

RENCANA STRATEGIS BISNIS

2020-2024
revisi 1



**RS PARU DR.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO
CISARUA BOGOR**



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO

Jalan Raya Puncak KM 83, Kotak Pos 28 Cisarua Bogor 16750

Telp. (0251) 8253630, 8257663. Faksimile (0251) 8254782, 8257662

Website : www.rspg-cisarua.co.id, Surat Elektronik : info@rspg-cisarua.co.id



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO

NOMOR : HK.02.03/2/ 65916 /2022

TENTANG

PEMBERLAKUAN RENCANA STRATEGIS BISNIS

RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO

TAHUN 2020-2024 REVISI 1

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO,

- Menimbang : Bahwa dalam rangka menentukan arah strategis dan prioritas tindakan tahun 2020-2024 di Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo, perlu memberlakukan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Tahun 2020-2024 Revisi 1 yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144 Tanggal 13 Oktober 2009;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153 Tanggal 28 Oktober 2009;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSP Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO TENTANG PEMBERLAKUAN RENCANA STRATEGIS BISNIS RUMAH SAKIT PARU Dr. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO TAHUN 2020-2024 REVISI 1.
- KESATU : Memberlakukan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Tahun 2020-2024 Revisi 1 sebagai acuan menentukan arah strategis dan prioritas tindakan tahun 2020-2024 di Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo
- KEDUA : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Cisarua Bogor

Pada Tanggal : 1 Juli 2022

DIREKTUR UTAMA,

DIREKTORAT JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN

IDA BAGUS SILA WIWEKA

**RENCANA STRATEGIS BISNIS
RUMAH SAKIT PARU Dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO
CISARUA BOGOR
TAHUN 2020 – 2024**

(REVISI KE - 1)

Cisarua Bogor, Januari 2023

DIREKSI

Direktur Utama

dr. Ida Bagus Sila Wiweka, Sp.P (K), MARS
NIP 196706011997031004



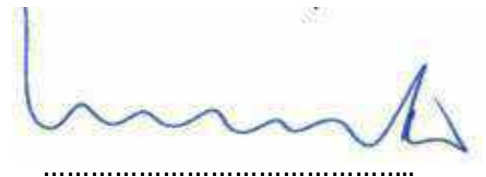
Direktur Medik dan Keperawatan

dr. Alvin Kosasih, Sp.P (K), MKM
NIP 197306182009121001



Plt. Direktur SDM, Keuangan dan Umum

dr. Ida Bagus Sila Wiweka, Sp.P (K), MARS
NIP 196706011997031004



**MENYETUJUI
ATAS
RENCANA STRATEGIS BISNIS
RUMAH SAKIT PARU Dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO
CISARUA BOGOR
TAHUN 2020 - 2024
(REVISI KE - 1)**

Cisarua Bogor, Januari 2023

DEWAN PENGAWAS



dr. Umar Wahid, Sp.P
Ketua

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large 'A' followed by a checkmark-like stroke.

Dr. Dra. Agusdini Banun Saptaningsih, Apt, MARS
Anggota

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Dwi Edhie Laksono".

Dwi Edhie Laksono, SE., MA
Anggota

**RENCANA STRATEGIS BISNIS
RUMAH SAKIT PARU dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO
TAHUN 2020 - 2024
REVISI KE-1**

RINGKASAN EKSEKUTIF

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan transformasi bidang kesehatan. Arah kebijakan tersebut diimplementasikan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Visi yang akan dicapai adalah “Menjadi Center Pelayanan Paru dan Bedah Toraks Nasional” dengan unggulan pada pelayanan infeksi paru, bedah toraks dan rehabilitasi respirasi.

Analisis SWOT yang dilakukan, posisi strategis RSPG Cisarua Bogor berada pada kuadran I yang mengarahkan untuk memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*). Artinya melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya

Dalam RSB 2020-2024 revisi pertama ini terdapat delapan sasaran strategis dengan 37 *Key Performance Indicator* (KPI) atau Indikator Kinerja Utama. Kedelapan sasaran strategis itu adalah :

1. Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan;
2. Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru;
3. Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas;
4. Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan;
5. Terwujudnya RSPG menjadi Rumah Sakit pendidikan yang didukung SDM yang berkualitas;
6. Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi Rumah Sakit;
7. Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola;
8. Terwujudnya efektifitas dan efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri.

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, Revisi Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor telah selesai disusun. Pengembangan RSPG Cisarua Bogor sebagai rumah sakit khusus rujukan kasus penyakit paru harus terus dilakukan. Strategi baik dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, proses bisnis internal, pelanggan dan keuangan menjadi hal penting untuk pencapaian visi dan misi RSPG Cisarua Bogor pada tahun 2024.

Penyusunan Revisi Rencana Strategis Bisnis adalah sebagai upaya merespon segala tantangan dan peluang yang dihadapi oleh RSPG Cisarua Bogor untuk memperoleh keunggulan persaingan. Perubahan dan perkembangan internal dan eksternal yang terjadi perlu diikuti dengan perencanaan yang baik untuk mencapai visi yang sudah ditetapkan. Revisi RSB 2022-2024 ini sejalan dan mempertimbangkan revisi rencana strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan program transformasi Rumah Sakit Vertikal.

Diharapkan RSB ini dapat selalu menjadi panduan dan acuan dalam pembangunan dan pengembangan RSPG Cisarua Bogor yang tertuang dalam perencanaan tiap tahun. Dukungan dari pemerintah Pusat khususnya Kementerian Kesehatan RI sangat penting untuk membangun dan mengembangkan RSPG Cisarua Bogor ini.

Direktur Utama



Dr. Ida Bagus Sila Wiweka, Sp.P (K), MARS

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pengesahan	
Ringkasan Eksekutif	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iii
Daftar Grafik dan Gambar	iv
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024	1
B. Visi, Misi, Tugas dan Fungsi RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo	3
C. Target Rencana Strategis Bisnis	4
BAB II : ANALISIS DAN STRATEGI	5
A. Evaluasi Kinerja BLU	5
B. Analisis SWOT dan TOWS Matriks	9
C. Inisiatif Strategis	12
BAB III : RENCANA STRATEGIS BISNIS	14
A. Program Kementerian Kesehatan	14
B. Strategi Bisnis BLU	14
C. Kegiatan dan Indikator	19
BAB IV : PENUTUP	26
A. Kesimpulan	26
B. Hal-hal Penting yang Perlu Mendapat Perhatian	26
Lampiran	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Nilai Terbobot Kekuatan	9
Tabel 2.2 Nilai Terbobot Kelemahan	9
Tabel 2.3 Nilai Terbobot Peluang	10
Tabel 2.4 Nilai Terbobot Ancaman	10
Tabel 3.1 Ketrkaitan Program, Kegiatan, Sasaran dan IKU	20

DAFTAR GRAFIK DAN GAMBAR

	Halaman
Grafik 2.1 Kinerja Pelayanan Tahun 2018 – 2022	6
Grafik 2.2 Kinerja Keuangan Tahun 2018 – 2022	7
Grafik 2.3 Cost/ Biaya Layanan Tahun 2018 – 2022	8
Grafik 2.4 Kinerja SDM dan Diklit	8
Gambar 2.1 Diagram Kartesius – Posisi Bersaing RSPG 2020 – 2024	11
Gambar 2.2 Matriks TOWS	11
Gambar 2.3 Peta Strategi RSPG Cisarua Bogor	13
Gambar 3.1 Arah Pengembangan RSPG Cisarua Bogor	15
Gambar 3.2 Tahapan Pengembangan RSPG Cisarua Bogor 2022 – 2024	15

BAB I

PENDAHULUAN

A. Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020 - 2024

1. Visi dan Misi Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu **“Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”**. Misi sebagai *outcome* RPJMN bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja
- b. Perbaiki Gizi Masyarakat
- c. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- d. Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)
- e. Memperkuat Sistem Kesehatan & Pengendalian Obat dan Makanan

2. Arah Kebijakan Nasional dan Kementerian Kesehatan

Arah kebijakan nasional “Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan sistem pelayanan kesehatan dasar dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan hingga 2024 adalah “Menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*), melalui penyediaan pelayanan kesehatan primer dan sekunder yang berkualitas, sistem ketahanan kesehatan yang tangguh, SDM kesehatan yang kompeten, sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, serta penyelenggaraan kesehatan dengan tata kelola pemerintahan yang baik, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”. Arah kebijakan pembangunan kesehatan ini diterjemahkan dengan transformasi sektor kesehatan sebagai salah satu arahan Presiden Republik Indonesia kepada Menteri Kesehatan.

Ada enam pilar transformasi kesehatan yaitu Transformasi Layanan Primer, **Transformasi Layanan Rujukan**, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, dan Transformasi Teknologi Kesehatan. Transformasi layanan rujukan bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder & tersier yang dilaksanakan melalui pengembangan jejaring layanan penyakit prioritas, perbaikan tata kelola Rumah Sakit pemerintah. Rumah Sakit Vertikal sebagai pusat layanan rujukan ditargetkan menjadi *Centre of Excellence* dengan kriteria :

- a. Memberikan pelayanan bermutu setara *World Class Hospital*
- b. Menjadi RS terbaik di bidangnya di tingkat Asia**
- c. Menjadi Rumah Sakit pendidikan dan pusat penelitian**
- d. Mengampu dan memperkuat jejaring pelayanan RS di Indonesia**
- e. Menggunakan teknologi dalam peningkatan pelayanan
- f. Memiliki tata kelola keuangan yang sehat untuk pengembangan layanan

4 komponen utama yang menjadi fokus pengembangan RS BLU melalui transformasi system layanan kesehatan dengan tujuan Rumah Sakit yang memberikan pelayanan minimal setara level Asia.

- a. Perbaikan pengalaman pasien
Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien
- b. Peningkatan kualitas pemberi layanan
Meningkatkan produktifitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan
- c. Peningkatan mutu layanan klinis
Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *clinical pathway*, serta peningkatan riset medis
- d. Peningkatan tata kelola Rumah Sakit
Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan

B. Visi, Misi, Tugas dan Fungsi RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo

1. Visi dan Misi RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo

Dalam upaya mendukung visi Kementerian Kesehatan dan tujuan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yaitu Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan, RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo sebagai Rumah Sakit Khusus Paru pada periode tahun 2020-2024 menetapkan visi **“Menjadi Center Pelayanan Paru dan Bedah Toraks Nasional”**.

Untuk mewujudkan visi tersebut, RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo telah menetapkan misi yaitu :

- a. Menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
- b. Mengembangkan pelayanan infeksi paru, kanker paru, intervensi paru dan bedah toraks serta layanan penunjangnya.
- c. Mengembangkan pendidikan, pelatihan dan penelitian ilmu penyakit paru.
- d. Memantapkan tata kelola rumah sakit yang akuntabel, transparan, responsible dan inovatif berbasis teknologi informasi.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo senantiasa dilandasi nilai-nilai budaya yaitu : “Integritas”, “Profesional”, “Disiplin”, “Kerjasama”, “Inovasi” dan “Kepuasan Pelanggan”.

2. Tugas dan Fungsi RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, disebutkan bahwa Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan (paru), pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Sedangkan fungsi RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor adalah :

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;

- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan paru;
- c. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan;
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan;
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit, dan
- m. Dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

C. Target Rencana Strategis Bisnis

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo merupakan pedoman dalam perencanaan jangka menengah periode tahun 2020-2024 ini mempunyai target/ tujuan pokok sebagai berikut:

1. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas yang dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat;
2. Terwujudnya pelayanan infeksi paru, bedah toraks dan rehabilitasi respirasi yang komprehensif;
3. Terwujudnya rumah sakit yang menjadi wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian yang didukung dengan SDM yang kompeten;
4. Terwujudnya tatakelola rumah sakit yang akuntabel, transparan, responsibel dan inovatif.

BAB II

ANALISIS DAN STRATEGI

A. Evaluasi Kinerja BLU

Rencana Startegis Bisnis (RSB) tahun 2020 -2024 merupakan kelanjutan dari program-program strategis yang tertuang dalam RSB 2015-2019. Keberhasilan kinerja pada RSB 2015-2019 diukur melalui 14 *Key Performance Indicator* (KPI) atau Indikator Kinerja Utama (IKU). Sampai dengan akhir periode RSB 2015-2019, dari 14 KPI/ IKU ada 7 yang tidak tercapai yaitu

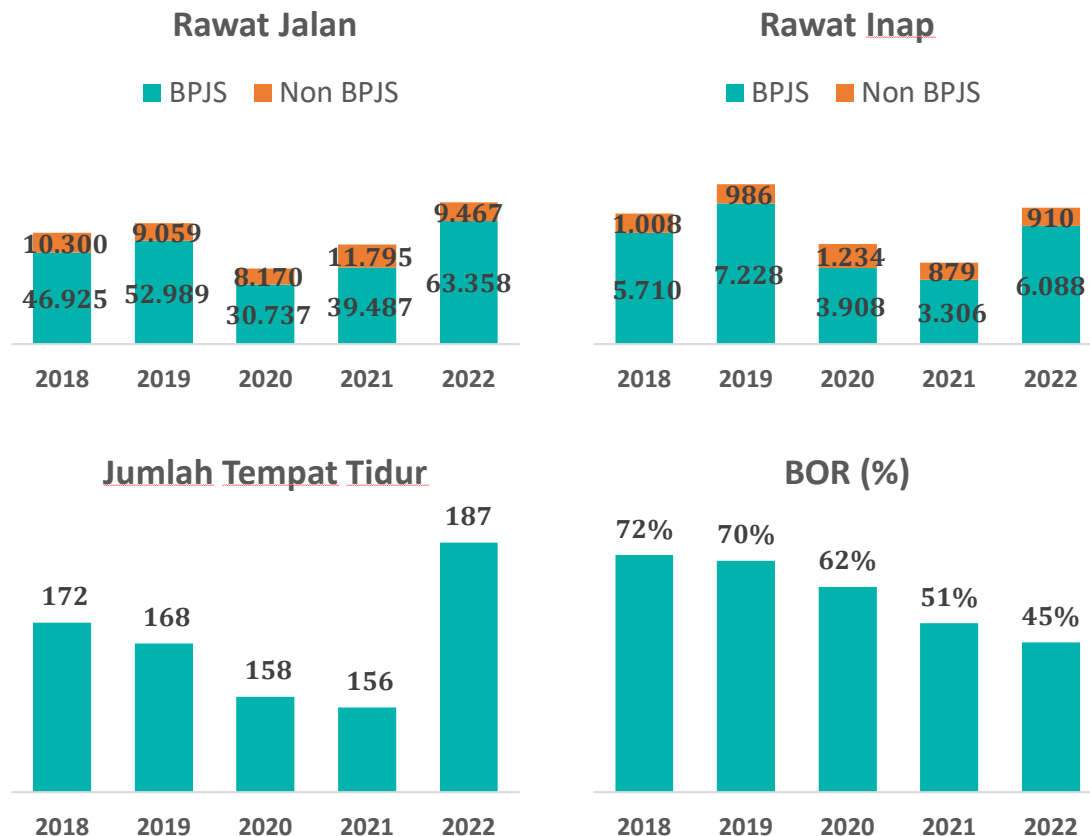
1. Tingkat kepuasan pelanggan dengan target 90% dan capaiannya 80,67%. Kepuasan pelanggan tidak tercapai karena masih lamanya waktu tunggu pelayanan.
2. Tingkat capaian kegiatan pelayanan terapi komplementer dengan target level 5 (peningkatan jumlah pasien pelayanan tradkom sebesar 20%) namun capaiannya baru pada Level 4 (MoU dengan Litbangkes dan terpenuhinya 5 jenis pelayanan komplementer). Indikator ini belum terlaksana karena keterbatasan sumber daya dan kurangnya minat dari pelanggan.
3. Persentase pelaksanaan kerjasama dengan *stakeholders* strategis dengan target 100% dan capaiannya 99,11%. Ada satu kerja sama yang tidak terlaksana yaitu pengantaran ambulance.
4. Tingkat capaian sebagai RS pendidikan dengan target level 5 (tersertifikasi pendidikan) dan capaiannya pada level 3 (MoU tripartit dan bimbingan untuk visitasi). Terkendala dengan belum terlaksananya proses visitasi baik dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat maupun dari Kementerian Kesehatan.
5. Persentase pengelolaan BMN dengan target 100% dan capainnya 97,50%. Ada satu pengelolaan BMN yang belum terlaksana yaitu pengelolaan tanah yang masih dalam perselisihan.
6. Persentase peralatan yang memenuhi standar dengan target 100% dan capainnya 97,31%. Ada alat medis yang tidak beroperasi karena ada kerusakan yaitu CT-Scan yang memerlukan biaya cukup besar untuk perbaikannya.

7. Persentase peningkatan pendapatan BLU dengan target 20% namun capaiannya minus 8,11%. Penurunan kelas dari kelas A ke kelas B berpengaruh pada pendapatan Rumah Sakit khususnya untuk klaim BPJS yang mengalami penurunan nilai yang cukup signifikan.

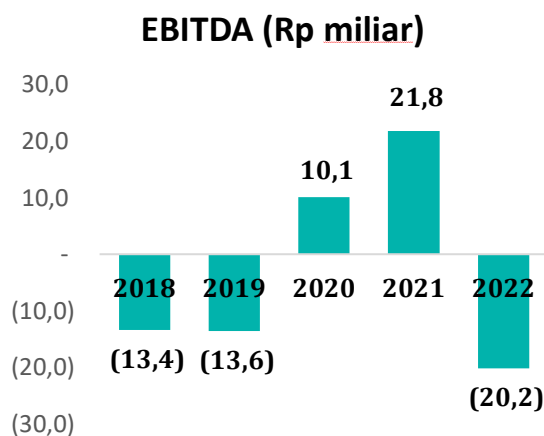
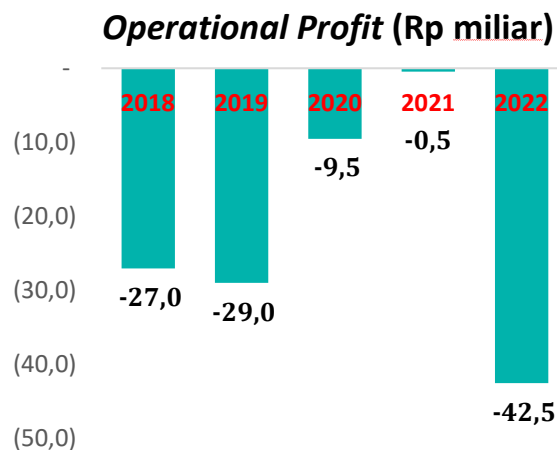
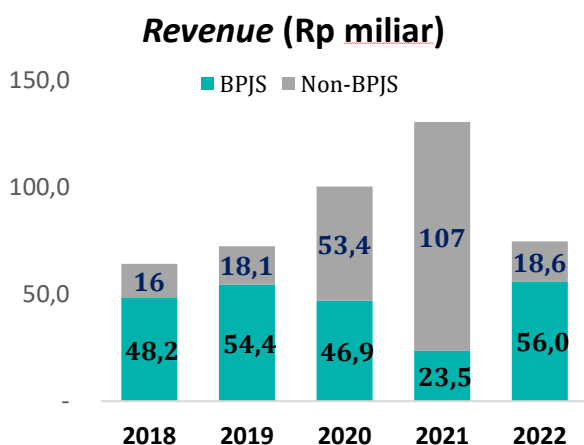
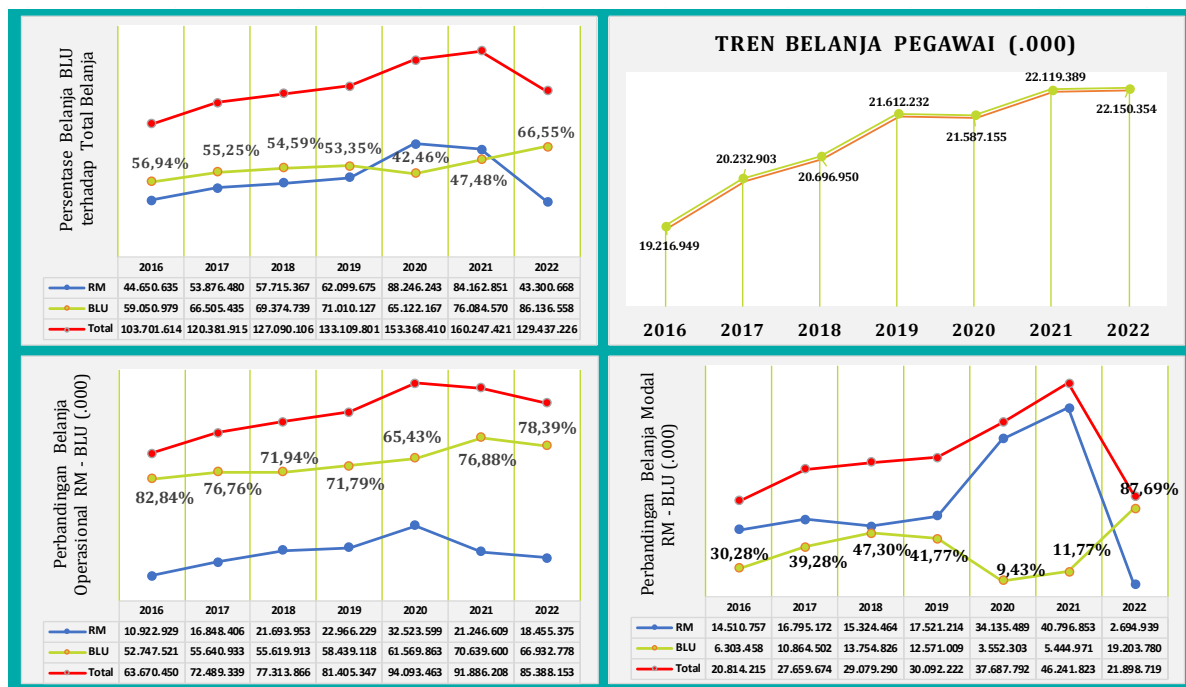
Pada RSB tahun 2020-2024, ada 12 KPI/ IKU yang menjadi tolok ukur kinerja RSPG Cisarua Bogor. Target dari 12 KPI/ IKU tersebut pada tahun 2020 sampai dengan 2022 semuanya sudah tercapai. Hasil evaluasi terhadap KPI/ IKU disarankan beberapa diantaranya perlu diganti dengan IKU yang lebih menunjukkan *output* atau *outcome*. Selain itu Kementerian Kesehatan telah merevisi rencana strategis 2020-2024. Beberapa sasaran dan program beserta indikator RSB RSPG Cisarua Bogor perlu disesuaikan dengan rencana strategis Kementerian Kesehatan.

1. Gambaran Kinerja Pelayanan

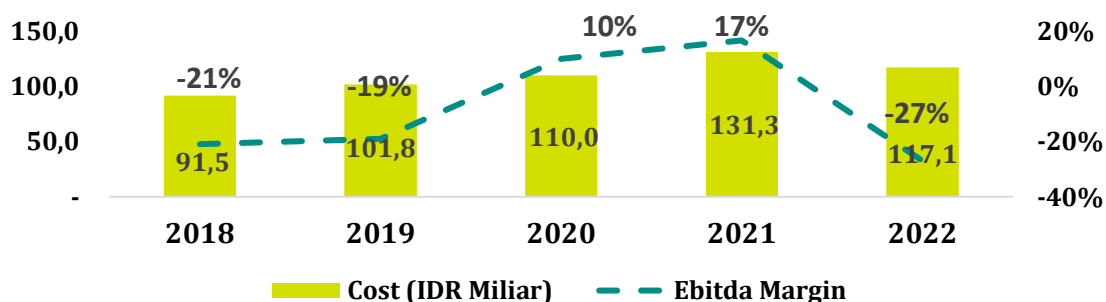
Grafik 2.1
Kinerja Pelayanan Tahun 2018 - 2022



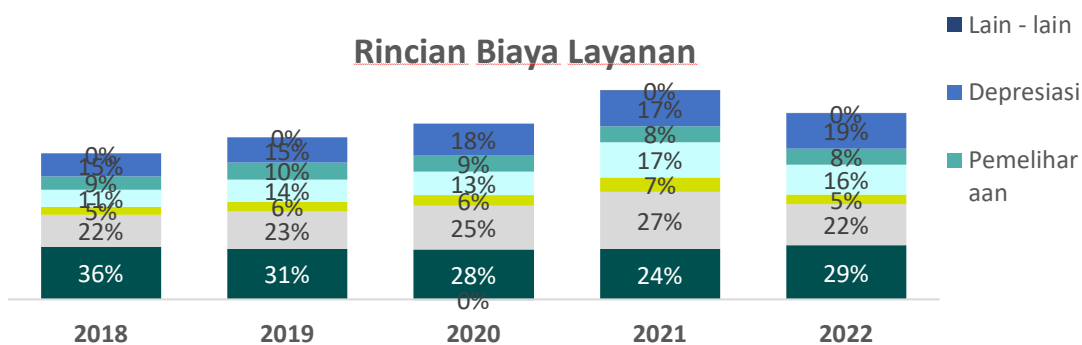
Grafik 2.2
Kinerja Keuangan Tahun 2018 - 2022



Grafik 2.3
Cost/ Biaya Layanan Tahun 2018 - 2022

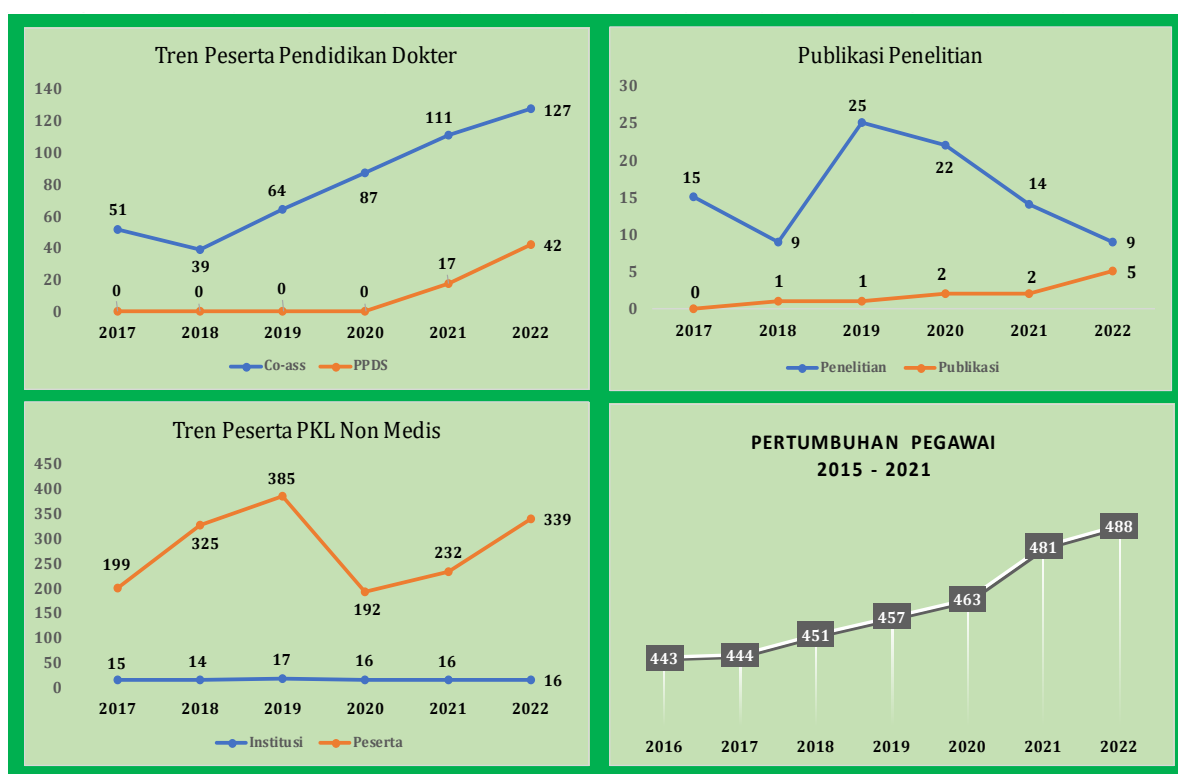


Rincian Biaya Layanan



3. Kinerja SDM dan Diklit

Grafik 2.4. Kinerja SDM dan Diklit



B. Analisis SWOT dan TOWS Matriks

1. Analisis SWOT

Berdasarkan analisa SWOT maka akan ditentukan posisi bersaing RSPG Cisarua Bogor yang bertujuan dalam mewujudkan tercapainya visi RSPG periode tahun 2020 – 2024. Penentuan posisi bersaing RSPG akan memberikan panduan dalam menentukan pilihan prioritas strategis. Berikut ini disajikan analisa posisi RSPG Cisarua Bogor untuk periode tahun 2020 – 2024.

Tabel 2.1
Nilai Terbobot Kekuatan

No	Faktor Kekuatan	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Jumlah SDM Spesialis dan Subspesialis cukup dan sesuai standar	0,17	73	12,41
2	Komitmen RSPG terhadap mutu pelayanan tinggi	0,17	73	12,41
3	RSPG Sebagai RS Pendidikan	0,16	92	14,72
4	Sarana Prasarana lengkap	0,17	74	12,58
5	<i>Brand image</i> RSPG sebagai RS Paru	0,16	73	11,68
6	Lingkungan RSPG sejuk dan asri	0,17	74	12,58
Skor Faktor Kekuatan				76,38

Tabel 2.2
Nilai Terbobot Kelemahan

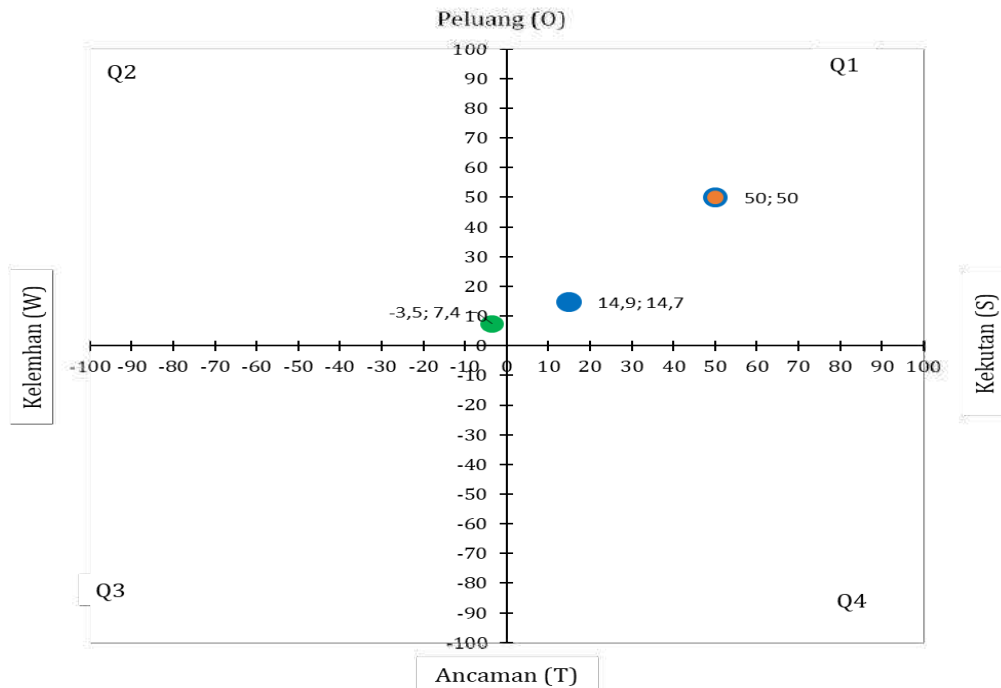
No	Faktor Kelemahan	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Kepuasan internal masih rendah	0,17	57	9,69
2	Sistem Informasi dan Teknologi Informasi belum optimal	0,16	54	8,64
3	Tata letak bangunan terpisah dengan kontur yang tidak rata	0,17	82	13,94
4	Tarif tidak sesuai dengan unit cost	0,16	57	9,12
5	Prosedur administrasi pelayanan kurang efisien	0,17	56	9,52
6	Ruang perawatan VIP dan kelas 1 kurang	0,17	62	10,54
Skor Faktor Kelemahan				61,45

Tabel 2.3
Nilai Terbobot Peluang

No	Faktor Peluang	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Standarisasi kelas perawatan pasien JKN/ BPJS	0,17	64	10,88
2	Kasus TB dan Penyakit paru masih tinggi di Indonesia dan Jawa Barat dengan bonus demografi yang mobilitas tinggi	0,17	70	11,9
3	TB merupakan program nasional dan global	0,18	73	13,14
4	Pertumbuhan faskes sekitar yang pesat yang akan menjadi jejaring RSPG	0,15	65	9,75
5	Potensi Kerja sama dengan Instansi/ Perusahaan di sekitar RSPG	0,16	70	11,20
6	Pemanfaatan teknologi informasi kesehatan untuk akses pelayanan yang lebih baik	0,17	77	13,09
Skor Faktor Peluang				69,96

Tabel 2.4
Nilai Terbobot Ancaman

No	Faktor Ancaman	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Pertumbuhan pelayanan spesialis di Rumah Sakit sekitar	0,17	51	8,67
2	Pembiayaan dari RM terbatas	0,18	49	8,82
3	Lalu lintas menghambat kecepatan akses menuju RSPG	0,16	73	11,68
4	Perubahan regulasi pelayanan, keuangan dan SDM yang cepat	0,17	48	8,16
5	Tuntutan pasien terhadap kualitas pelayanan	0,17	55	9,35
6	Persaingan Percepatan perkembangan teknologi informasi khususnya pada layanan kesehatan	0,15	57	8,55
Skor Faktor Ancaman				55,23



Gambar 2.1

Diagram Kartesius – Posisi Bersaing RSPG 2020 - 2024

Keterangan :

- Posisi awal
- Posisi saat ini
- Posisi yang diharapkan

2. TOWS Matriks

MATRIKS TOWS

	Faktor Kekuatan (S)	Faktor Kelemahan (W)
	1 Jumlah SDM Spesialis dan Subspesialis cukup dan sesuai standar	1 Kepuasan internal masih rendah
	2 Komitmen RSPG terhadap mutu pelayanan tinggi	2 Sistem Informasi dan Teknologi Informasi belum optimal
	3 RSPG Sebagai RS Pendidikan	3 Tata letak bangunan terpisah dengan kontur yang tidak rata
	4 Sarana Prasarana lengkap	4 Tarif tidak sesuai dengan unit cost
	5 Brand image RSPG sebagai RS Paru	5 Prosedur administrasi pelayanan kurang efisien
	6 Lingkungan RSPG sejuk dan asri	6 Ruang perawatan VIP dan kelas 1 kurang
Faktor Peluang (O)	Strategi Peluang + Kekuatan	Strategi Peluang + Kelemahan
1 Standarisasi kelas perawatan pasien JKN/ BPJS	- Optimalisasi Kerjasama dan pengembangan layanan RS	- Pengembangan Infratrstruktur dan Layanan Terpadu
2 Kasus TB dan Penyakit paru masih tinggi di Indonesia dan Jawa Barat dengan bonus demografi yang mobilitas tinggi	* Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru (O2, O3, O4, O5, S1, S4, S5)	* Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas (O1, O2, O3, O6, W1, W2, W3, W6)
3 TB merupakan program nasional dan global	* Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan (O1, O2, O3, O4, O6, S2, S5, S6)	
4 Pertumbuhan faskes sekitar yang pesat yang akan menjadi jejaring RSPG	- Mengembangkan Pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan	* Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan (O1, O2, O3, O6, W2, W6)
5 Potensi Kerja sama dengan Instansi/ Perusahaan di sekitar RSPG	* Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten (O4, O5, P1, P2, P3, P4, P6)	
6 Pemanfaatan teknologi informasi kesehatan untuk akses pelayanan yang lebih baik		
Faktor Ancaman (T)	Startegi Ancaman + Kekuatan	Startegi Ancaman + Kelemahan
1 Pertumbuhan pelayanan spesialis di Rumah Sakit sekitar	- Penguatan komitmen budaya kerja dan tatakelola yang akuntable	- Penguatan Sistem Informasi RS Untuk Mencapai Keunggulan Pelayanan
2 Pembiayaan dari RM terbatas	* Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola (T4, T5, T6, S2, S5)	* Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri (T2, T4, T6, W4, W5, W6)
3 Lalu lintas menghambat kecepatan akses menuju RSPG		* Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS (T4, T5, T6, W2, W5)
4 Perubahan regulasi pelayanan, keuangan dan SDM yang cepat		
5 Tuntutan pasien terhadap kualitas pelayanan		
6 Persaingan Percepatan perkembangan teknologi informasi khususnva pada layanan kesehatan		

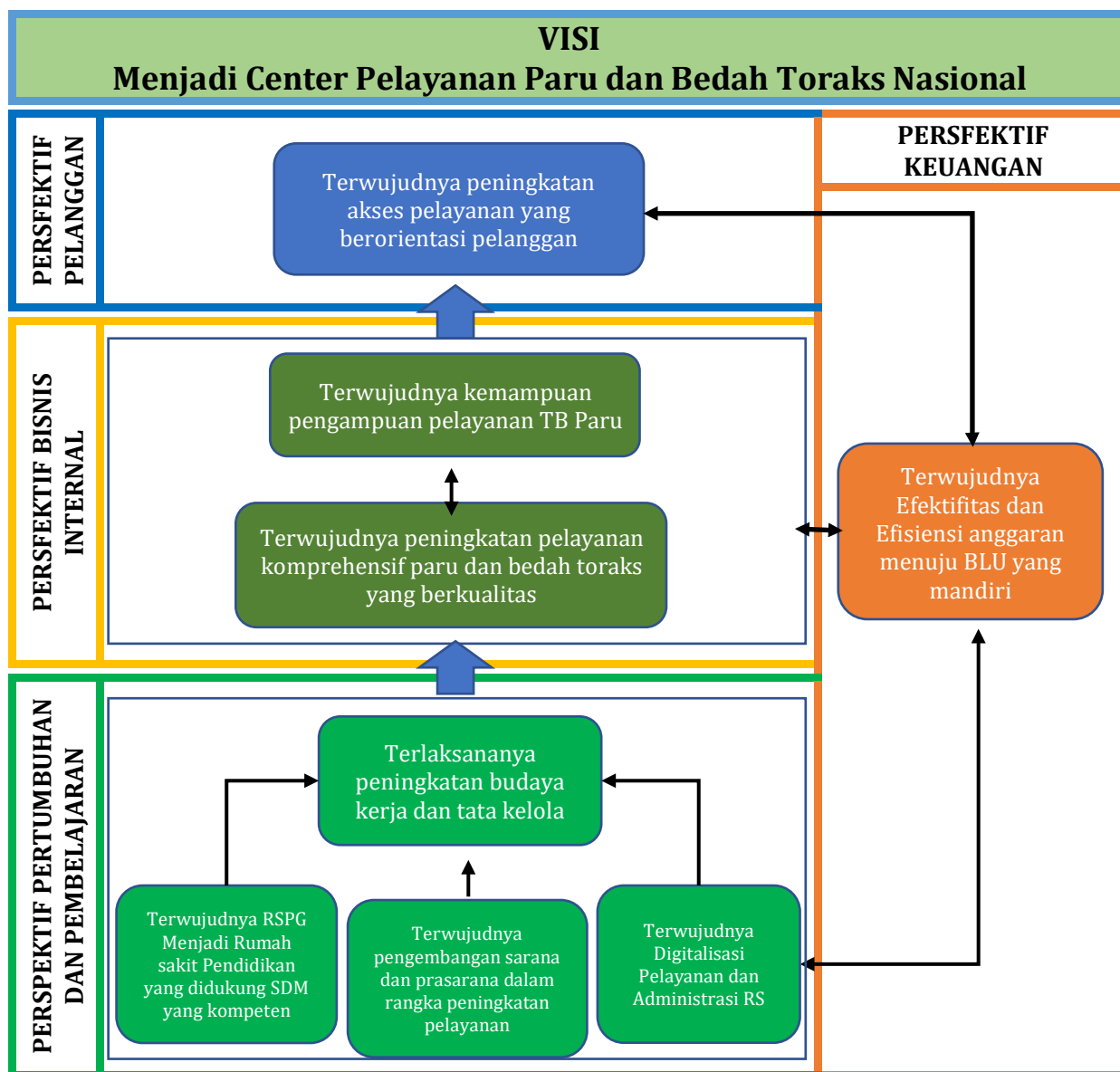
C. Inisiatif Strategis

Berdasarkan hasil analisis SWOT dan matriks TOWS, maka inisiatif strategis atau sasaran strategis yang akan dilaksanakan oleh RSPG Cisarua Bogor adalah :

1. Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan;
2. Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru;
3. Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas;
4. Terwujudnya RSPG menjadi Rumah Sakit pendidikan yang didukung SDM yang kompeten;
5. Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan;
6. Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS;
7. Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola;
8. Terwujudnya efektifitas dan efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri.

Selanjutnya sasaran strategis tersebut dikelompokkan dan digambarkan ke dalam 4 perspektif *Balance Score Card* sebagai berikut.

Gambar 2.3
Peta Strategi RSPG Cisarua Bogor



BAB III

RENCANA STRATEGIS BISNIS

A. Program Kementerian Kesehatan

1. Program Kesehatan Masyarakat
2. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- 3. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN**
4. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi
5. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan
- 6. Program Dukungan Manajemen**

Pada rencana strategis Kementerian Kesehatan, terdapat 27 Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang menjadi tugas Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Dari 27 Indikator tersebut yang diturunkan ke satuan kerja Rumah Sakit Vertikal ada 19 (data terlampir). Selanjutnya di tingkat satker RS Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor dibuatkan sasaran strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU) untuk mencapai IKK tersebut yang disesuaikan dengan arah transformasi kesehatan.

B. Strategi Bisnis BLU

1. Arah dan Kebijakan

Berdasarkan capaian pada Rencana Strategis Bisnis periode sebelumnya, RSPG Cisarua Bogor sudah menjadi rumah sakit rujukan penyakit paru di wilayah Bogor Raya dengan unggulan kanker paru. Posisi ini perlu dikembangkan lebih lanjut dalam rangka mendukung upaya pemerintah dalam pengentasan penyakit TB paru. Dengan posisi saat ini sesuai analisis SWOT arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*).

Arah pengembangan sampai dengan tahun 2024 adalah mewujudkan RSPG menjadi center pelayanan paru dan bedah toraks nasional dengan pengembangan layanan pada penyakit infeksi paru, bedah toraks dan rehabilitasi respirasi. Dalam pengembangan RSPG ini diselaraskan dengan program transformasi layanan rujukan pada rumah sakit vertikal dengan tugas utama yaitu :

a. Layanan Terbaik Level Asia dengan sasaran :

- 1) Perbaikan pengalaman pasien
- 2) Peningkatan kualitas pemberi pelayanan
- 3) Peningkatan mutu layanan klinis
- 4) Peningkatan tatakelola Rumah Sakit
- 5) Pengembangan layanan unggulan

b. Pengampu Nasional

Sebagai rumah sakit khusus paru, RSPG mempunyai tugas untuk pengampunan dalam bidang pelayanan paru dengan penyakit prioritas respirasi dan tuberkulosis.

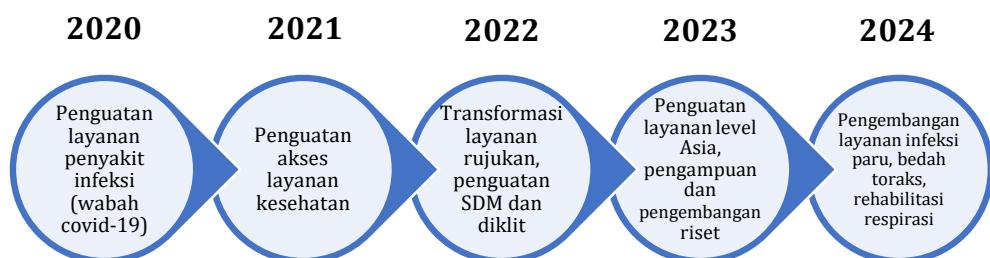
c. Pengembangan Riset

RSPG Cisarua Bogor menjadi pusat penelitian khususnya penelitian penyakit paru untuk pengembangan layanan



Gambar 3.1
Arah Pengembangan RSPG Cisarua Bogor

Pengembangan RSPG Cisarua Bogor sampai dengan tahun 2024 disesuaikan dengan arah pengembangan dan rencana strategis Kementerian Kesehatan dan sasaran kinerja program pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Tahapan pengembangan RSPG Cisarua Bogor juga menyesuaikan dengan transformasi kesehatan khususnya transformasi pada Rumah Sakit Vertikal.



Gambar 3.2
Tahapan Pengembangan RSPG Cisarua Bogor s.d 2024

2. Strategi Bisnis

Strategi yang dikembangkan untuk mencapai visi dan misi RSPG Cisarua dan sesuai dengan posisi organisasi seperti pada peta adalah:

a. Optimalisasi kerjasama, perluasan jejaring dan pengembangan layanan Rumah Sakit

Pengembangan kerjasama dengan asuransi di luar BPJS Kesehatan, kerja sama dengan instansi lain baik pemerintah maupun swasta. Untuk mengembangkan jejaring pelayanan dan meningkatkan pendapatan rumah sakit, dikembangkan pula pelayanan FKTP, *telemedicine*, pengampunan rumah sakit sekitar dalam pelayanan respirasi dan TB dan optimalisasi dari aset yang dimiliki oleh RSPG Cisarua Bogor. Selain itu pemasaran pelayanan RSPG perlu dikelola lebih profesional (bekerja sama dengan profesional dalam bidang pemasaran rumah sakit). Seiring dengan transformasi pelayanan rujukan, dilaksanakan program pengampunan layanan kesehatan respirasi dan tuberkulosisi pada rumah sakit daerah.

b. Mengembangkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan

Sebagai rumah sakit pendidikan (afiliasi) diharapkan RSPG Cisarua Bogor dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang menghasilkan tenaga kesehatan yang unggul dan kompeten di bidangnya masing-masing. RSPG Cisarua Bogor juga diharapkan bisa mengembangkan layanan pelatihan teknis bagi peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan sumber daya manusia lainnya. Tahun 2023 ditargetkan menjadi RS Pendidikan utama untuk Program Pendidikan Dokter Spesialis (Paru).

Untuk melaksanakan strategi ini dikembangkan kerja sama dengan institusi pendidikan untuk mendukung penelitian yang dapat diaplikasikan untuk pengembangan RSPG Cisarua Bogor. Institusi pendidikan yang potensial untuk kerja sama ini seperti Universitas Indonesia, Institut Pertanian Bogor, Universitas Veteran dan Universitas lainnya termasuk universitas swasta di wilayah Jabodetabek. Selain itu RSPG bekerja sama dengan lembaga penelitian seperti Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) dan lembaga penelitian swasta lainnya.

Untuk mendukung hal tersebut dikembangkan kapasitas dari sumber daya manusia, penetapan standar pengajar/ *clinical instructor* pelayanan pelatihan. Pengembangan SDM ini juga untuk menyesuaikan dengan pengembangan pelayanan dan infrastruktur dalam rangka meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan.

Sebagai Rumah Sakit pendidikan dan mengembangkan layanan pelatihan, strategi ini juga diharapkan mampu meningkatkan minat penelitian di bidang kesehatan khususnya kesehatan respirasi serta permasalahan pada penyakit paru. Dengan situasi global arus komunikasi, transportasi dan mobilitas yang semakin cepat berdampak pula pada potensi permasalahan kesehatan di Indonesia. Penyakit infeksi baru yang emergensi seperti *Covid-19* memerlukan penelitian-penelitian lebih lanjut terhadap penanganan dan keberhasilan terapi. Selain itu penyakit lama juga seperti TB sensitif obat dan TB resisten obat perlu penanganan yang lebih tepat yang ditunjang dengan bukti ilmiah hasil penelitian.

c. Pengembangan Infrastruktur dan layanan terpadu

Kebijakan pemerintah yang akan memberlakukan kelas standar untuk pelayanan pasien JKN/ BPJS perlu diantisipasi dan perlu penyesuaian terhadap infrastruktur pada ruang rawat inap. Pengembangan infrastruktur jangka panjangnya adalah dengan perubahan dan penataan gedung dan bangunan dengan memberikan ruang terbuka hijau yang lebih banyak.

Pengembangan infrastruktur tahun 2020 sampai dengan 2024 adalah sebagai berikut

1) Tahun 2020

- a) Pembangunan gedung perawatan penyakit infeksi untuk pelayanan pasien Covid-19
- b) Pemenuhan alat kesehatan, ambulance untuk penanganan Covid-19

2) Tahun 2021

- a) Pembangunan gedung IGD infeksi dan non infeksi
- b) Pembangunan gedung pusat layanan TB-MDR terpadu.

3) Tahun 2022

- a) Pembangunan gedung pusat pelayan administrasi terpadu
- b) Pemenuhan kebutuhan alat kesehatan untuk ruang operasi, dan Instalasi Gawat Darurat
- c) Pengembangan digitalisasi pelayanan terintegrasi

4) Tahun 2023

- a) Kontinuitas pengembangan digitalisasi pelayanan dan administrasi
- b) Pemenuhan kebutuhan sarana pendidikan dan penelitian.
- c) Pengadaan alat kesehatan untuk pelayanan TB

5) Tahun 2024

Pembangunan gedung perawatan non infeksi dan pelayanan rehabilitasi respirasi. Renovasi/ Rehabilitasi gedung perawatan/ penunjang lainnya. Penguatan pencapaian inisiatif layanan kesehatan sebagai implementasi dari transformasi layanan kesehatan pada Rumah Sakit Vertikal.

d. Penguatan Sistem Informasi RS untuk mencapai keunggulan pelayanan

Transformasi teknologi kesehatan merupakan salah satu strategi Kementerian Kesehatan dalam mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan. Dengan berkembangnya teknologi informasi dan perkembangan pola penyakit, khususnya penyakit infeksi emergensi yang baru, suatu keniscayaan bahwa pelayanan kesehatan ke depannya harus menggunakan teknologi informasi.

Dengan penerapan teknologi informasi di bidang kesehatan, dapat memberikan informasi yang cepat, akurat dan akuntabel yang dapat dimanfaatkan dalam pengambilan keputusan yang bersifat strategis. Penggunaan teknologi informasi seperti rekam medis elektronik, *e-prescribing*, *telemedicine*, pendaftaran online yang terintegrasi dengan BPJS dan “Satu Sehat” yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan serta pengembangan sistem surveillans berbasis digital.

e. Penguatan komitmen budaya kerja dan tatakelola yang akuntabel

Sebagai instansi pemerintah yang memberikan pelayanan jasa kesehatan kepada masyarakat, RSPG Cisarua Bogor dituntut untuk meningkatkan akuntabilitas kinerjanya. Akuntabilitas kinerja dapat dicapai melalui penguatan komitmen budaya kerja dan tatakelola yang akuntabel demi mendukung tercapainya pelayanan terbaik level Asia.

Dengan strategi ini diharapkan RSPG Cisarua Bogor dapat mendapatkan hasil peningkatan kinerja melalui akreditasi Rumah Sakit, peningkatan maturitas BLU, menjadi Rumah Sakit dengan perdikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM). Dengan komitmen budaya kerja dan tata kelola yang akuntabel dapat mewujudkan tingkat maturitas dari BLU RSPG Cisarua Bogor.

C. Kegiatan dan Indikator

Program dan kegiatan untuk mencapai sasaran strategis beserta indikator kinerja utama dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1
Keterkaitan Program, Kegiatan, Sasaran dan Indikator Kinerja Utama

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
A. Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Peningkatan akses dan kualitas pendukung layanan kesehatan	Pemenuhan akses pelayanan bagi masyarakat dan peningkatan layanan terbaik level Asia	1. Indeks kepuasan masyarakat	0,028	80	81	82	≥ 80	≥ 81	Direktur PKLO
			2. Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB	0,027	-	-	-	75%	90%	Dirmedkep
			3. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	0,027	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan	Dirmedkep
			4. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	0,027	-	-	-	10% (1,1)	10% (1,1)	Dirmedkep
			5. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	0,027	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan	Dirmedkep
			6. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	0,027	-	-	-	70%	75%	Direktur PKLO
			7. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	0,027	-	-	-	≥ 80	≥ 81	Direktur PKLO

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
		Perbaikan waktu layanan	8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	0,027	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%	Dirmedkep
			9. Penundaan waktu Operasi Elektif	0,027	-	-	-	≤ 3%	≤ 3%	Dirmedkep
			10.Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	0,027	-	-	-	≥ 80%	≥ 85%	Dirmedkep
			11.Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	0,027	-	-	-	≥ 80%	≥ 85%	Dirmedkep
B. Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru	Pengampunan Rumah Sakit	Pengampunan Pelayanan TB	12.Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna	0,027	-	-	-	1 RS	1 RS	Dirmedkep
C. Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Pengembangan Pelayanan Unggulan	Peningkatan kualitas Pelayanan medik, keperawatan dan penunjang	13.Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)	0,027	-	-	-	3 Indikator	3 Indikator	Dirmedkep
			14.Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	0,027	-	-	-	≤ 5%	≤ 3%	Dirmedkep
			15.Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	0,027	-	-	-	85%	87%	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
			16.Kejadian <i>drop out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	0,027	-	-	-	15%	10%	Dirmedkep
			17.Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)	0,027	-	-	-	< 2,5%	< 2,5%	Dirmedkep
			18.Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna	0,027	-	-	-	1 Paripurna	1 Paripurna	Dirmedkep
		Peningkatan capaian indikator layanan dan kepatuhan pelaporan	19.Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan	0,027	-	-	-	2 Kali	2 Kali	Dirmedkep
			20.Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	0,027	-	-	-	12 Laporan	12 Laporan	Dirmedkep
			21.Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan	0,027	-	-	-	12 Laporan	12 Laporan	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
			pasien dengan target kejadian sentinel nol							
D. Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Pengembangan Sarana dan Prasarana	Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana	22.Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar	0,027	-	-	-	95%	96%	Direktur PKLO
E. Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten	Pengembangan RS Pendidikan	Peningkatan layanan pendidikan dan pelatihan serta peningkatan riset	23. Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG	0,027	-	-	-	5% (1,05)	5% (1,05)	Direktur SDMPP
			24. Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/ Magang di RSPG	0,027	-	-	-	5% (1,05)	5% (1,05)	Direktur SDMPP
			25. Jumlah penelitian yang dipublikasi	0,027	-	-	-	5	8	Direktur SDMPP
F. Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Pengembangan inovasi digital	Digitalisasi Pelayanan dan administrasi	26. Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi <i>BLU Integrated Online System / BIOS</i>)	0,27	-	-	-	90%	100%	Direktur PKLO
			27. Pelaksanaan SISROUTE	0,027	-	60%	70%	90%	100%	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
			28. Persentase pelayanan pendaftaran <i>online</i>	0,027	-	-	-	65%	70%	Dirmedkep Dir PKLO
			29. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	0,027	-	-	-	1 Sistem	1 Sistem	Dirmedkep Dir PKLO
			30. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	0,027	-	-	-	100%	100%	Dirmedkep
G. Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	Peningkatan Budaya Kerja	Peningkatan Budaya Kinerja RS	31. Tingkat maturitas BLU	0,027	-	-	-	3,2	3,5	Semua Direksi
			32. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	0,027	-	-	-	92,5%	92,5%	Semua Direksi

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
					2020	2021	2022	2023	2024	
H. Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Peningkatan tatakelola keuangan	Peningkatan Efektifitas Keuangan	33. Rasio pendapatan dan biaya operasional (POBO)	0,027	65%	66%	67%	68%	70%	Direktur PKLO
			34. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	0,027	-	-	-	95%	95%	Direktur PKLO
			35. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	0,027	-	-	-	97%	97%	Direktur PKLO
			36. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	0,027	-	-	-	95%	95%	Direktur PKLO
			37. Persentase nilai EBITDA Margin	0,027	-	-	-	10%	10%	Direktur PKLO

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan

Penyusunan revisi RSB RSPG Cisarua Bogor tahun 20220 – 2024 sebagai adaptasi terhadap perubahan yang terjadi baik internal maupun eksternal dengan tetap pada visi dan misi yang sama. Perubahan rencana strategis Kementerian Kesehatan dengan enam transformasi perlu di respon dengan penyesuaian program dan kegiatan di tingkat satker RSPG Cisarua Bogor. Beberapa indikator sudah tercapai dan kurang menunjukkan progres dari upaya yang dilakukan perlu diganti dengan indikator yang berbasis *outcome* untuk mendukung sasaran strategis.

Ada delapan sasaran strategis dan 37 KPI/ IKU dalam revisi RSB RSPG Cisarua Bogor. KPI/ IKU yang menjadi tolok ukur kinerja RSPG Cisarua Bogor ke depannya mencakup indikator-indikator yang menjadi Indikator Kinerja Terpilih (IKT) dan indikator-indikator pengembangan pelayanan, pendidikan pelatihan, transformasi teknologi informasi dan indikator kinerja keuangan.

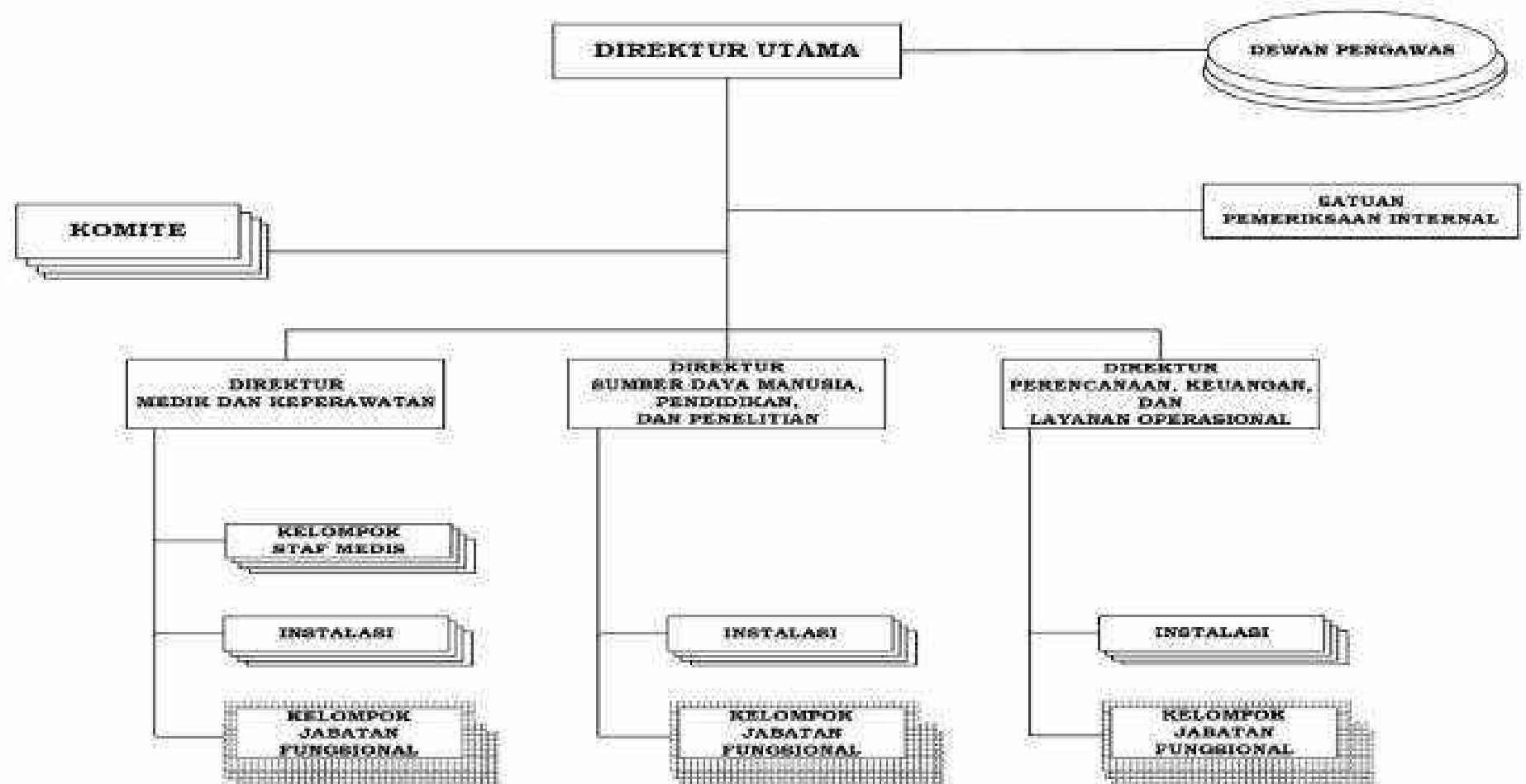
Pengembangan program dan kegiatan-kegiatan sampai dengan tahun 2024 diarahkan pada pencapaian visi RSPG Cisarua Bogor “Menjadi center Pelayanan paru dan Bedah Toraks Nasional” dengan lima strategi utama yaitu 1)Optimalisasi kerjasama dan pengembangan layanan Rumah Sakit, 2)Mengembangkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan, 3)Pengembangan Infrastruktur dan layanan terpadu, 4)Penguatan Sistem Informasi RS untuk mencapai keunggulan pelayanan dan 5)Penguatan komitmen budaya kerja dan tatakelola yang akuntabel.

B. Hal-hal Penting yang Perlu Mendapat Perhatian

1. Perlu segera menetapkan rencana perubahan *block plan* pada *masterplan* sebagai pedoman pengembangan infastruktur.
2. Perlu dikembangkan pengembangan sumber pendapatan dari sektor lain.
3. Pelaksanaan transformasi layanan rujukan pada Rumah Sakit Vertikal.
4. Perlu peningkatan budaya kerja SDM dan inovasi di berbagai bidang.

LAMPIRAN

STRUKTUR ORGANISASI RSPG CISARUA BOGOR



NILAI BUDAYA RSPG CISARUA BOGOR

- a. **Integritas**, komitmen bersama yang melandaskan keteguhan hati dalam mencapai tujuan dengan melaksanakan aktivitas sebagai berikut:
 - 1) Melayani sepenuh hati dengan selalu menunjukkan senyum yang tulus kepada siapapun
 - 2) Memberi informasi yang jelas dan benar sesuai kewenangan
 - 3) Menyelesaikan Tugas Tepat Waktu dan Tepat Kualitas
 - 4) Laporan sesuai dengan data yang sebenarnya
 - 5) Pengadaan barang sesuai peraturan yang berlaku
 - 6) Bekerja sesuai SPO
 - 7) Memelihara fasilitas dengan baik dan bertanggungjawab
 - 8) Berkomitmen untuk melaksanakan seluruh peraturan RS
- b. **Profesional**, bekerja sesuai dengan keahlian dan meningkatkan kompetensi terus menerus. Pelaksanaan professional dalam pelayanan yang diberikan melalui beberapa cara, yaitu:
 - 1) Bekerja sesuai dengan kompetensinya
 - 2) Cekatan dan trampil dalam bekerja sesuai dengan bidang tugasnya
 - 3) Bertanggungjawab menyelesaikan pekerjaan telat waktu dan tepat kualitas
 - 4) Berdedikasi, tanggungjawab dan cepat tanggap menjalankan setiap pekerjaan
 - 5) Berkeinginan kuat untuk selalu meningkatkan keahlian terus menerus
 - 6) Bekerja keras dan cerdas serta konsisten memelihara semangat
 - 7) Menerapkan reward dan punishment secara seimbang
- c. **Disiplin**, Bersikap dan berperilaku sesuai aturan, tertib sistem, taat prosedur dan konsisten memelihara keselarasan hubungan dengan semua pihak. Hal ini dilakukan dengan cara:
 - 1) Bekerja sesuai prosedur dan sistem kerja yang berlaku
 - 2) Menyerahkan laporan sesuai format yang diminta dan tepat waktu
 - 3) Disiplin terhadap waktu kerja, mentaati janji yang dibuat, dan berlaku sopan santun
 - 4) Menjaga kebersihan lingkungan kerja serta mengenakan seragam sesuai dengan ketentuan
- d. **Kerjasama**, Bersinergi dalam bekerja. Hal ini dilakukan dengan cara:
 - 1) Bersikap dan berperilaku saling menghargai
 - 2) Menunjukkan kepedulian dan saling memiliki dalam semangat kerjatim
 - 3) Menjalankan komunikasi secara efektif
 - 4) Mengutamakan musyawarah dalam mufakat

- 5) Memiliki toleransi terhadap perbedaan dan menjunjung persatuan dalam mencapai tujuan bersama
- e. **Inovasi**, Siap menyampaikan gagasan kreatif dan aplikatif secara berkesinambungan. Hal ini dilakukan dengan cara:
- 1) Mengoptimalkan sumber daya yang ada
 - 2) Berani mengemukakan ide/gagasan dan mengembangkannya ke dalam perencanaan dan tindakan
 - 3) Selalu mengikuti perkembangan/perubahan terkini
 - 4) Berpikir dan bertindak antisipatif dalam perspektif jangka panjang
 - 5) Berani mencoba hal baru yang positif dan bertanggungjawab
- f. **Kepuasan Pelanggan**, Memastikan setiap pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dengan mengutamakan kasih sayang dan keramahan. Hal ini dilakukan dengan cara:
- 1) Selalu menerapkan 3 S (seyum, salam dan sapa)
 - 2) Selalu menawarkan bantuan meskipun tidak diminta
 - 3) Memastikan lingkungan kerja selalu bersih-rapih-teratur serta semua alat kerja siap pakai dan aman digunakan
 - 4) Selalu menjaga kerapihan penampilan dan sopan santun berperilaku kepada semua orang
 - 5) Menindaklanjuti setiap keluhan pelanggan dengan cepat
 - 6) Memastikan setiap pelanggan mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan dan dalam kualitas pelayanan prima

Kamus Indikator RSB 2020-2024

Nomor IKU	: 1										
Judul IKU	: Indeks Kepuasan Masyarakat										
Dasar Pemikiran	: Permenpan RB No 14 Tahun 2017										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan										
Tujuan	: Terpenuhinya kepuasan pelanggan										
Bobot IKU	: 2,8%										
Perspektif	: Pelanggan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	: Pencapaian IKM sesuai dengan Permenpan No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat unit penyelenggara pelayanan publik di RS Vertikal.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Indeks										
Numerator	: Total nilai persepsi perunsur yang dinilai										
Denominator	: Total unsur yang diisi										
Kriteria Inklusi	: 1. Pasien Rawat Inap, 2. Pasien Rawat Jalan, 3. Pasien yang sudah diperiksa dan mendapatkan pelayanan, 4. Pasien baik laki – laki ataupun perempuan, 5. Pasien / klien yang dipilih adalah yang mau menjadi responden										
Kriteria Eksklusi	: 1. Tidak bisa baca tulis 2. Pasien dengan kondisi gawat darurat										
Formula	: $\frac{Total\ dari\ nilai\ persepsi\ per\ unsur}{Total\ unsur\ yang\ diisi} \times Nilai\ penimbang \times 25$										
Metode Pengumpulan data	: Observasi										
Sumber Data	: Survei kepuasan pelanggan										
Instrumen Data	: Kuesioner										
Besar Sampel	: Menggunakan rumus Morgan dan Krejcie										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Setiap Bulan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>80</td><td>81</td><td>82</td><td>≥ 80</td><td>≥ 81</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	80	81	82	≥ 80	≥ 81
2020	2021	2022	2023	2024							
80	81	82	≥ 80	≥ 81							

Nomor IKU	: 2										
Judul IKU	: Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB										
Dasar Pemikiran	: Peningkatan kecepatan pelayanan										
Dimensi Mutu	: Efektif, Tepat Waktu										
Tujuan	: Pelaksanaan diagnosis TB dalam 1 hari										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pelanggan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	: Pelayanan penegakan diagnosa TB melalui Tes Cepat Molekuler (TCM) pada pasien baru suspek TB kasus baru yang berobat ke poliklinik/ rawat jalan kurang dari 24 jam.										
Jenis Indikator	: <i>Output</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah sampel TCM yang diperiksa kurang dari 12 jam										
Denominator	: Jumlah seluruh sampel TCM										
Kriteria Inklusi	: 1. Pasien poliklinik/ rawat jalan 2. Pasien dewasa										
Kriteria Eksklusi	: 1. Pasien yang tidak bisa diperiksa TCM										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah sampel TCM pasien baru suspek TB kasus baru} \leq 12 \text{ jam}}{\text{Jumlah TCM pasien baru suspek TB dalam 1 bulan}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Instalasi Rawat Jalan Instalasi Laboratorium Tim DOTS										
Instrumen Data	: Laporan Pemeriksaan TCM										
Besar Sampel	: <i>Total Sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>75%</td><td>90%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	75%	90%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	75%	90%							

Nomor IKU	:	3				
Judul IKU	:	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran				
Dasar Pemikiran	:	Program tarnsformasi layanan kesehatan				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan				
Tujuan	:	Meningktakan loyalitas pasien				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Pelanggan				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan				
Definisi Operasional	:	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus VIP/VVIP di RSPG Cisarua				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah Layanan				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Adanya layanan unggulan VIP/VVIP di rawat jalan dan atau rawat inap				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	SK Direktur Utama tentang Penetapan layanan VIP/VVIP di RSPG				
Instrumen Data	:	SK Penetapan layanan VIP/VVIP				
Besar Sampel	:	-				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 Layanan	1 Layanan

Nomor IKU	:	4				
Judul IKU	:	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				
Dasar Pemikiran	:	Program tarnsformasi layanan kesehatan				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Meningkatkan pendapatan non BPJS				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Pelanggan				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan				
Definisi Operasional	:	Pertumbuhan kunjungan pasien VIP/VVIP				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Rasio				
Numerator	:	Jumlah kunjungan pasien VIP/VVIP rawat jalan dan rawat inap tahun berjalan				
Denominator	:	Jumlah seluruh kunjungan pasien RSPG				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{Jumlah\ kunjungan\ pasien\ VIP\ /\ VVIP}{Jumlah\ seluruh\ kunjungan\ pasien\ RSPG} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi, Retrospektif				
Sumber Data	:	SIMRS				
Instrumen Data	:	Form laporan layanan				
Besar Sampel	:	Total Sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	10% (1,1)	10% (1,1)

Nomor IKU	: 5										
Judul IKU	: Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional										
Dasar Pemikiran	: Program transformasi layanan kesehatan										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan										
Tujuan	: Meningkatkan kualitas pelayanan										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pelanggan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	: Rumah Sakit yang menyelenggarakan kerja sama dengan Rumah Sakit atau institusi Kesehatan Luar Negeri terkait layanan unggulannya .										
Jenis Indikator	: Outcome										
Satuan Pengukuran	: Jumlah										
Numerator	: Penyelesaian tahapan penyelenggaraan kerjasama										
Denominator	: Target penyelenggaraan kerjasama										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	Proses kerja sama yang dijalani yakni : - Penjajakan (0,25) - Pembahasan proposal (0,25) - Penandatanganan kesepakatan (0,25) - Implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi. (0,25)										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Penyajian Data	: Teks										
Sumber Data	: Tim pengembangan layanan/ Hukormas										
Instrumen Data	: Dokumen Proses Kerja sama										
Besar Sampel	: -										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Periode Analisa dan Pelaporan Data	: Bulanan										
Periode Analisa	: Semesteran										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>1 Layanan</td><td>1 Layanan</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	1 Layanan	1 Layanan							

Nomor IKU	: 6
Judul IKU	: Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
Dasar Pemikiran	: Inisiatif Transformasi RSV
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan
Tujuan	: Memberikan kemudahan akses pelayanan
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Pelanggan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
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 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 <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman
Jenis Indikator	: Output
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar
Denominator	: Jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: 1. Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit (Sesuai 20; Tidak Sesuai 10) 2. Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 (Sesuai 20; Tidak Sesuai 10) 3. Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai. (Sesuai 20; Tidak Sesuai 10) 4. Pemanfaatan valet parking (Sesuai 20; Tidak Sesuai 10) 5. Tersedia tempat khusus untuk <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman (Sesuai 20; Tidak Sesuai 10)
Metode Pengumpulan Data	: Observasi, Retrospektif

Sumber Data	:	Laporan Tim Kerja TU dan Rumah Tangga				
Instrumen Data	:	Hasil obeservasi				
Besar Sampel	:	-				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Non Probability Sampling</i>				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Grafik				
Periode Analisa dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Periode Analisa	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	70%	75%

Nomor IKU	: 7
Judul IKU	: Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan
Dasar Pemikiran	: Permenpan RB Nomor 14 Tahun 2017
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan
Tujuan	: Mengetahui kepuasan pasien terhadap pelayanan
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Pelanggan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
Definisi Operasional	: 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Indeks
Numerator	: Total nilai persepsi seluruh responden
Denominator	: Total unsur yang terisi dari seluruh responden
Kriteria Inklusi	: 1. Pasien (pelanggan) Rawat Inap, 2. Pasien (pelanggan) Rawat Jalan, 3. Pasien (pelanggan) yang sudah diperiksa dan mendapatkan pelayanan, 4. Pasien (pelanggan) baik laki – laki ataupun perempuan, 5. Pasien / klien yang dipilih adalah yang mau menjadi responden
Kriteria Eksklusi	: 1. Tidak bisa baca tulis 2. Pasien dengan kondisi gawat darurat
Formula	: $\frac{\text{Total nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang diisi}} \times \text{Nilai Penimbang} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Survei kepuasan pelanggan
Instrumen Data	: Kuesioner

Besar Sampel	:	Menggunakan rumus Morgan dan Krejcie				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Probability Sampling</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Semester				
Penanggung Jawab	:	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80	≥ 81

Nomor IKU	: 8
Judul IKU	: Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi RSV
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, Tepat waktu
Perspektif	: Pelanggan
Bobot IKU	: 2,7%
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
Definisi Operasional	1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit
Denominator	: Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Kriteria Inklusi	: Seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang atau Tindakan medik dan terapi lainnya.
Kriteria Eksklusi	1. Pasien berkunjung lebih dari 1 Poliklinik baik rujukan internal maupun yang sudah direncanakan. 2. Pasien yang mendaftar secara manual karena adanya gangguan jaringan.
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu } \leq 120 \text{ menit}}{\text{Seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: SIMRS/ Instalasi Rawat Jalan
Instrumen Data	: SIMRS
Besar Sampel	: Total Sampling
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>
Periode Pengumpulan data	: Bulanan



Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	≥ 80%

Nomor IKU	:	9										
Nama IKU	:	Penundaan waktu operasi elektif										
Dasar Pemiliran	:	Inisiatif Transformasi layanan kesehatan										
Dimensi	:	Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu										
Tujuan	:	Pelaksanaan operasi elektif sesuai dengan jadwal										
Perspektif	:	Pelanggan										
Bobot IKU	:	2,7%										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	:	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.										
Jenis Indikator	:	Output										
Satuan Pengukuran	:	Persentase										
Numerator	:	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam										
Denominator	:	Jumlah pasien operasi elektif										
Kriteria Inklusi	:	Pasien operasi baik dari rawat jalan maupun rawat inap										
Kriteria Eksklusi	:	Pasien operasi yang dibatalkan										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi										
Sumber Data	:	Laporan Instalasi Bedah Sentral										
Instrumen Data	:	Ceklist operasi elektif										
Besar Sampel	:	Population sampling										
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling										
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik										
Periode Analisa dan Pelaporan Data	:	Triwulan										
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 3%</td><td>≤ 3%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≤ 3%	≤ 3%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	≤ 3%	≤ 3%								

Nomor IKU	: 10
Nama IKU	: Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi layanan kesehatan
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu
Tujuan	: Pasien tidak lama menunggu pelayanan di poliklinik
Perspektif	: Pelanggan
Bobot IKU	: 2,7%
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
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 • 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.
Jenis Indikator	: <i>Output</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan
Denominator	: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik
Kriteria Inklusi	: Pelayanan poliklinik reguler
Kriteria Eksklusi	: Penundaan layanan akibat pemberi layanan tidak dapat memberikan pelayanan karena tugas atau sakit
Formula	: $\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: SIMRS/ Laporan Instalasi Rawat Jalan
Instrumen Data	: SIMRS
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>
Periode Pengumpulan data	: Bulanan



Penyajian Data	:	Teks, Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	≥ 85%

Nomor IKU	: 11
Judul IKU	: Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
Dasar Pemikiran	: Inisiatif Transformasi RSV
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu
Tujuan	: Pasien rawat inap mendapatkan waktu pelayanan yang dapat ditentukan
Perspektif	: Pelanggan
Bobot IKU	: 2,7%
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
Definisi Operasional	: Waktu visit dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya
Jenis Indikator	: <i>Output</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah visite dokter spesialis yang dilakukan pada sebelum pukul 14.00
Denominator	: Jumlah seluruh visit dokter spesialis
Kriteria Inklusi	: Dokter DPJP
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: $\frac{\text{Jumlah visit dokter sepesialis yang dilakukan sebelum pukul 14.00}}{\text{Jumlah seluruh visit dokter spesialis}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: SIMRS/ Laporan Instalasi Rawat Inap
Instrumen Data	: SIMRS, Ceklist visit DPJP
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>
Cara pengambilan Sampel	: <i>Non Probability sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	: Harian
Penyajian Data	: Tabel, Grafik
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan



Penanggung
Jawab : Direktur Medik dan Keperawatan

Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	≥ 80%	≥ 85%

Nomor IKU	: 12
Judul IKU	: Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna
Dasar Pemikiran	: Program Inisiatif transformasi layanan kesehatan RSV
Dimensi Mutu	: Adil, Terintegrasi
Tujuan	: Transfer keilmuan dan layanan RSPG ke RS Daerah
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru
Definisi Operasional	: Rumah Sakit Khusus Vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Jumlah
Numerator	: -
Denominator	: -
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	1). (skor 20%) RS Vertikal melakukan komunikasi dengan RSUD terpilih terkait pembinaan dan melakukan assesment awal terkait kebutuhan peningkatan kapasitas/kualitas SDM Nakes yang mungkin di implementasikan pada RSUD berkenaan. Serta menetapkan langkah/tahapan kegiatan pembinaan yang akan dilaksanakan pada RSUD (Bukti Dokumen: MoU, dokumen perencanaan awal terkait tahapan kegiatan pembinaan yang akan dilakukan oleh RS Vertikal). 2). (skor 50%) RSV Vertikal melaksanakan pembinaan kepada RSUD (Pemenuhan/Development) sesuai dengan tahapan kegiatan pembinaan sebagaimana ditetapkan pada langkah 1. (Bukti dokumen: Laporan Pelaksanaan Pembinaan yang memuat dokumentasi pelaksanaan kegiatan pembinaan). 3). (Skor 30 %) Evaluasi pelaksanaan pembinaan (laporan evaluasi hasil pembinaan) Nilai Penambah : 30% jika di akhir tahun berkenaan terdapat peningkatan Strata RSUD menjadi 1 tingkat lebih tinggi.
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap RS utama, data SDM, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan
Instrumen Data	: Ceklist Evaluasi Pengampunan

Besar Sampel	:	RS yang diampu				
Cara Pengambilan Sampel	:	Sesuai dengan program pengampuan				
Periode Pengumpulan Data	:	Triwulan				
Penyajian Data	:	Teks Laporan				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1	1

Nomor IKU	: 13
Judul IKU	: Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)
Dasar Pemikiran	: Indikator Kinerja Terpilih sebagai RS khusus paru
Dimensi Mutu	: Efektif, Keselamatan Pasien, Efisien
Tujuan	: Meningkatnya angka kesembuhan pasien TB yang diobati di RSPG
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	Tercapainya seluruh indikator klinis yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit Paru berdasarkan Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal. 1. Keberhasilan pengobatan TBC sensitif obat 75% • Diagnosis Tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis yaitu tes cepat molecular (TCM) atau pemeriksaan bakteri tahan asam (BTA) tersedia di fasilitas kesehatan. • Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan berdasarkan kondisi pasien masing-masing. • Keberhasilan pengobatan adalah pasien yang memenuhi kriteria sembuh dan pengobatan lengkap. • Kriteria sembuh adalah pasien TB paru dengan konfirmasi bakteriologis positif di awal pengobatan dan BTA sputum negatif atau biakan negatif pada akhir pengobatan dan memiliki hasil pemeriksaan negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya • Pengobatan lengkap adalah pasien TB yang sudah 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 • Pasien TB yang dirujuk balik ke fasilitas Kesehatan sebelumnya tidak termasuk dalam perhitungan 2. Keberhasilan pengobatan TBC resisten obat 60% • TBC RO adalah kuman TB yang resisten terhadap obat anti tuberkulosis, dengan jenis resistensi: • Monoresistensi: resistensi terhadap salah satu OAT lini pertama, misalnya resistensi terhadap isoniazid (H)

- Poliresistans: resistansi terhadap lebih dari satu OAT lini pertama selain dari kombinasi obat isoniazid dan rifampisin (HR), misalnya resistan isoniazid dan etambutol (HE), rifampisin etambutol (RE), isoniazid etambutol dan streptomisin (HES), atau rifampisin, etambutol dan streptomisin (RES)
- Multidrug resistance (MDR): resistansi terhadap isoniazid dan rifampisin (HR), dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya resistan HR, HRE, HRES
- Pre-XDR: TB MDR yang disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon (Levofloksasin atau Moksifloksasin)
- Extensively Drug Resistance (XDR): TB MDR disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon (Levofloksasin atau Moksifloksasin) dan salah satu dari OAT dari grup Q (Bedaquiline atau Linezolid)
- TB resistan rifampisin (TB RR): Resistan terhadap rifampisin (dalam bentuk monoresistan, poliresistan, TB MDR, TB XDR) yang terdeteksi menggunakan metode fenotipik ataupun genotipik, dengan atau tanpa resistansi terhadap obat antituberkulosis lain.
- Pengobatan pasien TBC RO adalah pasien TBC yang mendapatkan pengobatan berdasarkan hasil TCM (hasil rifampisin resisten) atau uji Line Probe Assay (uji kepekaan) lini 2 atau hasil kultur M.Tb.
- 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 dan pemeriksaan BTA pada akhir pengobatan hasilnya negatif.
- Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan TB RO tetapi tidak memiliki definisi sembuh maupun gagal.
- Perhitungan pengobatan adalah 24 (dua puluh empat) bulan sebelumnya

3. Inisiasi pengobatan TBC resisten obat 60%

		• Angka inisiasi pengobatan: adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO 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 M.Tb • Inisiasi pengobatan adalah saat atau waktu pertama kali pasien mendapatkan pengobatan TB RO dan terdaftar di SITB RS tersebut • Desentralisasi yaitu pasien minum obat TB RO di fasilitas Kesehatan terdekat yang sudah dilatih, pasien tetap menjadi pasien di RS tempat inisiasi pengobatan TB RO				
Jenis Indikator	:	<i>Outcome</i>				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah				
Numerator	:	Kumulatif capaian 3 indikator klinis				
Denominator	:	Jumlah indikator klinis yang diukur				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	<i>Capaian keberhasilan pengobatan TB SO + TB RO + Inisiasi pengobatan TB RO (Perbandingan Realisasi thd Target)</i>				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Laporan Tim DOTS				
Instrumen Data	:	SITB				
Besar Sampel	:	<i>Population sampling</i>				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Non Probability Sampling</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Triwulan				
Penyajian Data	:	Tabel, Teks				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan - Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	3 Indikator	3 Indikator

Nomor IKU	: 14										
Judul IKU	: Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU										
Dasar Pemikiran	: Peningkatan kualitas layanan unggulan										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan										
Tujuan	: Meningkatkan kualitas layanan pasca bedah toraks										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas										
Definisi Operasional	: Proporsi pasien pasca pembedahan toraks yang meninggal saat perawatan di ICU (tidak termasuk rawat ulang di ICU setelah pasien pulang dari rumah sakit).										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah pasien pasca pembedahan toraks yang meninggal di ICU										
Denominator	: Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan toraks										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien pasca pembedahan toraks yang meninggal di ICU}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan pembedahan toraks}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Rekam Medik										
Instrumen Data	: Rekam Medik										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 5%</td><td>≤ 3%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≤ 5%	≤ 3%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	≤ 5%	≤ 3%							

Nomor IKU	: 15										
Judul IKU	: Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i>										
Dasar Pemikiran	: Indikator Nasional Mutu										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Pelayanan pasien sesuai standar dan prosedur										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas										
Definisi Operasional	: Kepatuhan staf medis atau Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dalam menggunakan <i>clinical pathway</i> untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>Clinical Pathway</i>										
Denominator	: Seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>pathway</i> yang diobservasi										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan CP}}{\text{Seluruh pelayanan oleh PPA pada pathway yang diobservasi}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif										
Sumber Data	: Rekam Medik/ Ka Instalasi Rawat Inap										
Instrumen Data	: RME										
Besar Sampel	: Proporsional										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Probability sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks, Tabel										
Periode Analisis dan Pelaporan	: Bulanan										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>85%</td><td>87%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	85%	87%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	85%	87%							

Nomor IKU	: 16										
Judul IKU	: Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan										
Dasar Pemikiran	: Standar Pelayanan Minimal, Indikator Kinerja BLU										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien										
Tujuan	: Meningkatkan kualitas pelayanan rehabilitasi medik										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas										
Definisi Operasional	: <i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah seluruh pasien program rehabilitasi medik yang <i>drop out</i>										
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah seluruh pasien program rehabilitasi medik yang drop out}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasional										
Sumber Data	: Rekam Medik, laporan Instalasi Rehabilitasi Medik										
Instrumen Data	: Kartu Program Rehabilitasi Medik, Rekam Medik										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non probability sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>15%</td><td>10%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	15%	10%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	15%	10%							

Nomor IKU	:	17				
Judul IKU	:	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)				
Dasar Pemikiran	:	SPM, IKK turunan				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Jumlah kematian lebih dari 48 jam setelah dirawat untuk setiap 100 pasien yang keluar				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Pasien yang meninggal lebih dari 48 jam setelah dirawat				
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang keluar				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Pasien meninggal lebih dari 48 jam setelah dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Obervasi				
Sumber Data	:	Rekam Medik				
Instrumen Data	:	Laporan Rekam Medik				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non probability sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	< 2,5%	< 2,5%

Nomor IKU	:	18				
Judul IKU	:	Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna				
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif Transformasi RSV				
Dimensi Mutu	:	Terintegrasi				
Tujuan	:	Meningkatkan kemampuan layanan di RSPG Cisarua				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Rumah sakit vertikal (RSPG) yang mencapai strata target paripurna dalam pelayanan TBC				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Strata pelayanan				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Penetapan RSPG sebagai RS Paru dengan strata peripurna				
Metode Pengumpulan Data	:	-				
Sumber Data	:	Data SDM, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan				
Instrumen Data	:	SK Penetapan RSPG dengan strata peripurna				
Besar Sampel	:	-				
Cara Pengambilan Sampel	:	-				
Periode Pengumpulan Data	:	Tahunan				
Penyajian Data	:	-				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	Paripurna	Paripurna

Nomor IKU	:	19				
Judul IKU	:	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan				
Dasar Pemikiran	:	Pencapaian RSB Kementerian Kesehatan				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien				
Tujuan	:	Meningkatkan kualitas pelayanan medis				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya (RSPG – kasus paru/ TB) yang dilaporkan setiap 6 bulan.				
Jenis Indikator	:	Output				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas (RSPG – kasus paru/ TB) setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Laporan Komite Medik				
Instrumen Data	:	Rekam Medik				
Besar Sampel	:	-				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan data	:	Semester				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Semester				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	2 Kali	2 Kali

Nomor IKU	: 20
Judul IKU	: Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator.
Dasar Pemikiran	: Permenkes Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu
Tujuan	: Meningkatnya Kualitas pelayanan kesehatan
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. 1. Kepatuhan kebersihan tangan ($\geq 90\%$) 2. Kepatuhan penggunaan APD (100%) 3. Kepatuhan identifikasi pasien (100%) 4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi ($\geq 80\%$) 5. Waktu tunggu rawat jalan ($\geq 80\%$) 6. Penundaan operasi elektif ($\leq 5\%$) 7. Kepatuhan wakyu visit dokter ($\geq 80\%$) 8. Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%) 9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional ($\geq 90\%$) 10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathways) ($\geq 85\%$) 11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%) 12. Kecepatan waktu tanggap komplain ($\geq 80\%$) 13. Kepuasan pasien (IKM $\geq 80\%$)
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Jumlah Laporan
Numerator	: -
Denominator	: -
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember.
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Laporan Komite Mutu Rumah Sakit/ SIMAR
Instrumen Data	: Aplikasi Sindikat
Besar Sampel	: 13 Indikator Mutu
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan



Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	12 Lap.	12 Lap

Nomor IKU	:	21				
Judul IKU	:	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol.				
Dasar Pemikiran	:	Permenkes Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu				
Tujuan	:	Meningkatnya Kualitas pelayanan kesehatan				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel <i>never event</i> nihil				
Jenis Indikator	:	<i>Outcome</i>				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah Laporan				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan <i>never event</i> nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Laporan Komite Mutu Rumah Sakit/ SIMAR				
Instrumen Data	:	Aplikasi Sindikat				
Besar Sampel	:	13 Indikator Mutu				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Non Probability Sampling</i>				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	12 Lap.	12 Lap

Nomor IKU	: 22										
Judul IKU	: Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar										
Dasar Pemikiran	: Satndar RSV Khusus dengan strata paripurna										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Terpenuhinya SPA Di RSPG Cisarua Bogor sesuai standar										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan										
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.										
Jenis Indikator	: <i>Output</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Persen pemenuhan + Persen kalibrasi										
Denominator	: (Jumlah numerator)										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
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										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Aplikasi ASPAK Kemenkes, Data kalibrasi										
Instrumen Data	: Aplikasi ASPAK										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur PKLO										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>95%</td><td>96%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	95%	96%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	95%	96%							

Nomor IKU	:	23				
Judul IKU	:	Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG				
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif transformasi RSV				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Pengembangan Riset di RSPG				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pembelajaran				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit pendidikan yang didukung SDM yang kompeten				
Definisi Operasional	:	Pertumbuhan Institusi pendidikan (fakultas kedokteran, dan institusi pendidikan lain) yang bekerja sama dan melaksanakan praktik/ magang bagi peserta didiknya di RSPG Cisarua Bogor.				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Jumlah institusi pendidikan yang melaksanakan praktik atau magang di RSPG tahun berjalan				
Denominator	:	Jumlah institusi pendidikan yang melaksanakan praktik atau magang di RSPG tahun sebelumnya				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah institusi pendidikan yang melaksanakan praktik atau magang di RSPG tahun berjalan}}{\text{Jumlah institusi pendidikan yang melaksanakan praktik atau magang di RSPG tahun sebelumnya}}$				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Laporan Instalasi Diklat				
Instrumen Data	:	List institusi magang				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur SDMPP				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	5% (1,05)	5% (1,05)

Nomor IKU	: 24										
Judul IKU	: Pertumbuhan peserta didik (praktik/ magang)										
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi RSV										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Pengembangan Riset di RSPG										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit pendidikan yang didukung SDM yang kompeten										
Definisi Operasional	: Pertumbuhan jumlah peserta didik (praktik/ magang) dari institusi pendidikan (fakultas kedokteran dan institusi pendidikan lainnya).										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah peserta didik (praktik/ magang) tahun berjalan										
Denominator	: Jumlah peserta didik (praktik/ magang) tahun sebelumnya										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Jumlah\ peserta\ didik\ (praktik/magang)\ tahun\ berjalan}{Jumlah\ peserta\ didik\ tahun\ sebelumnya}$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Laporan Instalasi Diklat										
Instrumen Data	: Laporan Magang										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur SDMPP										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>5% (1,05)</td><td>5% (1,05)</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	5% (1,05)	5% (1,05)
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	5% (1,05)	5% (1,05)							

Nomor IKU	: 25										
Judul IKU	: Jumlah penelitian yang dipublikasi										
Dasar Pemikiran	: Indikator Kinerja Terpilih 2023										
Dimensi Mutu	: Efektif										
Tujuan	: Menjadikan RSPG sebagai pusat riset										
Bobot IKU	: 5%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit pendidikan yang didukung SDM yang kompeten										
Definisi Operasional	: Jumlah penelitian bidang kesehatan dan atau non kesehatan yang dilakukan di RSPG Cisarua Bogor dan dipublikasikan pada jurnal nasional dan atau internasional										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Jumlah										
Numerator	: Jumlah peneltian yang dipublikasikan pada jurnal nasional dan atau internasional										
Denominator	: -										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: Menghitung jumlah penelitian yang dilakukan di RSPG Cisarua Bogor yang dipublikasikan pada tahun penilaian.										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Laporan Tim Kerja Penelitian										
Instrumen Data	: Bukti Publikasi Penelitian										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non probability sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks, Tabel										
Periode Analisisi dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur SDMPP										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>5</td><td>8</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	5	8
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	5	8							

Nomor IKU	:	26				
Judul IKU	:	Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi <i>BLU Integrated Online System / BIOS</i>)				
Dasar Pemikiran	:	Indikator Kinerja Terpilih Aspek Keuangan				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Meningkatkan akuntabilitas data dan laporan kinerja BLU				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pembelajaran				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS				
Definisi Operasional	:	Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun yang bersangkutan berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan dengan berpedoman pada manual/ definisi operasional Indikator Kinerja Terpilih Direktur Utama tahun yang bersangkutan.				
Jenis Indikator	:	<i>Outcome</i>				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Jumlah pemenuhan komponen dalam penghitungan penerapan BIOS tahun berjalan				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Menghitung capaian masing-masing elemen penilaian sesuai dengan manual/ definisi operasional dari Direktorat PK-BLU kementerian Keuangan				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Capaian indikator BIOS pada masing-masing unit kerja terkait yang dilaporkan.				
Instrumen Data	:	Laporan Dashboard BIOS G2				
Besar Sampel	:	<i>Population sampling</i>				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Non Probability Sampling</i>				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	90%	100%

Nomor IKU	: 27
Judul IKU	: Pelaksanaan SISROUTE
Dasar Pemikiran	: Program Nasional Sistem Rujukan
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, efektif, efisien
Tujuan	: Meningkatkan kecepatan respon rujukan pasien
Bobot IKU	: 2,7%
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran
Sasaran Strategis	: Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS
Definisi Operasional	: Sistem informasi yang dimanfaatkan sebagai media komunikasi dan menghubungkan data pasien antar fasilitas pelayanan kesehatan baik dari yang ditingkat lebih rendah ke tingkat lebih tinggi maupun tingkat setara (rujukan vertikal maupun horizontal) dalam rangka mempercepat proses rujukan dan memastikan pasien dapat di rawat sesuai dengan kapasitas fasilitas pelayanan Kesehatan yang menjadi tujuan rujukan.
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: 1. Kebijakan dan tim pengembangan Sisrute di RSPG 2. Laporan pemanfaatan dan evaluasi penggunaan Sisrute di RSPG 3. Ada petugas khusus (operator) Sisrute 24 jam 4. Persentase kasus yang memiliki nilai respon time < 1 jam
Denominator	: -
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: 1. Ada kebijakan dan tim pengembangan Sisrute di RS,Nilai = 25 2. Ada laporan pemanfaatan dan evaluasi penggunaan Sisrute di RS secara berkala , Nilai = 25 3. Ada petugas khusus (operator) Sisrute 24 jam , Nilai = 25 4. Persentase kasus yang memiliki nilai respon time < 1 jam sebesar lebih dari 50 %, Nilai = 25
Metode Pengumpulan Data	: Observasi, Retrospektif
Sumber Data	: IGD dan Tim Sisrute
Instrumen Data	: Dokumen, Aplikasi SISROUTE
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non probability sampling</i>
Periode Pengumpulan data	: Bulanan
Penyajian Data	: Tabel, Grafik



Periode Analisis dan Pelaporan Data : Bulanan					
Penanggung Jawab : Direktur Medik dan Keperawatan					
Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	90%	100%

Nomor IKU	: 28										
Judul IKU	: Persentase pelayanan pendaftaran <i>Online</i>										
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi – Digitalisasi Pelayanan										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, efektif, efisien										
Tujuan	: Memberikan kemudahan akses layanan kepada pasien										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS										
Definisi Operasional	: Proposri pasien rawat jalan yang mendaftar secara <i>online</i> dengan menggunakan berbagai media.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah pasien rawat jalan yang mendaftar online										
Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Jumlah\ pasien\ rawat\ jalan\ yang\ mendaftar\ online}{Total\ pasien\ rawat\ jalan} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: SIMRS-APM, Aplikasi pendaftaran online										
Instrumen Data	: SIMRS										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan										
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>65%</td><td>70%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	65%	70%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	65%	70%							

Nomor IKU	:	29				
Judul IKU	:	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital				
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif Transformasi RSV – Digitalisasi Pelayanan				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi pasien, Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Ketersediaan data surveillans kesehatan dapat real time				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pembelajaran				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS				
Definisi Operasional	:	Penyelenggaraan integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital (terintegrasi dengan labkesmas, puskesmas dan klinik), dengan NAR.				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	RSPG telah siap integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital dengan NAR yang diimplementasikan				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi - Retrospektif				
Sumber Data	:	Aplikasi NAR				
Instrumen Data	:	Aplikasi NAR				
Besar Sampel	:	-				
Periode Pengumpulan data	:	Triwiulan				
Penyajian data	:	Teks, gambar				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Semester				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 sistem	1 sistem

Nomor IKU	: 30										
Judul IKU	: Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.										
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi layanan RSV										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien, Integrasi										
Tujuan	: Mendukung digitalisasi pelayanan dan akuntabilitas kinerja										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS										
Definisi Operasional	: Persentase pelaksanaan/ implementasi Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Numerator	: Jumlah persentase implementasi RME pada 10 unit layanan										
Denominator	: Jumlah unit layanan yang harus menerapkan RME (10 unit)										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah persentase implementasi RME pada 10 unit layanan}}{\text{Jumlah unit layanan yang harus menerapkan RME (10 unit)}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Laporan Instalasi SIMRS										
Instrumen Data	: Laporan unit yang menerapkan E-Rekam Medik										
Besar Sampel	: <i>Population Sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks, Tabel										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur PKLO										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	100%	100%							

Nomor IKU	: 31										
Judul IKU	: Tingkat maturitas BLU										
Dasar Pemikiran	: Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202 tahun 2022										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Meningkatkan akuntabilitas kinerja BLU RSPG										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola										
Definisi Operasional	: Tingkat maturitas BLU pada seluruh aspek tata kelola organisasi secara komprehensif dan end-to-end yang bersifat dinamis yang terdiri dari aspek keuangan, aspek pelayanan, aspek kapabilitas internal, aspek kepemimpinan, aspek inovasi, dan aspek lingkungan.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Jenis Pengukuran	: Indeks										
Numerator	: Capaian bobot pada masing-masing aspek maturitas BLU (Kuantitatif dan kualitatif)										
Denominator	: -										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: Jumlah Bobot masing-masing aspek X capaian maturitas										
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif										
Sumber Data	: Rekam Medik, Keuangan, SPI										
Instrumen Data	: Aplikasi BIOS G2 Kementerian Keuangan										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Semester										
Penyajian Data	: Teks, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Tahunan										
Penanggung Jawab	: Semua Direktur Teknis										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>3,2</td><td>3,5</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	3,2	3,5
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	3,2	3,5							

Nomor IKU	: 32										
Judul IKU	: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan										
Dasar Pemikiran	: IKK Mandatory										
Tujuan	: Tidak ada catatan/ temuan BPK										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran										
Sasaran Strategis	: Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola										
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 .										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti										
Denominator	: Kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti}}{\text{Kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif										
Sumber Data	: Laporan hasil pemeriksaan BPK										
Instrumen Data	: CHP BPK										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Data	: Retrospektif										
Periode Pengumpulan	: Tahunan										
Penyajian Data	: Teks										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Tahunan										
Penanggung Jawab	: Semua Direktur teknis										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>92,5%</td><td>92,5%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	92,5%	92,5%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	92,5%	92,5%							

Nomor IKU	: 33
Judul IKU	: Rasio pendapatan terhadap biaya operasional
Dasar Pemikiran	: Indikator Kinerja Keuangan
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien
Tujuan	: Mengefisiensikan belanja operasional BLU
Bobot IKU	: 5%
Perspektif	: Keuangan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri
Definisi Operasional	1. Pendapatan merupakan bentuk imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. 2. Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN RSPG
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Pendapatan
Denominator	: Biaya Operasional
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	Kriteria eklusi untuk pendapatan yaitu 1. Pendapatan dari APBN 2. Pendapatan non fungsional yang disetor ke Negara Kriteria eklusi untuk Biaya Operasional yaitu 1. Belanja modal baik dari BLU ataupun dari APBN 2. Biaya penyusutan
Formula	: $\frac{\text{Pendapatan}}{\text{Biaya operasional}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif
Sumber Data	: Laporan Keuangan
Instrumen Data	: Laporan belanja dan pendapatan
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probablity Sampling</i>



Periode Pengumpulan Data : Bulanan					
Penyajian Data : Teks, Tabel					
Periode Analisis dan Pelaporan Data : Triwulan					
Penanggung Jawab : Direktur PKLO					
Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	68%	70%

Nomor IKU	: 34										
Judul IKU	: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU										
Dasar Pemikiran	: IKK Mandatory										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Meningkatkan pendapatan										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Keuangan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri										
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. Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Pendapatan										
Denominator	: Target Pendapatan										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Pendapatan}{Target\ Pendapatan} \times 100\%$										
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif, Observasi										
Sumber Data	: Laporan Keuangan										
Instrumen Data	: Laporan Pendapatan, TRPNBP										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks, Tabel										
Periode Analisa	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur PKLO										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>95%</td><td>95%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	95%	95%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	95%	95%							

Nomor IKU	:	35				
Judul IKU	:	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				
Dasar Pemikiran	:	IKK Mandatory				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Serapan anggaran RM tepat sasaran				
Bobot IKU	:	2,7%				
Perspektif	:	Keuangan				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri				
Definisi Operasional	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
Denominator	:	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Laporan Keuangan				
Instrumen Data	:	OMSPAN				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisisi dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	97%	97%

Nomor IKU	: 36										
Judul IKU	: Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU										
Dasar Pemikiran	: IKK Mandatory										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Peningkatan kualitas belanja BLU										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Keuangan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri										
Definisi Operasional	: Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU										
Denominator	: Total anggaran yang bersumber dari BLU										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Realisasi\ anggaran\ yang\ bersumber\ dari\ BLU}{Total\ anggaran\ yang\ bersumber\ dari\ BLU} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif										
Sumber Data	: Laporan Keuangan										
Instrumen Data	: OMSPAN										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks Tabel										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur PKLO										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>95%</td><td>95%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	95%	95%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	95%	95%							

Nomor IKU	: 37										
Judul IKU	: Persentase nilai EBITDA margin										
Dasar Pemikiran	: Kinerja Keuangan dan Operasional										
Tujuan	: Meningkatkan Kinerja keuangan dan efisiensi belanja										
Bobot IKU	: 2,7%										
Perspektif	: Keuangan										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri										
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.										
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: EBITDA										
Denominator	: Pendapatan (Sesuai dengan MKKO)										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{EBITDA}{Pendapatan (Sesuai MKKO)} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Rertrospektif										
Sumber Data	: Laporan Keuangan										
Instrumen Data	: MKKO										
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Teks, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Triwulan										
Penanggung Jawab	: Direktur PKLO										
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>10%</td><td>10%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	10%	10%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	10%	10%							

TARGET 16 INISIATIF TRANSFORMASI RSV

Program/Kegiatan	KPI	Standar	Target	
			2023	2024
QUICK WIN INITIATIVE (2022)				
Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	% perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan	≥ 80% RSV	90%	100%
	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survey pasien	Rate: ≥ 80	80	85
Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI dan OK	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	•≤ 2 jam	2 Jam	< 2 Jam
	Waktu pemeriksaan Lab	•≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam
	Waktu pemeriksaan Radiologi	•≤ 1jam	≤ 1jam	≤ 1jam
	% penundaan waktu operasi elektif	•≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%
	Waktu masuk RI	•≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam
	% Realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	90%	90%	95%
Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	% pengurangan jumlah keluhan pasien	•≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%
	Kecepatan menyelesaikan keluhan dengan kategori non-medis	•≤ 1x24 jam	≤ 1x24 jam	≤ 1x24 jam
Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Ketepatan waktu pelayanan dokter di Poliklinik	•≥ 80%	90%	100%
	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	•≥ 80%	90%	100%
	Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	•≥ 50%	60%	65%
Penerapan standar klinis menggunakan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan clinical pathway	Capaian indikator klinis sesuai PPK	•≥ 80%	80%	85%
	Kepatuhan CP per KSM	•≥ 80%	95%	100%
Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	% terintegrasi data antrian pendaftaran,dan Medical Record	100%	100%	100%
PRIORITY 2 INITIATIVE (2023)				
Digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi				
Mengembangkan layanan non JKN				
Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset				
Menyusun unit cost pelayanan sesuai standar pelayanan				
Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes untuk 5 penyakit prioritas (jantung, stroke, cancer, nefro-uro, Ibu anak				
Melakukan penempatan tenaga sesuai kebutuhan pelayanan				
PRIORITY 3 INITIATIVE (2024)				
Advokasi penyedia barang dan jasa untuk daftarkan produk di e-catalogue				
Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi				
Melakukan review tarif INACBGS secara berkala				
Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya				

KETERKAITAN ANTARA SASARAN STRATEGIS/PROGRAM/SASARAN PROGRAM/ KEGIATAN KEMENKES DENGAN IKU RSB RSPG

Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	IKU RSB
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Indeks kepuasan masyarakat Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri (Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP)	Tersedianya pelayanan unggulan VIP/VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VIP/VVIP
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal (Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional)	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Penundaan waktu Operasi Elektif Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis) Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/ Magang di RSPG Jumlah penelitian yang dipublikasi Pelaksanaan SISROUTE Persentase pelayanan pendaftaran <i>online</i>
Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna
Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna
Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> Kejadian <i>drop out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan
Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital
Indikator RPJMN	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi
Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi BLU Tingkat maturitas BLU Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Rasio pendapatan dan biaya operasional (POBO) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU Persentase nilai EBITDA Margin

PROYEKSI KEUANGAN

PENDAPATAN RSPG CISARUA BOGOR (.000)

URAIAN	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Target	%	Target	%
Unit Rawat Inap	39.485.865	66,16	48.332.362	69,36	72.677.385	78,84	94.925.030	79,35	50.513.813	66,70	68.960.511	68,64	75.501.704	68,64
Unit Rawat Jalan	17.340.591	29,06	18.371.158	26,36	17.002.674	18,44	21.426.564	17,91	19.803.440	26,15	26.875.053	26,75	29.424.265	26,75
Unit-unit Lainnya	2.852.655	4,78	2.977.002	4,27	2.505.117	2,72	3.275.814	2,74	5.417.746	7,15	4.634.436	4,61	5.074.031	4,61
Total	59.679.111	100,00	69.680.522	100,00	92.185.176	100,00	119.627.408	100,00	75.734.999	100,00	100.470.000	100,00	110.000.000	100,00

KEBUTUHAN ANGGARAN BERDASARKAN SUMBER PENDANAAN (.000)

SUMBER DANA	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	RENCANA	%	RENCANA	%
RM	57.715.367	45,41	62.099.675	46,65	88.246.243	57,54	84.162.851	52,52	40.859.384	33,06	47.882.802	32,28	119.945.700	52,16
51	20.696.950	35,86	21.612.232	34,80	21.587.155	24,46	22.119.389	26,28	22.262.526	54,49	26.671.696	55,70	30.486.712	25,42
52	21.693.953	37,59	22.966.229	36,98	32.523.599	36,86	21.246.609	25,24	18.596.858	45,51	21.211.106	44,30	37.256.811	31,06
53	15.324.464	26,55	17.521.214	28,21	34.135.489	38,68	40.796.853	48,47	-	-	-	-	52.202.177	43,52
BLU	69.374.739	54,59	71.010.127	53,35	65.122.167	42,46	76.084.570	47,48	82.727.720	66,94	100.470.000	67,72	110.000.000	47,84
52	55.619.913	80,17	58.439.118	82,30	61.569.863	94,55	70.639.600	92,84	63.624.488	76,91	99.401.384	98,94	91.797.823	83,45
53	13.754.826	19,83	12.571.009	17,70	3.552.303	5,45	5.444.971	7,16	19.103.232	23,09	1.068.616	1,06	18.202.177	16,55
TOTAL	127.090.106	100,00	133.109.801	100,00	153.368.410	100,00	160.247.421	100,00	123.587.104	100,00	148.352.802	100,00	229.945.700	100,00

KEBUTUHAN ANGGARAN BERDASARKAN BELANJA (.000)

BELANJA	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	RENCANA	%	RENCANA	%
51	20.696.950	100,00	21.612.232	100,00	21.587.155	100,00	22.119.389	100,00	22.262.526	100,00	26.671.696	100,00	30.486.712	100,00
RM	20.696.950	100,00	21.612.232	100,00	21.587.155	100,00	22.119.389	100,00	22.262.526	100,00	26.671.696	100,00	30.486.712	100,00
52	77.313.866	100,00	81.405.347	100,00	94.093.463	100	91.886.208	100,00	82.221.346	100,00	120.612.490	100,00	129.054.634	100,00
RM	21.693.953	28,06	22.966.229	28,21	32.523.599	34,57	21.246.609	23,12	18.596.858	22,62	21.211.106	17,59	37.256.811	28,87
BLU	55.619.913	71,94	58.439.118	71,79	61.569.863	65,43	70.639.600	76,88	63.624.488	77,38	99.401.384	82,41	91.797.823	71,13
53	29.079.290	100,00	30.092.222	100,00	37.687.792	100,00	46.241.823	100,00	19.103.232	100,00	1.068.616	100,00	70.404.354	100,00
RM	15.324.464	52,70	17.521.214	58,23	34.135.489	90,57	40.796.853	88,23	-	-	-	-	52.202.177	74,15
BLU	13.754.826	47,30	12.571.009	41,77	3.552.303	9,43	5.444.971	11,77	19.103.232	100,00	1.068.616	100,00	18.202.177	25,85
TOTAL	127.090.106	100,00	133.109.801	100,00	153.368.410	100,00	160.247.421	100,00	123.587.104	100,00	148.352.802	100,00	229.945.700	100,00
51	20.696.950	16,29	21.612.232	16,24	21.587.155	14,08	22.119.389	13,80	22.262.526	18,01	26.671.696	17,98	30.486.712	13,26
52	77.313.866	60,83	81.405.347	61,16	94.093.463	61,35	91.886.208	57,34	82.221.346	66,53	120.612.490	81,30	129.054.634	56,12
53	29.079.290	22,88	30.092.222	22,61	37.687.792	24,57	46.241.823	28,86	19.103.232	15,46	1.068.616	0,72	70.404.354	30,62

MITIGASI RