Formula	Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialysis CITO yang mendapatkan intervensi dialisiis dalam 1x24 jam / Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

62. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gr

a.	Judul Indikator	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - <1500 gr
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan subspesialisasiibu dan anak
e.	Definisi Operasional	Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adal ah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1000 gram-<1500 gr Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram - <1500 gram adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir sangat rendah 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam per sentase)
f.	Jenis Indikator	Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah BBLSR 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh BBLSR 1000 gram <1500 gramyang dirawat pada periode perhitungan
j.	Target Pencapaian	80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: BBLSR 1000 -1500gr Kriteria Eksklusi: BBSLR 1000 - 1500 gr dengankelainan bawaan dan atau asfiksia
l.	Formula	'(Jumlah BBLSR 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan / Jumlah seluruh BBLSR 1000gram <1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Ilmu Kesehatan Anak

63. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit

a.	Judul Indikator	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan preeclampsia/eclampsia untuk mencegah kematian ibu di RS
e.	Definisi Operasional	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkankarena Pre eklampsia/eklampsia pada periodeperhitungan (dalam persentase)
f.	Jenis Indikator	Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkankarena pre eklampsia/eklampsia pada periodeperhitungan
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan
j.	Target Pencapaian	<30%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Ibu dengan pre eklampsia/eklampsia diRumah Sakit Kriteria Eksklusi: Ibu dengan penyakit dan komorbid selain preeklampsia/eklampsia
l.	Formula	Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsiapada periode perhitungan/Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsiapada periode perhitungan x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medik
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Triwulan
s.	Penyajian Data	Tabel Run chart
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Ilmu Obstetri Ginekologi

64. Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum

a.	Area	Manajerial
b.	Kategori Indikator	Pendapatan Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum
c.	Perspektif	Keuangan
d.	Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
e.	Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
f.	Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
g.	Definisi Operasional	Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset, baik aset pada BLU aset pihaklain. Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset adalah sebagaimana yangdimaksudkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Pasal 127 s.d. 168) Pendapatan dari hasil pengelolaan aset tersebut adalah pendapatan PNBP BLU yangtelah disahkan selama periode waktu penghitungan realisasi capaian.
h.	Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)
i.	Periodisasi Target IKT	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)
j.	Numerator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y)
k.	Denominator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1)
l.	Formula	[Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y)]-[Pendapatandari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1)]/ Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1) x 100%]
m.	Inklusi	kategori akun Pendapatan Hasil Kerjasama (4243xx) dan/ atau Pendapatan BLU Lainnyadari sewa (42492x) dan / atau Pendapatan lain-lain BLU (424919) dari pengelolaan aset
n.	Ekslusi	-
o.	Sumber Data	**Laporan Operasional Tingkat Satuan Kerja BLU,** yang dihasilkan Aplikasi SAKTI setelahdiverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU.
p.	Standar	**10%**
q.	Kriteria PenilaianKontrak Kinerja	$C_R = \left\{\left(\alpha\, x \frac{S+(T-S)}{S}\right)+\left((1-\alpha)\, x \frac{T+(R-T)}{T}\right)\right\}$ S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula sebagaimana disebutkan diatas (%) α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (50%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (50%)
r.	Simulasi	BLU "A" melaporkan data pendapatan dari pengelolaan aset dari BLU A sebagai berikut: Semester I (Y-1) = 1.000 Semester I (Y) = 1.500 Jadi penghitungan capaian untuk Semester I (Y) : (1500-1000)/1000 X 100% = **50%**
s.	PIC	Direktur Keuangan dan / atau Direktur Perencanaan Organisasi dan Umum

65. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

a.	Judul Indikator	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
b.	Dasar Pemikiran	- Undang-Undang mengenai Rumah Sakit - Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium.
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Waktu Pelayanan Laboratorium
e.	Perspektif	***Proses Bisnis Internal***
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pemeriksaan laboratorium yang tepat dan cepat
i.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratoriumhematologi rutin (8 Parameter: Trombosit, Eritrosit, Hemoglogin ,Hematokrit, Leukosit, MCH,MCHC,MCV) mulai dari pasien terdaftar diloket laboratorium sampaidengan keluarnya hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter) ≤ 60 Menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin(8 Parameter)
n.	Inklusi	Pasien yang dilakukan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)
o.	Eksklusi	• Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas laboratorium. • Sampel yang tidak layak periksa (Beku/Lisis dan *Volume underfilled/Overfilled*)
p.	Formula	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan hematologi rutin (8 Parameter) ≤ 60 menit / Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan hematologi rutin x 100 %
q.	Target	80 %
r	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
s	Cara Pengambilan Sampel	*Probability Sampling – Simple Random Sampling*
t.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
u.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
v.	Sumber Data	LIS (*Laboratory Information System)* *atau* SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	Standar	≤ 60 menit
y.	PIC	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik

66. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

a.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
b.	Dasar Pemikiran	- Undang-Undang mengenai Rumah Sakit - Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk Waktu yang diperlukan untuk Pelayanan Radiologi.
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	***Proses Bisnis Internal***
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
i.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan untuk 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras mulai dari pasien terdaftar di pendaftaran radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenispemeriksaan radiologi konvensional non kontras ≤ 60 menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras.
n.	Inklusi	Pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras.
o.	Eksklusi	- Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh Petugas radiologi. - Pemeriksaan yang memerlukan konfirmasi ulang klinisi/DPJP Kerusakan alat dan sistem
p.	Formula	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras ≤ 60 menit /Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras x 100 %
q.	Target	80 %
r	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
s	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
u.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
v.	Sumber Data	RIS (Radiology Information System) atau SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	Standar	≤ 60 menit
y.	PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik

67. Pembatalan Operasi Elektif

a.	Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif
b.	Dasar Pemikiran	- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien, - Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	***Proses Bisnis Internal***
f.	Sasaran Strategis	- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yangterstruktur, efektif dan efisien - Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan perioperasi yang terstruktur untuk menciptakan pengalaman pasien yang baik
i.	Definisi Operasional	Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan indakan operasi elektif
n.	Inklusi	Seluruh pasien yang terjadwal operasi elektif
o.	Eksklusi	- Pembatalan akibat force major seperti kecelakaan,bencana alam. - Pembatalan akibat penolakan tindakan oleh pasienatau keluarga Perubahan kondisi klinis pasien/perburukan kondisi klinis pasien
p.	Formula	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan / Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan Tindakan operasielektif x 100 %
q.	Target	≤ 3 %
r.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
s.	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
u.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
v.	Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral *Electronic Medical Record (EMR)/* Rekam Medis
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral

68. Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

a.	Judul Indikator	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤4 Jam
b.	Dasar Pemikiran	Tergambarnya waktu pelayanan di IGD
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	***Proses Bisnis Internal***
f.	Sasaran Strategis	- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien - Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesinambungan Pelayanan, Keselamatan Pasien dan berorientasi pada pasien
h.	Tujuan	Tergambarnya waktu pelayanan di IGD
i.	Definisi Operasional	Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi ≤ dari 4 jam
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat inap atau Operasi ≤ dari 4 jam
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD yang terdaftar.
n.	Inklusi	Seluruh pasien yang terdaftar di IGD.
o.	Eksklusi	
p.	Formula	Jumlah seluruh pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi ≤ dari 4 jam / seluruh pasien yang terdaftar di IGD x 100 %
q.	Target	≥ 90%
r.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
s.	Cara Pengambilan Sampel	
t.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
u.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
v.	Sumber Data	IGD, Rekam Medis.
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

69. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

a.	Judul Indikator	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1
b.	Dasar Pemikiran	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	***Proses Bisnis Internal***
f.	Sasaran Strategis	- Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien - Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
h.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan perioperasi yang terstruktur untuk menciptakan pengalaman pasien yang baik
i.	Definisi Operasional	Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang direncanakan pulang pada H-1 (pulang sebelum pukul ≤ 12.00 waktu setempat pada hari berikutnya)
m.	Denominator	Semua pasien rawat inap yang direncanakan pulang hari itu
n.	Inklusi	
o.	Eksklusi	1. Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS) 2. Pasien dengan perubahan kondisi/perburukan 3. Pasien yang memerlukan verifikasi penjamin/pihak ketiga. Pasien yang belum dijemput keluarga (RS Jiwa)
p.	Formula	Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan / Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan Tindakan operasielektif x 100 %
r.	Target	≤ 3 %
s.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
t.	Cara Pengambilan Sampel	
u.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
v.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
w.	Sumber Data	Data Ruangan Rawat Inap / Rekam medik
x.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
y.	PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

70. Waktu Masuk Rawat Inap

a.	Judul Indikator	Waktu Masuk Rawat Inap
b.	Dasar Pemikiran	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
c.	Area	Pelayanan Klinis
d.	Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
e.	Perspektif	Proses Bisnis Internal
f.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
g.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, Kesinambungan Pelayanan dan ketepatan waktu pelayanan
h.	Tujuan	Tercapainya waktu masuk rawat inap < 60 menit
i.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalan dan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di admissionrawat inap sampai dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap ≤ 60 menit.
j.	Satuan Pengukuran	Persentase
k.	Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
l.	Numerator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap ≤ 60 menit
m.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap
n.	Inklusi	
o.	Eksklusi	1. Pasien yang tidak datang atau batal untuk dirawat 2. Pasien dari IGD yang memerlukan tindakan sebelum masuk rawat inap (Operasi, Partus, Kuretase dll)
p.	Formula	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap ≤ 60 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap x 100 %
r.	Target	≥ 90%
s.	Besar sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
t.	Cara Pengambilan Sampel	
u.	Penyajian Data	☐ Tabel ☑ *Run chart*
v.	Metode Pengumpulan Data	**Retrospektif**
	Sumber Data	Data Ruangan Rawat Inap / Rekam medik
w.	Periode Analisis	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
x.	PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

71. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Timely*
d.	Tujuan	Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuai standar. Terselenggaranyan pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke Hiperakut
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke Iskemik hiperakut (≤ 4,5 jam) yang masuk RS melalui IGD Kriteria Eksklusi: Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan airway, breathing, circulation
l.	Formula	Jumlah pasien stroke hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit ——————————————— X100% Seluruh pasien stroke Iskemik Akut
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
r.	Cara Pengambilan Sampel	✓ Retrospektif ☐ Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	☐ Tabel ✓ *Run chart*
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

72. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Timely*
d.	Tujuan	Terselenggaranyan pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik dengan onset < 4,5 jam mendapatkan terapi rTPA intravena
i.	Denominator (penyebut)	Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi dan eksklusi mengacu pada PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019
l.	Formula	Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi trombolisis ——————————————— X100% Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
r.	Cara Pengambilan Sampel	✓ Retrospektif ☐ Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

73. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

a.	Judul Indikator	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
b.	Dasar Pemikiran	PNPK Tata Laksana Stroke NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke A. Stroke. Published online 2019. doi:10.1161/STR.0000000000000211 Marbun, J. T., and U. Andayani. Classification of stroke disease using convolutional neural network. Journal of Physics: Conference Series. Vol. 978. No. 1. IOP Publishing, 2018.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Timely*
d.	Tujuan	Terselenggaranyan pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke
e.	Definisi Operasional	Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	≥90%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup Kriteria Eksklusi: Pasien Stroke Iskemik yang Pulang Atas Permintaan Sendiri, Pulang Rujuk, Pasien Dengan Komorbid Berat, Pasien Dengan Komplikasi, Pasien meninggal yan disebabkan bukan karena stroke
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup}}{\text{Seluruh pasien stroke iskemik}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Cara Pengambilan Sampel	[✓] Retrospektif [ ] Concurrent
s.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
t.	Penyajian Data	[✓] Tabel [✓] *Run chart*
u.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
v.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan

74. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	Efektif (*effective*), Tepat waktu *(timely)*, Efisien *(efficient)*
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan
e.	Definisi Operasional	Lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi *taxan based* atau *anthracycline based* di ruang rawat inap
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien stroke iskemik
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: - Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap - Pasien mendapatkan regimen *taxan based* atau *anthracycline based* Ekslusi: Pasien dengan komplikasi atau komorbid berat yang membutuhkan terapi rawat inap lanjutan
l.	Formula	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapidirawatinap denganlamarawatmaksimal 3hari / Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, *clinical pathway*)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Random sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Rawat Inap

75. Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dengan *Clinical Pathway*

a.	Judul Indikator	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway
b.	Dasar Pemikiran	Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. *Clinical pathway* (CP) adalah proses multidisiplin terkait perawatan pasien secara tepat waktu dengan sumber daya dan tata laksana sesuai.
c.	Dimensi Mutu	Efektif (*effective*) Tepat waktu *(timely)* Efisien *(efficient)*
d.	Tujuan	Perawatan pasien kanker payudara yang diberikan kemoterapi sesuai dengan yang direncanakan pada CP.
e.	Definisi Operasional	Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi *taxan based* atau *anthracycline based* di ruang rawat jalan (rawat sehari atau *one day care*) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan (rawat sehari atau *one day care*) dan sesuai dengan CP rumah sakit.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau *one day care*).
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan (rawat sehari atau *one day care*) Ekslusi: tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi diruang rawat jalan dan sesuai dengan CP yang tersedia di RS}}{\text{Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, *clinical pathway*)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Random sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Unit Rawat Sehari, atau unit lain tempat pelaksanaan kemoterapi di rawat jalan

76. *Overall Treatment Time (OTT)* Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari

a.	Judul Indikator	*Overall Treatment Time* (OTT) Pasien Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa *Booster*) 40 hari
b.	Dasar Pemikiran	Radiasi eksterna merupakan salah satu terapi kanker payudara. Persiapan sebelum radiasi dan pemantauan pasien selama radiasi yang baik akan membuat pelaksanaan radiasi sesuai jadwal dan tidak memanjang.
c.	Dimensi Mutu	Efektif (*effective*) Tepat waktu *(timely)* Efisien *(efficient)*
d.	Tujuan	Pasien kanker payudara menerima radiasi eksterna sesuai dengan yang direncanakan.
e.	Definisi Operasional	*Overall treatment time (OTT)* atau waktu yang diperlukan bagi pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menyelesaikan radiasi eksterna (tanpa *booster*) tidak lebih dari 40 hari kalender. *Booster* adalah radiasi eksterna tambahan setelah DPJP melakukan evaluasi rutin kondisi pasien selama radiasi.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa *booster*) selesai dalam 40 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa *booster*)
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Inklusi: pasien kanker payudara pasca-mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa *booster*) Ekslusi: Pasien yang mengalami masalah administrasi, pasien yang menjalani rawat inap untuk program perbaikan keadaan umum (PKU)
l.	Formula	Jumlah pasien kanker payudara pasca-mastektomi Yang menjalaniradiasieksterna (tanpabooster) selesai dalam40 hari ——————————————— X 100% Jumlah pasien kanker payudara pasca- mastektomi yang menjalani radiasi eksterna (tanpa booster)
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Data sekunder (rekam medis, kartu kontrol pasien, *clinical pathway*)
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pemantauan pasien kanker payudara
p.	Besar Sampel	Mengikuti rumus Slovin
q.	Cara Pengambilan Sampel	*Random sampling*
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Instalasi Radioterapi

77. Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit

a.	Judul Indikator	Terapi Fibrinolitik : " *door to needle* " ≤ 30 menit pada pasien STEMI
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif. Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan
e.	Definisi Operasional	Terapi reperfusi dengan farmakokinetik/ *door to needle time* adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk IGD hingga dilakukan tindakan trombolitik. Waktu door to needle yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 30 menit
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time ≤ 30 menit.
i.	Denominator (penyebut)	Total pasien IGD yang mendapatkan terapi thrombolitik.
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI). Kriteria eksklusi : Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer. Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan. Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.
l.	Formula	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time ≤ 30 menit / Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik X100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Rekam Medis
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KSM Perawatan Intensif dan Kegawatdaruratan Kardiovaskular; Ka IGD

78. Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1

a.	Judul Indikator	Mortalitas CABG/Bedah pintas arteri koroner severitas 1
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Meningkatkan mutu asuhan bedah jantung dewasa
e.	Definisi Operasional	Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction ≥ 60% (Isolated; hanya ada kelainan koroner tanpa kelaina katup)(Severitas 1)
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF ≥ 60 % saat perawatan di rumah sakit.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF ≥ 60%.
j.	Target Pencapaian	<10%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien IGD dengan Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi (STEMI). Kriteria eksklusi : Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan Pasien yang direncanakan untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer. Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan sudah diinformasikan. Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan trombolitik Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti : syok, gagal jantung akut, resiko perdarahan akut.
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF ≥ 60\% saat perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien Bedah Pintas Koroner elektif dengan EF ≥ 60\%}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Bedah Dewasa dan Intensif Paska Bedah

79. Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1

a.	Judul Indikator	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety, Effective
d.	Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan rawat inap
e.	Definisi Operasional	Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syok kardiogenik) ≤ 5 hari dan keluar hidup
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup ≤ 5 hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup
j.	Target Pencapaian	<10%
k.	Kriteria:	Kriteria inklusi : pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I Kriteria eksklusi : Dengan penyakit penyerta atau disertai kondisi medis lainnya
l.	Formula	Jumlah pasien dengan STEMI klasifikasi KILLIP I keluar hidup ≤ 5 hari / Jumlah pasien dengan STEMI keluar hidup X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Komite Medik

80. Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan

a.	Judul Indikator	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien PGTA Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas layanan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
e.	Definisi Operasional	Target Adekuasi: · spKt/V > 1,8 untuk 2x seminggu · spKt/V > 1,2 untuk 3x seminggu · stdKt/V mingguan > 2,1 untuk frekuensi selain diatas
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien hemodialisi kronik
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani hemodialisis kronik Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	Jumlah pasien hemodialisis kronik yang mencapai target adekuasi / Jumlah pasien hemodialisi kronik X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

81. Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis

a.	Judul Indikator	Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Meningkatkan layanan CAPD di Rumah Sakit
e.	Definisi Operasional	Persentase pasien yang menjalani CAPD dari keseluruhan pasien PGTA yang menjalani dialisis
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis
j.	Target Pencapaian	≥3%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien PGTA yang menjalani CAPD Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani CAPD}}{\text{Jumlah pasien PGTA yang menjalani dialisis}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf Medis Departemen IPD

82. Stone Free Rate Tindakan Pcnl Batu Non-Staghorn

a.	Judul Indikator	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Terwujudnya sistem layanan dan penelitian yang komprehensif, terintegrasi, bermutu dan berkesinambungan
e.	Definisi Operasional	"Stone Free Tindakan PCNL: □ Stone free rate paska PCNL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didapatkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT-Scan □ Batu Staghorn batu ginjal yang yang mengisi bagian pyelum (pinggang) ginjal dan minimal satu kaliks (ruang ginjal) ginjal"
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien dengan diagnosis batu non-staghorn yang ditangani menggunakan PCNL Kriteria Eksklusi: Pasien batu non-staghorn tanpa PCNL
l.	Formula	'Jumlah kasus dengan hasil stone free paska PCNL pada kasus batu non-staghorn _____ X 100% Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu non-staghorn yang ditangani dengan PCNL
m.	Metode Pengumpulan Data	Concurrent
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Pelayanan dan Mutu IPBT

83. Stone Free Rate Tindakan ESWL Batu Ginjal < 2cm

a.	Judul Indikator	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Peningkatan Stone Free Rate pasien yang mendapatkan tindakan ESWL
e.	Definisi Operasional	Stone Free Tindakan ESWL: Stone free rate paska ESWL diartikan sebagai: Fragmen batu sisa dengan diameter kurang 4 mm atau tidak didapatkannya fragmen batu yang terdeteksi pada ultrasound, foto polos abdomen (BNO), ataupun CT- Scan yang dilakukan minimal 2 minggu pasca ESWL
f.	Jenis Indikator	[ ] Struktur / Input [V] Outcome [V] Proses [ ] Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien batu ginjal berukuran < 2 cm yang menjalani terapi ESWL Kriteria Eksklusi: Pasien batu ginjal berukuran ≥ 2 cm yang menjalani terapi ESWL Pasien batu saluran kemih selain batu ginjal yang menjalani terapi ESWL
l.	Formula	Jumlah pasien dengan hasil stone free pasca ESWL pada kasus batu ginjal < 2 cm ——————————————— X 100% Jumlah total keseluruhan pasien dengan kasus batu ginjal < 2 cm yang menjalani ESWL
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	[✓] Tabel [✓] *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Urologi

84. Lama Perawatan Pasca Operasi *Percutaneous Nephrolitotomy (*PCNL) Tanpa Penyulit Dan Tanpa Komorbid Kurang Dari 3 Hari

a.	Judul Indikator	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Safety
d.	Tujuan	Penurunan lama perawatan pasca operasi PCNL pada pasien tanpa penyulit dan tanpa kormobid
e.	Definisi Operasional	Durasi rawat inap pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid Kriteria penyulit: Batu berada pada calyceal diverticula Pasien dengan kelainan anatomis ginjal (contoh horshoe kidney dan sudut infundibulum yang sempit) Batu staghorn Obesitas (BMI > 30) Pasien dengan kriteria ASA ≥ 3
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat ≤ 3 hari
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien yang menjalani operasi PCNL tanpa komorbid dan penyulit Kriteria Eksklusi: Pasien dengan penyakit komorbid
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid dengan lama rawat} \leq \text{3 hari}}{\text{Semua pasien pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Staf KSM Urologi

85. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target Hba1C

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C
b.	Dasar Pemikiran	HbA1C merupakan indicator kualitas pengelolaan DM dan dapat memprediksi kejadian komplikasi kronik akibat DM Saat ini capaian target HbA1C <7 masih rendah (<30%)
c.	Dimensi Mutu	*Effectiveness, Integration*
d.	Tujuan	Tercapainya target kendali glikemik pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Pemeriksaan HbA1C adalah tes hemoglobin terglikosilasi, merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu. Target HbA1C adalah 6,5-7,5%. Sampel menggunakan darah vena.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C >= 7% pada periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien diabetes yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center dan memiliki data HbA1C Kriteria Eksklusi: Pasien yang diketahui memiliki kondisi medik tertentu yang menyebabkan data HbA1C tidak dapat diinterpretasi
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien DM yang mencapai HbA1C <= 7 pada periode penilaian}}{\text{Jumlah seluruh pasien DM yang diperiksa HbA1C pada periode penilaian}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

86. Peningkatan Proporsi Pasien Diabetes Yang Mencapai Target Kolesterol LDL

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL
b.	Dasar Pemikiran	Kadar kolesterol LDL yang tinggi berkontribusi terhadap komplikasi vascular Capaian target kolesterol LDL masih rendah
c.	Dimensi Mutu	*Effectiveness, Integration*
d.	Tujuan	Tercapainya target kolesterol LDL pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Target Kolesterol LDL adalah <=100 mg/dl untuk pasien DM yang tidak memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular dan <=70 mg/dl untuk pasien yang memiliki penyakit Aterosklerosis Kardiovaskular. Pemeriksaan kolesterol LDL menggunakan darah vena.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai target Kolesterol LDL pada periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien DM di Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol LDL pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang memiliki data pemeriksaan LDL Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien DM yang mencapai target kolesterol LDL}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center yang menjalani pemeriksaan kolesterol pada periode penilaian}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

87. Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah

a.	Judul Indikator	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah
b.	Dasar Pemikiran	Tekanan darah yang tinggi berkontribusi terhadap komplikasi vascular Capaian target tekanan darah masih rendah
c.	Dimensi Mutu	*Effectiveness, Integrasi*
d.	Tujuan	Tercapainya target tekanan darah pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Target tekanan darah pada pasien DM adalah sistolik <130 mmHg dan diastolik <80 mmHg. Nilai tekanan darah yang diambil adalah rerata tekanan darah yang diukur 3 kali dalam satu waktu setelah istirahat 15-30 menit sebelum pengukuran.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien DM yang mencapai target tekanan darah selama periode penilaian
i.	Denominator (penyebut)	Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	$\frac{\text{Tekanan darah sistolik <130 mmHg dan tekanan darah diastolik <80 mmHg}}{\text{Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	6 Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

88. Skrining Komplikasi Makrovaskular

a.	Judul Indikator	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi makrovaskular diakibatkan oleh kendali gula darah serta faktor risiko lainnya yang kurang baik. Deteksi dini komplikasi mikrovaskular dapat memberikan ruang untuk tata laksana lanjutan sehingga komplikasi tersebut tidak menjadi semakin berat
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effectiveness*
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining komplikasi macrovaskular
e.	Definisi Operasional	Skrining komplikasi makrovaskular pada pasien DM meliputi: skrining Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi skrining Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Peripheral Arterial Disease menggunakan Ankle Brachial Index (ABI) dan USG Doppler sesuai indikasi Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Penyakit Jantung Koroner menggunakan EKG dan Treadmill Test sesuai indikasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥50%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi macrovascular (Peripheral Arterial Disease dan Penyakit Jantung Koroner) / Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 kali setahun
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

89. Skrining Komplikasi Mikrovaskular

a.	Judul Indikator	Skrining Komplikasi Mikrovaskular
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi mikrovaskular diakibatkan oleh kendali gula darah serta faktor risiko lainnya yang kurang baik. Deteksi dini komplikasi makrovaskular dapat memberikan ruang untuk tata laksana lanjutan sehingga komplikasi tersebut tidak menjadi semakin berat.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effectiveness*
d.	Tujuan	Tercapainya target IMT pasien DM sebagai upaya pencegahan primer atau sekunder komplikasi DM
e.	Definisi Operasional	Skrining komplikasi mikrovaskular pada pasien DM meliputi: skrining komplikasi retinopati menggunakan pemeriksaan Funduskopi skrining komplikasi neuropati menggunakan test Monofilament dan Garputala skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi pada periode penilaian Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan test monofilament dan Garputala Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi Nefropati DM menggunakan pemeriksaan Albumin Creatinine Ratio (ACR) urin sewaktu
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien DM yang berobat ke Diabetes Center pada periode penilaian
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien DM yang berobat ke Diabetes Center Kriteria Eksklusi: Tidak ada data kolesterol
l.	Formula	Jumlah pasien yang menjalani skrining komplikasi microvascular (retinopati, neuropati, dan nefropati) / Semua pasien DM yang berobat ke Diabetes Center X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik / Registry DM
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim Terpadu Diabetes

90. Peningkatan > 20% Proporsi Skrining Berkala Komplikasi Mikrovaskular Diabetes Anak dan Remaja

a.	Judul Indikator	Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja
b.	Dasar Pemikiran	Komplikasi diabetes dapat ditemukan pada usia remaja. Skrining komplikasi diabetes diperlukan untuk mendeteksi dini penyulit diabetes sehingga dapat ditata laksana lebih awal.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effectiveness, Integration*
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja
e.	Definisi Operasional	Pemeriksaan skrining berkala komplikasi DM anak dan remaja meliputi: Retinopati diabetikum: Skrining komplikasi retinopati diabetikum menggunakan pemeriksaan funduskopi Nefropati diabetikum: Skrining komplikasi nefropati diabetikum menggunakan pemeriksaan *Albumin Creatinine Ratio* (ACR) urin sewaktu Neuropati diabetikum: Skrining komplikasi neuropati diabetikum menggunakan tes monofilamen dan garputala Pemeriksaan skrining berkala komplikasi dimulai pada usia 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	A. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi B. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan *Albumin Creatinine Ratio* (ACR) urin sewaktu C. Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis diabetes minimal 2 tahun
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan yang sudah terdiagnosis dengan diabetes minimal 2 tahun Kriteria Eksklusi: Tidak ada data koleste Pasien anak dan remaja yang sudah mengalami gangguan mata/ginjal/saraf sebelum terdiagnosis DM
l.	Formula	Retinopati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi retinopati menggunakan funduskopi dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Nefropati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi nefropati menggunakan pemeriksaan *Albumin Creatinine Ratio* (ACR) urin sewaktu dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100% Neuropati diabetikum: (Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan skrining komplikasi neuropati menggunakan tes monofilamen dan garputala dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM yang berusia minimal 11 tahun dan sudah terdiagnosis minimal 2 tahun dalam 1 tahun) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik

o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

91. Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri

a.	Judul Indikator	Peningkatan > 20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri
b.	Dasar Pemikiran	Salah satu pilar tata laksana utama diabetes pada anak dan remaja adalah pemeriksaan gula darah mandiri. Pemantauan gula darah mandiri dibutuhkan untuk mencapai kontrol metabolik yang baik.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effectiveness*
d.	Tujuan	Tercapainya peningkatan proporsi pasien anak dan remaja dengan DM yang melakukan pemantauan gula darah mandiri
e.	Definisi Operasional	Pemantauan gula darah dilakukan dengan menggunakan alat strip glucometer sekurang-kurangnya 2 kali/hari untuk anak dan remaja dengan DM Tipe-1 *Penilaian peningkatan proporsi dilakukan setelah 1 tahun dari data awal
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang- kurangnya 2 kali/hari
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1
j.	Target Pencapaian	≥40%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM Tipe-1 Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l.	Formula	(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang melakukan pengukuran gula darah dengan menggunakan alat strip glukometer sekurang- kurangnya 2 kali/hari / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM Tipe-1) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

92. Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%

a	Judul Indikator	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes <20%
b	Dasar Pemikiran	Ketoasidosis Diabetikum (KAD) merupakan komplikasi akut yang sering terjadi akibat pengelolaan DM yang tidak baik. Pengelolaan diabetes yang baik akan menurunkan angka kejadian KAD berulang.
c	Dimensi Mutu	*Safely, Effectiveness*
d	Tujuan	Tercapainya target kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes khususnya DM tipe-1
e	Definisi Operasional	Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang sudah terdiagnosis sebagai DM tipe-1 dan mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja 1. Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) 2. Kadar pH < 7,3 atau HCO3 <15 mmol/L 3. Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
f	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g	Satuan Pengukuran	Persentase
h	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir
i	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1
j	Target Pencapaian	< 20%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) yang sudah terdiagnosis dengan DM tipe-1 Kriteria Eksklusi: Tidak ada
l	Formula	(Jumlah kasus anak dan remaja dengan DM tipe-1 yang mengalami KAD lebih dari 1 kali episode per tahun dalam 1 tahun terakhir / Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja dengan DM tipe-1) x 100%
m	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n	Sumber Data	Rekam Medik
o	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

93. Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %

a.	Judul Indikator	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %
b.	Dasar Pemikiran	Ketoasidosis Diabetikum (KAD) pada Anak dan Remaja merupakan komplikasi akut yang sering terjadi pada saat awal diagnosis dan pada DM Tipe-1 lama. Tata laksana KAD yang tepat dapat menurunkan kejadian mortalitas.
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effectiveness*
d.	Tujuan	Tercapainya penurunan mortalitas KAD pada anak dan remaja dengan diabetes
e.	Definisi Operasional	Kasus meninggal pada KAD: Pasien anak dan remaja (usia < 18 tahun) yang masuk perawatan dengan diagnosis ketoasidosis diabetikum dan dinyatakan meninggal dunia tanpa disertai penyakit penyerta atau komorbiditas berat lainnya (keganasan, autoimun, gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD) atau riwayat mendapat pengobatan tertentu sebelumnya (kemoterapi, terapi steroid). Ketoasidosis diabetikum Kriteria klinis ketoasidosis diabetikum pada anak dan remaja Hiperglikemia (kadar glukosa darah > 200mg/dL) Kadar pH < 7,3 atau HCO3 < 15 mmol/L Ketonemia (beta-hidroksibutirat > 3 mmol/L) atau ketonuria sedang-berat
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total keseluruhan pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum
j.	Target Pencapaian	< 5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien anak dan remaja (< 18 tahun) dengan DM yang masuk perawatan dengan ketoasidosis diabetikum Kriteria Eksklusi: Keganasan Autoimun Gagal ginjal yang terjadi sebelum episode KAD Riwayat mendapat kemoterapi Riwayat terapi steroid
l.	Formula	(Jumlah kasus meninggal pada anak dan remaja dengan ketoasidosis diabetikum / Jumlah total kasus pasien anak dan remaja yang dirawat dengan ketoasidosis diabetikum) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Prospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	Check list
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Cross Sectional
r.	Periode Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Setiap 1 setahun
u.	Penanggung Jawab	Divisi Endokrinologi KSM Kesehatan Anak

94. Keberhasilan pengobatan TBC Sensitif Obat

a.	Judul Indikator	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB SO dipengaruhi beberapa factor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasienpindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar.
c.	Dimensi Mutu	Efektif, Keselamatan, Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (patient-centered), Tepat waktu, Efisien
d.	Tujuan	Diagnosis tuberkulosis paru dilakukan melalui pemeriksaan sputum mikroskopis (BTA) atau tes cepat molecular (TCM) di laboratorium mandiri/laboratorium jejaring. Pengobatan TBC SO diberikan sesuai pedoman dapat berupa pemberian kombinasi dosis tepat (KDT) atau OAT lepasan sesuai dengan indikasi. Diutamakan penggunaan dengan Kombinasi Dosis Tetap (KDT) untuk meningkatkan kepatuhan minum obat Pengobatan lengkap adalah pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan tidak memiliki bukti gagal pengobatan tetapi juga tidak memiliki hasil BTA sputum atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan satu pemeriksaan sebelumnya, baik karena tidak dilakukan atau karena hasilnya tidak ada.
e.	Definisi Operasional	- Diagnosis tuberkulosis paru dengan pemeriksaan BTA/Sputum mikroskopis atau TCM yang tersedia di fasilitas kesehatan - Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan oleh DPJP berdasarkan kondisi pasien masing-masing - Keberhasilan pengobatan adalah jumlah kasus dengan hasil pengobatan sembuh dan lengkap. - Kriteria sembuh adalah pasien TB paru dengan konfirmasi bakteriologis positif pada awal pengobatan dan BTA sputum negatif atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan memiliki hasil pemeriksaan negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah semua kasus sembuh dan pengobatan lengkap
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah kasus TB yang diobati
j.	Target Pencapaian	≥75%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TB yang diperiksakan mikroskopik dan sputum TCM Pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis dan terdiagnosis klinis Kriteria Eksklusi: Pasien TB ekstra paru Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan mikroskopik maupun sputum TCM
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua pasien yang ikut pengobatan}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)

q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim TB

95. Keberhasilan Pengobatan TBC Resisten Obat

a.	Judul Indikator	Keberhasilan pengobatan TBC RO
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB RO dipengaruhi beberapa faktor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasienpindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat. Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau. Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar.
c.	Dimensi Mutu	Efektif,Keselamatan,Tepat waktu
d.	Tujuan	Pengobatan pasien tuberkulosis diberikan sesuai dengan hasil uji resistensi
e.	Definisi Operasional	TBC RO adalah TB yang resisten terhadap Rifampisin atau Multi Drug Resisten (rifampisin dan Isoniazid) atau pre extremely Drug Resistent/pre-XDR (MDR dan fluoroquinolone) atau XDR (pre XDR dan linezolid atau bedaquiline). Pengobatan pasien TBC RO adalah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan didasarkan hasil uji Line Probe Assay (uji kepekaan) lini 2 dan atau hasil kultur atau hasil TCM Kriteria sembuh adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tanpa bukti kegagalan dan hasil biakan selama tahap lanjutan menunjukkan hasil negatif minimal 3 kali berturut dengan jarak pemeriksaan antar biakan minimal 30 hari. Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB MDR tetapi tidak memiliki definisi sembuh maupun gagal.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
	Satuan Pengukuran	Persentase
H	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien TBC RO yang sembuh dan pengobatan lengkap
I	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien TBC RO yang diobati
j	Target Pencapaian	≥60%
k	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TBC RO yang diperiksakan TCM dan atau uji kepekaan Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak diperiksakan uji kepekaan
l	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien TBC RO yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah pasien TBC RO yang diobati}} \times 100\%$
m	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n	Sumber Data	Rekam Medik
o	Instrumen Pengambilan Data	
p	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u	Penanggung Jawab	Tim TB

96. Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat

a.	Judul Indikator	Inisiasi pengobatan TBC RO
b.	Dasar Pemikiran	Keberhasilan pengobatan TB RO dipengaruhi beberapa faktor seperti: Faktor pasien: pasien tidak patuh minum obat anti TB, pasienpindah fasilitas pelayanan kesehatan (tanpa informasi hasil pengobatan ke fasyankes awal) dan kasus TB resistan obat Faktor pengawas menelan obat (PMO): PMO tidak ada, PMO ada tapi kurang memantau Faktor obat: suplai obat terganggu sehingga pasien menunda atau penyimpanan tidak sesuai standar
c.	Dimensi Mutu	Efektif Keselamatan Tepat waktu
d.	Tujuan	Mengetahui jumlah atau persentase kasus TB RO yang memulai pengobatan.
e.	Definisi Operasional	Angka inisiasi pengobatan TB RO adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan lini kedua di antara jumlah kasus TB RO yang ditemukan. Kasus TB RO yang ditemukan adalah kasus TB RO yang terdiagnosis dari hasil TCM dan atau kultur resistensi.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di RS tersebut
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien TB RO yang ditemukan
j.	Target Pencapaian	≥60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien terduga TBC RO yang diperiksakan TCM dan atau uji kepekaan Pasien TBC RO yang memulai pengobatan OAT Kriteria Eksklusi: Pasien terduga TB RO yang tidak diperiksakan uji kepekaan
l.	Formula	Jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan di RS / Jumlah kasus TB RO yang ditemukan X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Tim TB

97. Kesintasan Pasien Sirosis Hati Dekompensata (Stadium Lanjut) > 12 Bulan

a.	Judul Indikator	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective) Keselamatan (safe) Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
e.	Definisi Operasional	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan setelah pertama kali didiagnosis.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien sirosis hati dekompensata dengan kesintasan > 12 bulan.
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien sirosis hati dekompensata yang dilayani RS
j.	Target Pencapaian	≥20%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien sirosis hati dekompensata Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien sirosis hati dekompensata dengan kesintasan > 12 bulan}}{\text{Jumlah pasien sirosis hati dekompensata yang dilayani RS}} \times 100\%$
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Hepatobilier Departemen Ilmu Penyakit Dalam

98. Pasien Sirosis Hepatis Dengan Pecah Varises Esofagus Yang Tidak Mengalami *Early Rebleeding* (24 Jam) Pasca Endoskopi Hemostatik

a.	Judul Indikator	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding (24 jam) paska endoskopi hemostatic
b.	Dasar Pemikiran	-
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective) Keselamatan (safe) Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan sirosis hepatis
e.	Definisi Operasional	Early rebleeding adalah Terjadinya perdarahan episode baru hematemesis yang aktif dalam kurun waktu 24 jam setelah dilakukan terapi medikamentosa dan ligasi varises esofagus. Terjadinya penurunan kadar hemoglobin > 2 gram/dL atau hematokrit > 6% tanpa adanya riwayat transfusi setelah tindakan ligasi varises esofagus.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus
j.	Target Pencapaian	≥80%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding ——————————————— X 100% Jumlah pasien sirosis hati dengan pecah varises esofagus paska ligasi varises esofagus
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Hepatobilier Departemen Ilmu Penyakit Dalam

99. Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan

a.	Judul Indikator	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan
b.	Dasar Pemikiran	Atresia bilier adalah penyakit kuning pada bayi yang paling banyak menyebabkan transplantasi hati. Salah satu cara untuk meningkatkan *survival* dari penyakit ini dan menurunan angka kebutuhan transplantasi hati adalah melakukan deteksi dini atresia bilier dan melakukai operasi Kasai sebelum pasien berusia 3 bulan.
c.	Dimensi Mutu	Efektif (effective), Keselamatan (safe), Tepat waktu (timely)
d.	Tujuan	Peningkatan kualitas pelayanan pada pasien dengan atresia bilier
e.	Definisi Operasional	Atresia bilier dicurigai pada bayi kuning (kolestasis) yang: - Warna BAB berwarna dempul - Kadar GGT >250 mg/dL - Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier Diagnosis pasti atresia bilier menggunakan metode kolangiografi intraoperatif (IOC) yang bila positif atresia bilier akan dilanjutkan dengan operasi Kasai.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	*Outcome* utama: Jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis *Outcome* tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
i.	Denominator (penyebut)	*Outcome* utama: Jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis *Outcome* tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
j.	Target Pencapaian	*Outcome* utama: ≥80% *Outcome* tambahan: ≥50%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien bayi kolestasis (bilirubin direk >1 mg/dL) berusia <3 bulan yang memiliki minimal 2 tanda berikut: Warna BAB berwarna dempul Kadar GGT >250 mg/dL Hasil USG menunjukkan tanda khas atresia bilier Kriteria Eksklusi: tidak ada
l.	Formula	*Outcome* utama: Jumlah bayi curiga atresia bilier berusia <3 bulan yang dilakukan IOC □ operasi Kasai / jumlah bayi berusia <3 bulan yang dicurigai atresia bilier berdasarkan klinis *Outcome* tambahan: Jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai dan *jaundice-free* di 3 bulan pasca operasi / jumlah bayi yang dilakukan operasi Kasai
m.	Metode Pengumpulan Data	Kohort retrospektif, Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Convenience Sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Convenience Sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	PIC Divisi Gastrohepatologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak dan PIC Divisi Bedah Pediatri Departemen Ilmu Bedah

100. Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia

a.	Judul Indikator	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia
b.	Dasar Pemikiran	Tata Kelola RS yang baik, Tata Kelola Klinis yang baik, Layanan berorientasi Pasien
c.	Dimensi Mutu	*Patien Centred, effectiveness, efficiency*
d.	Tujuan	Terwujudnya tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance)*
e.	Definisi Operasional	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia adalah perawatan pasien Skizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan gejala klinis dan optimalisasi lama rawat. Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap, diukur menggunakan instrumen *Positive and Negative Syndrom Scale* (PANSS) Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau maksimal 1x24 jam setelahnya dan 1x24 jam sebelum pasien pulang. PANSS Remisi merupakan instrumen penilaian cepat (*quickscore*) yang digunakan untuk mengukur perbaikan gejala klinis yang dilihat dari dua dimensi yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terdiri dari 8 Item dengan skala likert 1-7 Pasien dianggap mengalami perbaikan gejala klinis bila mengalami perbaikan berupa penurunan skor ≥ 20% dari skor awal. Perhitungan Perbaikan Gejala Klinis : (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk - Total Skor PANSS Remisi saat pasien pulang) : (Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk) x 100% Optimalisasi lama rawat pasien Skizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien Skizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut sampai dengan fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor sebesar ≥ 20%). Standar lama perawatan pasien Skizofrenia: 18 hari
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☐ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat ≤18 hari
i.	Denominator(penyebut)	Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang
j.	Target Pencapaian	≥ 60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis (penurunan skor PANSS Remisi sebesar ≥ 20%) Kriteria Eksklusi: Pasien Skizofrenia tanpa keluarga, Pasien Skizofrenia dengan komorbid dan komplikasi
l.	Formula	(Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat ≤ 18 hari / Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis Pasien Skizofrenia
o.	Instrumen Pengambilan Data	Form PANNS Remisi, Aplikasi SIMRS
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang, Ka. Instalasi Rawat Inap

101. Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

a.	Judul Indikator	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup
b.	Dasar Pemikiran	Tata Kelola RS yang baik Tata Kelola Klinis yang baik Layanan berorientasi Pasien
c.	Dimensi Mutu	Patien Centered care
d.	Tujuan	Terwujudnya tatakelola klinis yang baik (*good clinical governance)*
e.	Definisi Operasional	Perbaikan kualitas hidup Pasien ketergantungan Stimulan adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu: Kesehatan Fisik , Psikologis, Hubungan sosial serta lingkungan yang dirasakan oleh pasien. Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan. Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHO QoL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan) Kesehatan Fisik : Item no 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan18 Psikologis : Item no 5, 6, 7, 11, 19, dan 26 Hubungan Sosial : Item no 20, 21, dan22 Lingkungan : Item no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25 Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien selesai mengikuti program . Dibandingkan Skor awal dengan skor akhir dan diukur prosentase peningkatanya . Pasien dianggap mengalami perbaikan kualitas hidup apabila mengalami peningkatan skor □ 20 % Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup : (Total Skor WHO QoL saat pasien selesai program – Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) : (Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) x 100%
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang selesai program dengan peningkatan skor WHO QoL □20 %
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang selesai program.
j.	Target Pencapaian	≥ 70%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien ketergantungan Stimulan yang mengikuti Rehabilitasi Residensial (□1 Bulan) Kriteria Eksklusi: Pasien Ketergantungan Stimulan yang disertai Gangguan Mental Organik
l.	Formula	(Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program dengan peningkatan skor WHO QoL □20 % : Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis Pasien Ketergantungan Stimulan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Form WHO QoL, Aplikasi SIMRS
p.	Besar Sampel	Total sampling

q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang. Ka Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA

102. Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat Covid-19 ≤ 5 menit

a.	Judul Indikator	Kecepatan penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat covid-19 ≤ 5 menit
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal, UU 44/2009 pasal 29
c.	Dimensi Mutu	Efektif (*effective*), Tepat waktu (*timely*), *S a f e t y*
d.	Tujuan	• Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik (Good Clinical Governance) berbasis mutu dan keselamatan pasien. • Terlaksananya skrining cepat pasien di IGD dan agar segera menempatkan pa sien Covid-19 di IGD Isolasi
e.	Definisi Operasional	Kecepatan Penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat di IGD dan ruang isolasi adalah penanganan kegawatdaruratan dalam 5 menit pertama sejak tegaknya derajat berat pasien yang datang dan ditangani oleh staf medis • Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat adalah infeksi SARS Cov-2 yang ditandai oleh pneumonia berat atau distress pernafasan yang memiliki salah satu kriteria klinis • Kriteria Klinis : 1. Demam akut (≥ 38°C) /riwayat demam dan batuk, napas cepat, sesak napas (frekuensi napas >30x/menit)/SpO2< 95% pada room air atau; 2. Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam,batuk,kelelahan (fatigue), sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, Coryza/pilek/hidung tersumbat anoreksia/mual/muntah, diare (asupan tidak adekuat) atau; 3. Anosmia (hilang kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilang kemampuan indra rasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Waktu Penanganan Kegawatdaruratan Covid-19 derajat berat dalam 5 menit pertama sejak sejak tegaknya derajat berat pasien yang datang dan ditangani oleh staf medis di IGD isolasi & ruangan isolasi
i.	Denominator (penyebut)	Seluruh pasien Covid-19 derajat berat di IGD isolasi dan ruangan isolasi
j.	Target Pencapaian	100% Bila tidak ada kasus dilaporkan 0% dengan catatan tidka ada kasus
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien Covid-19 derajat berat yang datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi Kriteria Eksklusi: Pasien yang datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi dengan gangguan respirasi yang bukan Covid-19
l.	Formula	(Jumlah Pasien Covid-19 derajat berat yang ditangani pada 5 menit pertama sejak tegaknya derajat berat pada pasien datang di IGD isolasi dan ruangan isolasi oleh staf medis / Jumlah seluruh Pasien Covid-19 derajat berat yang datang di IGD) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang; Ka. Instalasi Gawat Darurat, Ka Instalasi ICU, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Pokja PIE, Tim Transformasi

103. Pelayanan Pasien Covid-19 Derajat Berat Sesuai Dengan Panduan Praktik Klinik Dan Clinical Pathway

a.	Judul Indikator	Pelayanan pasien Covid-19 derajat berat sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan *Clinical Pathway*
b.	Dasar Pemikiran	Permenkes 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Standar Akreditasi RS Layanan PIE sesuai PPK dan CP, akan menurunkan jumlah LOS, menurunkan biaya yang tidak diperlukan
c.	Dimensi Mutu	☐ Efektif (*effective*) ☐ Tepat waktu (*timely*) ☐ Efisien (*efficient*)
d.	Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem *Manajemen Klinik (Good* clinical Governance) berbasis mutu dan keselamatan pasien
e.	Definisi Operasional	Kesesuaian pelayanan pasien Covid-19 derajat berat adalah kesesuaian klinis, diagnostik, pemeriksaan penunjang minimal (Analisa Gas Darah, D Dimer, SGOT, SGPT, CRP, Hematologi Lengkap, Ureum , Creatinin, EKG dan foto toraks) serta tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat Evaluasi atau cara penilaian penerapan PPK dan clinical pathway tersebut adalah dilakukan audit *clinical pathway* berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian klinis, diagnostik , pemeriksaan penunjang dan tatalaksana Covid-19 (perawatan, terapi, edukasi) derajat berat. Dokumen PPK dan *clinical pathway* diintegrasikan pada berkas rekam medis.
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☐ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat yang sesuai dengan PPK dan CP di RS masing-masing sesuai dengan Pedoman Nasional
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat
j.	Target Pencapaian	100%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien Covid-19 dengan derajat berat Kriteria Eksklusi: Pasien pneumonia non Covid-19
l.	Formula	(Jumlah Pasien Covid-19 derajat berat yang sesuai dengan PPK dan CP/ Jumlah semua pasien Covid-19 derajat berat) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total sampling
q.	Cara Pengambilan Sampel	Total sampling
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

104. Angka Kematian Pasien Covid-19 Derajat Berat Dan Kritikal ≤ 5 %

a.	Judul Indikator	Angka kematian pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal ≤ 5%
b.	Dasar Pemikiran	·Banyaknya kematian pasien Covid-19 dengan derajat berat dan kritikal ·Tingkat kematian menunjukkan kondisi pasien saat pertama kali datang ke RS dan kemampuan dalam menangani pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal di RS
c.	Dimensi Mutu	*Safety dan Effectivity*
d.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien serta menurunkan angka kematian
e..	Definisi Operasional	Kematian pasien yang disebabkan oleh Covid-19 akibat gagal respirasi Covid 19 Gagal respirasi dimaksud adalah gagal napas berat akibat Covid-19 Audit Medik adalah pemeriksaan menyeluruh atas suatu kasus Covid-19 derjat berat, meliputi kinerja klinik dan pelayanan medik, prosedur medicolegal, perijinan dan kompetensi staf medik, Teknik medik untuk meningkatkan mutu pelayanan , keselamatan pasien dan manajemen risiko Audit Kematian adalah pembahasan menyeluruh mengaenai suatu kasus Covid-19 derajat berat dimana pasien meninggal dalam proses pelayanan medik untuk menemukan penyebab langsung atau hal–hal yang mungkin menjadi penyebab tidak langsung dan mempengaruhi hingga terjadi kematian
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang meninggal akibat gagal respirasi
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien Covid-19 dirawat
j.	Target Pencapaian	≤ 5%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: .Pasien Covid-19 yang masuk rawat inap dan ICU isolasi k.arena gagal respirasi Kriteria Eksklusi: Pasien Covid-19 yang meninggal bukan karena gagal respirasi
l.	Formula	(Jumlah pasien Covid-19 derajat berat dan kritikal yang meninggal akibat gagal respirasi/Jumlah seluruh pasien Covid-19yang dirawat) X 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis
p.	Besar Sampel	Total populasi
q.	Cara Pengambilan Sampel	Kasus pasien yang meninggal
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	☑ Tabel ☑ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang; Ka. Instalasi Gawat Darurat, Ka Instalasi ICU, Ka. Instalasi rawat inap, Ka. Pokja PIE, Tim Transformasi

105. Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak

a.	Judul Indikator	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak
b.	Dasar Pemikiran	
c.	Dimensi Mutu	*Effective, safety*
d.	Tujuan	Meningkatkan kualitas pelayanan Operasi Katarak
e.	Definisi Operasional	Endoftalmitis Pasca Operasi katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan segmen posterior bola mata dalam satu minggu setelah operasi katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama berjalannya operasi
f.	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Outcome ☑ Proses ☐ Proses Outcome
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kejadian endopthalmitis pasca operasi katarak
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah total operasi katarak
j.	Target Pencapaian	< 1 %
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pasien dengan diagnosis endoftalmitis pasca operasi katarak (baik phacoemusifikasi atau SICS), baik kultur hasil positif maupun negatif, katarak yang diangkat semuanya murni karena usia Kriteria Eksklusi: Pasien yang menjalani prosedur bedah katarak kombinasi dengan bedah glaukoma, katarak akibat trauma, operasi katarak pada anak (Batasan yang tidak termasuk dalam cakupan pengukuran indikator)
l.	Formula	(Jumlah kejadian endoftalmitis pasca operasi katarak / Jumlah total operasi katarak) x 100%
m.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
n.	Sumber Data	Rekam Medis
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	Total sampling (Non-random Sampling)
q.	Cara Pengambilan Sampel	
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	✓ Tabel ✓ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	KSM Mata

106. Pasien Dengan Emergency Respon Time 2 Kasus Open Fracture < 120 Menit

a.	Judul Indikator	Pasien fraktur terbuka dengan *emergency respon time* 2 <120 menit
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	*Safety, Effective, Timely, People-Centred, Efficient*
d.	Tujuan	Terselenggaranyan pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
e.	Definisi Operasional	*Emergency Respon Time* 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito. Dimulai sejak diputuskannya operasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien/ DPJP (termasuk inform consent pasien/keluarga & konsultasi anestesi/ bidang terkait) sampai dimulainya insisi di kamar operasi (*from decision to incision*) yaitu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) Persentase capaian pasien dengan *emergency respon time* 2 ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) adalah jumlah pasien yang dilakukan operasi cito dengan waktu ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum) dibagi jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito dalam bentuk persentase
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dengan ERT 2 ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240 menit (pada RS Umum)
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito
j.	Target Pencapaian	≥ 60%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien IGD yang diputuskan operasi cito pada fraktur terbuka Kriteria Eksklusi: Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi Pasien memerlukan perbaikan kondisi umum Terdapat kondisi lain yang mengancam nyawa Kasus open fraktur yang melewati *golden periode* > 8 jam
l.	Formula	Jumlah pasien dengan ERT 2 ≤ 120 menit (pada RS Khusus Ortopedi) atau ≤ 240menit (pada RS Umum) ——————————— x 100 % Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi cito
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Rekam medis : jam inform consent (decision) s/d jam iris (incisi) di laporan operasi Catatan : Survey observasi langsung bila jumlah pasien ≤ 50 pasien per bulan
o.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir ERT 2
p.	Besar Sampel	Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Observasi Langsung
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	□ Tabel □ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang

107. Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup

a.	Judul Indikator	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup
b.	Dasar Pemikiran	Standar Pelayanan Minimal Kementerian Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	*Efektivitas dan Keselamatan pasien operasi fraktur tertutup*
d.	Tujuan	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
e.	Definisi Operasional	Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut: 1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia 2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic 3. DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
h.	Numerator (pembilang)	Jumlah kasus infeksi luka operasi (ILO) fraktur tertutup
i.	Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup
j.	Target Pencapaian	≥ 2%
k.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kasus operasi tertutup baik urgent maupun elektif Kriteria Eksklusi: Fraktur terbuka Fraktur yg sdh dilakukan operasi di RS sebelumnya
l.	Formula	Jumlah kasus infeksi fraktur tertutup ——————————— x 100 % Jumlah seluruh tindakan operasi fraktur tertutup
m.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
n.	Sumber Data	Rekam medik
o.	Instrumen Pengambilan Data	
p.	Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi >30)
q.	Cara Pengambilan Sampel	Observasi
r.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
s.	Penyajian Data	□ Tabel □ *Run chart*
t.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
u.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang

108. Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)

a.	Judul Indikator	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)
b.	Tujuan	EBITDA merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit.
c.	Definisi Operasional	Infeksi luka operasi pada fraktur tertutup adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi luka operasi pada fraktur tertutup dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah Kriteria memenuhi salah satu sebagai berikut: - Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia - Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic - DPJP menyatakan terjadi infeksi luka operasi dengan tanda sebagai berikut ini: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	EBITDA = Surplus atau Defisit + Bunga + Pajak Depresiasi + Amortisasi. Surplus atau Defisit adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha. 1) Surplus atau Defisit dari Laporan Operasional (LO). 2) Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan rawat jalan, pendapatan rawat inap, dan pendapatan layanan lainnya. 3) Beban usaha terdiri dari beban pokok pendapatan, beban administrasi dan umum, serta Beban penyusutan dan amortisasi. Beban pegawai yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Rupiah Murni (RM) tidak diperhitungkan. 4) Bunga adalah biaya yang harus dikeluarkan sebagai imbalan atas pembiayaan yang diberikan oleh pihak lain. 5) Pajak adalah kontribusi wajib kepada negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Rumah sakit vertikal merupakan salah satu satuan kerja instansi pemerintah pusat yang tidak dibebankan Pajak atas pendapatan yang diterima. 6) Depresiasi atau Penyusutan Barang Milik Negara (BMN) adalah penyesuaian nilai sehubungan dengan penurunan kapasitas dan manfaat dari suatu aset. BMN berupa aset tetap selain tanah dan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) disusutkan sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan tentang penyusutan aset tetap pada entitas pemerintah pusat. Depresiasi atau Penyusutan BMN diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan. 7) Amortisasi adalah alokasi harga perolehan aset tak berwujud secara sistematis dan rasional selama masa manfaatnya, yang hanya dapat diterapkan atas aset tak berwujud yang memiliki masa manfaat terbatas. Barang Milik Negara (BMN) berupa aset tak berwujud dilakukan amortisasi sesuai ketentuan yang berlaku tentang amortisasi pada pemerintah pusat. Amortisasi diambil datanya dalam kurun waktu sampai dengan bulan pelaporan.
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

109. Cash Flow

a.	Judul Indikator	Cash Flow
b.	Tujuan	-Mengetahui saldo kas periode selanjutnya. -Mengetahui kemampuan untuk menagih piutang. -Menggambarkan setiap transaksi investasi. -Mengetahui kemampuan menggunakan kas.
c.	Definisi Operasional	Cash Flow atau laporan arus kas adalah kenaikan atau penurunan jumlah uang yang dimiliki oleh rumah sakit vertikal. Dalam bidang keuangan, istilah tersebut berfungsi untuk menggambarkan jumlah uang tunai yang dihasilkan dan dikonsumsi dalam periode waktu tertentu. Pemasukan yang lebih besar daripada pengeluaran akan menciptakan Cash Flow yangpositif. Sebaliknya, Cash Flow akan menjadi negatif apabila pengeluaran lebih besar daripada Pemasukan. Cash Flow terbagi menjadi 3 (tiga) yaitu: 1) Cash Flow Operational atau arus kas dari aktivitas operasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas operasi. 2) Cash Flow Investasi atau arus kas bersih dari aktivitas investasi yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas investasi. 3) Cash Flow Pendanaan atau arus kas bersih dari aktivitas pendanaan yang merupakan selisih antara arus masuk dan keluar kas dari aktivitas pendanaan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Positif.
f.	Formula	Cash Flow = (arus kas masuk aktivitas operasi – arus kas keluar aktivitas operasi) + (arus kas masuk aktivitas investasi – arus kas keluar aktivitas investasi) + (arus kas masuk aktivitas pandanaan – arus kas keluar aktivitas pendanaan)
g.	Sumber Data	Laporan arus kas keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

110. Pendapatan

a.	Judul Indikator	Pendapatan
b.	Tujuan	- Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah pasien yang dilayani. - Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan jumlah tenaga medis. - Mengetahui hasil pelayanan oleh rumah sakit vertikal dibandingkan dengan fasilitas alat kesehatan. - Mengetahui jenis pelayanan oleh rumah sakit vertikal yang surplus atau defisit.
c.	Definisi Operasional	- Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit vertikal selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. - Pengakuan Pendapatan adalah Pendapatan yang diperoleh dari pasien yang dijamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Sedangkan pasien yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan atau penjamin lainnya diakui sebesar tarif yang ditetapkan. - Pencatatan Pendapatan adalah pencatatan Pendapatan didistribusikan sesuai dengan bulan layanan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target Pendapatan Badan Layanan Umum (BLU) atau Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
f.	Formula	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya
g.	Sumber Data	- Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal; dan/atau - Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

111. Beban

a.	Judul Indikator	Beban
b.	Tujuan	- Mengetahui persentase Beban pegawai atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban administrasi atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban persediaan atas total seluruh Beban. - Mengetahui persentase Beban farmasi atas total seluruh Beban.
c.	Definisi Operasional	Beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sumber dananya berasal dari Pendapatan BLU. Beban menggambarkan penurunan manfaat ekonomi atau potensi jasa dalam periode pelaporan yang menurunkan ekuitas rumah sakit vertikal, yang dapat berupa pengeluaran atau konsumsi aset atau timbulnya kewajiban. Beban pegawai yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Rupiah
e.	Target Pencapaian	Linear sesuai target pengeluaran BLU atau PNBP per bulan yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit vertikal dalam RBA.
f.	Formula	Beban = Beban Pegawai + Beban Administrasi + Beban Persediaan + Beban Barang dan Jasa + Beban Pemeliharaan + Beban Perjalanan Dinas + Beban Penyusutan & Amortisasi + Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih. Yang dimaksud beban pegawai dalam pedoman ini adalah beban pegawai yang berasal dari PNBP BLU.
g.	Sumber Data	- Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal;dan/atau - Laporan Operasional Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

112. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban pegawai atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan adalah perbandingan beban seluruh pegawai (gaji non PNS, honor, tunjangan tetap,insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan pensiun) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Gaji yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Pegawai kurang dari atau sama dengan 50% (X ≤ 50%) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = (Beban Pegawai sumber dana PNBP/BLU dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

113. Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Persediaan atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Persediaan terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban persediaan (Beban farmasi, Beban barang/perlengkapan, dan Beban bahan makanan gizi) yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. - Beban farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi - Beban barang/perlengkapan meliputi: linen, ART, cetakan, suku cadang, gas LPG, BBM). - Beban bahan makanan gizi meliputi: bahan makanan basah, bahan makanan kering)
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Persediaan kurang dari atau sama dengan 25 persen (X ≤ 25%) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan = (Beban Pegawai sumber dana PNBP/BLU dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

114. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase beban farmasi atas Pendapatan.
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh Beban Farmasi yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Farmasi meliputi: obat, BMHP, AMHP, gas medis, reagen, film radiologi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Farmasi kurang dari atau sama dengan 20% (X ≤ 20%) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Formula Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan = (Beban Farmasi dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

115. Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan

a.	Judul Indikator	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan
b.	Tujuan	Mengetahui persentase Beban Administrasi atas Pendapatan..
c.	Definisi Operasional	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan adalah perbandingan seluruh beban administrasi dan umum yang harus ditanggung terhadap Pendapatan. Beban Administrasi meliputi: Beban barang dan jasa, Beban pemeliharaan, Beban perjalanan dinas, Beban administrasi umum lainnya. Beban pegawai dan beban persediaan tidak termasuk dalam Beban Administrasi.
d.	Satuan Pengukuran	Persentase.
e.	Target Pencapaian	Rasio Beban Administrasi kurang dari atau sama dengan 15% (X ≤ 15%) terhadap Pendapatan.
f.	Formula	Rasio Beban Administrasi terhadap Pendapatan = (Beban Administrasi dibagi Pendapatan) x 100%
g.	Sumber Data	Laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

116. Days Receivable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Receivable Turnover
b.	Tujuan	Untuk mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk memperoleh pembayaran piutang.
c.	Definisi Operasional	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif rumah sakit vertikal dalam menagih piutang rumah sakit (menerima pembayaran piutang).
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.
f.	Formula	Days Receivable Turnover = (piutang dibagi Pendapatan per tahun) x 365.
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk BAHV dan surat penagihan piutang.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

117. Days Inventory Turnover

a.	Judul Indikator	Days Inventory Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang dibutuhkan rumah sakit vertikal untuk menyimpan persediaaan sampai persediaan tersebut digunakan.
c.	Definisi Operasional	Days Inventory Turnover (Perputaran Persediaan) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu RS dalam mengelola persediaan.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Receivable Turnover (Perputaran Piutang) kurang dari atau sama dengan 40 (empat puluh) hari.
f.	Formula	-Days Inventory Turnover = (rata-rata persediaan per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Inventory Turnover = ((persediaan dibagi 12) dibagi beban) x 365
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-KL), Laporan Stock Opname dan Laporan Klasifikasi Persediaan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

118. Days Payable Turnover

a.	Judul Indikator	Days Payable Turnover
b.	Tujuan	Mengetahui jumlah hari yang diperlukan rumah sakit vertikal untuk membayar hutang.
c.	Definisi Operasional	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) adalah ukuran hari yang digunakan untuk mengukur seberapa efektif suatu rumah sakit vertikal dalam mengelola pembayaran hutangnya.
d.	Satuan Pengukuran	Hari.
e.	Target Pencapaian	Days Payable Turnover (Perputaran Hutang) kurang dari atau sama dengan 60 (enam puluh) hari.
f.	Formula	-Days Payable Turnover = (rata-rata hutang per bulan dibagi Beban) x jumlah hari dalam periode pelaporan; atau -Days Payable Turnover = ((hutang dibagi 12) dibagi Beban) x 365.
g.	Sumber Data	Laporan neraca dan laporan operasional keuangan rumah sakit vertikal, termasuk dokumen Penagihan.
h.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan

119. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

a.	Judul Indikator	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional
b.	Sasaran Strategis	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
c.	Dimensi Mutu	*Efektivitas*
d.	Tujuan	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
e.	Definisi Operasional	Penyampaian gagasan/ide/data/temuan dalam bentuk tulisan menggunakan format/struktur dan tata Bahasa ilmiah yang berlaku. Penelitian atau riset: Kegiatan riset akademik, dengan latar belakang kesehatan, manajemen rumah sakit, SI/TI Rumah Sakit, yang dilakukan di bawah pengawasan pengampu (Contoh: Dokter, dosen atau peneliti). Penelitian yang dipublikasikan yaitu jumlah penelitian yang dipublikasikan pada tahun yang bersangkutan.
f.	Jenis Indikator	Internal Business Process
g.	Target Pencapaian	100%
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
i.	Formula	1. Jumlah penelitian/riset yang dihasilkan dalam tahun berkenaan Formula: jumlah penelitan, riset yang dihasilkan/target x 100% 2. Jumlah Penelitian yang dipublikasikan Formula: jumlah penelitian, riset yang dipublikasikan/target x 100% Penelitian yang sudah dinyatakan selesai yaitu ada bukti tertulis dari Pemimpin BLU bahwa penelitian telah selesai. Formula Perhitungan Realisasi : [(% Jumlah penelitian/riset yang dihasilkan dalam tahun berkenaan + % Jumlah Penelitian yang dipublikasikan) /2] + Nilai Penambah Kriteria Publikasi: dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit. Kriteria Nilai Penambah 1). penelitian yang dipublikasikan di Jurnal Nasional Terakreditasi Sinta 3 = +10%, Sinta 2 = +20%, Sinta 1 = +30% 2). penelitian yang dipublikasikan di Jurnal Internasional (Diterima = +30%, Terpublikasikan = +40%)
j.	Sumber Data	Data penelitian/Riset dan Artikel (penelitian/riset ilmiah) yang terpublikasi nasional atau internasional pada tahun berkenaan
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan

l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur SDM

120. Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

a.	Judul Indikator	Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang kompeten
c.	Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & organisasi
d.	Tujuan	Terselenggaranya promosi dan publikasi di bidang Kesehatan
e.	Definisi Operasional	Pendidikan Kedokteran adalah proses pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan akademik dan profesi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran dan terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi akademik dan/atau profesi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi. Fellowship Kedokteran adalah program pendidikan dan/atau pelatihan profesi tambahan bagi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dengan kurikulum dan pencapaian kompetensi sebagian dari subspesialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan.
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	100%
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
i.	Formula	Jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN ——————————————————— X 100% Target jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN.LN
j.	Sumber Data	Laporan Pelaksanaan Program Fellowship
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur SDM

121. Ketersediaan Fasilitas Layanan

a.	Judul Indikator	Ketersediaan Fasilitas Layanan
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal
c.	Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektivitas
d.	Tujuan	Terselenggaranya Fasilitas Layanan dengan baik dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
e.	Definisi Operasional	Formula Penghitungan Capaian Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar: 1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2 Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar: • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.

		• Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman Formula Perhitungan Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar: Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100%
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	82.50%
h.	Numerator	Persentase Pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar + Ketersedian fasilitas parkir sesuai standar
i.	Denominator	2
j.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Karakteristik Subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Kriteria Eksklusi: Batasan yang mengakibatkan subjek tidak dapat diikutkan dalam pengukuran, Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar dikecualikan untuk RS yang tidak memiliki lahan parkir
k.	Formula	Jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN, LN _____ X 100% Target jumlah peserta internal RS sebagai fellowship di RS lain DN.LN
l.	Sumber Data	--> Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar: ASPAK dan Survei Lapangan. --> Ketersedian fasilitas parkir sesuai standar Hasil survey / Hasil Observasi laporan RS
m.	Periode Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)
n.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
o.	Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN, dan Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum

122. Ketepatan Waktu Layanan

a.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Layanan
b.	Sasaran Strategis	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
c.	Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektivitas
d.	Tujuan	Ketepatan waktu pemberian layanan, pemberian layanan berorientasi pada pasien/pengguna layanan
e.	Definisi Operasional	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang: - Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. - Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. Formula Penghitungan Capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang: {Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan ≤ 120 menit } dibagi {Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: • Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis • Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan • Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik • Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan. Formula Penghitungan Capaian Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: • Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. • Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja • Visite dilakukan oleh DPJP • Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 12.00. Formula Penghitungan Capaian Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: {Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 12.00} dibagi {Jumlah pasien rawat inap}
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	80%
h.	Numerator	Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang + Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik + Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
i.	Denominator	3
j.	Kriteria:	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Kriteria eksklusi: • Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas. • Pasien yang mendapatkan tindakan. • Pasien Medical Ceck Up (MCU) • Pasien terlambat datang dari jam yang ditentukan • Pasien datang lebih awal dari waktu yang ditentukan.

		Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: Kriteria inklusi : Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik Kriteria eksklusi: - Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: Kriteria inklusi : Visite dokter pada pasien rawat inap Kriteria eksklusi: a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
k.	Formula	{ Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang + Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik + Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap } / 3
l.	Sumber Data	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang: Sumber data sekunder antara lain dari: (1) Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (2) Rekam Medik Pasien Rawat Jalan (3) Catatan waktu penyerahan obat Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik: Sumber Data: Laporan pelayanan poliklinik Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap: Sumber Data: Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik
m.	Periode Pengumpulan Data	Bulanan
n.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
o.	Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

123. Peningkatan Jumlah Pasien yang Mendapatkan Layanan Wellness

a.	Judul Indikator	Peningkatan Jumlah Pasien yang Mendapatkan Layanan Wellness
b.	Sasaran Strategis	*Beauty and Wellness*
c.	Dimensi Mutu	Aksesibilitas/*Accessible,* Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan *beauty and wellness*
e.	Definisi Operasional	Layanan Wellness adalah layanan yang dikembangkan untuk layanan pasien-pasien yang ingin tampil cantik, sehat dan bugar dengan menerapkan kebiasaan – kebiasaan sehat mulai dari pola makan sehat, hidup sehat, perawatan wajah dan kulit sehingga pasien tidak hanya Nampak cantik secara fisik namun juga sehat dan bebas dari penyakit metabolisme, dan pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup (*Quality of life*) terutama saat memasuki usia lanjut nantinya
f.	Jenis Indikator	Proses
g.	Satuan Pengukuran	Persentase
i.	Numerator (pembilang)	Selisih jumlah pasien yang mendapat layanan wellness pada tahun x dan tahun x-1
j.	Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang mendapat layanan wellness tahun x
k.	Target Pencapaian	30% per semester
l.	Formula	Selisih jumlah pasien yang mendapat layanan wellness pada tahun x dan tahun x-1 ——————————————————— X 100% Jumlah pasien yang mendapat layanan wellness tahun x
m.	Sumber Data	Laporan Pelayanan Pasien Wellness
n.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
o.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
p.	Penanggung Jawab	Direktur Medik, Keperawatan, dan Penunjang

124. Peningkatan Jumlah Perusahaan yang Melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)

a.	Judul Indikator	Peningkatan Jumlah Perusahaan yang Melakukan Kerjasama Pemeriksaan Kesehatan (Medical Cek Up)
b.	Sasaran Strategis	*Beauty and Wellness*
c.	Dimensi Mutu	Aksesibilitas/*Accessible*, Berorientasi pada Pasien
d.	Tujuan	Terselenggaranya layanan pemeriksaan kesehatan
e.	Definisi Operasional	Kerjasama pemeriksaan kesehatan adalah perikatan yang dilakukan oleh rumah sakit dengan perusahaan dalam rangka pemberikan layanan pemeriksaan kesehatan sesuai dengan kebutuhan perusahaan yang tertuang dalam kontrak perjanjian Kerjasama termasuk perpanjangan Kerjasama dari tahun sebelumnya. Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Pemeriksaan fisik dan rekam medis akan membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien.
f.	Jenis Indikator	Manajer
g.	Target Pencapaian	5 per tahun
h.	Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kriteria Eksklusi:
j.	Sumber Data	Kontrak Kerjasama
k.	Periode Pengumpulan Data	Triwulanan
l.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
m.	Penanggung Jawab	Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum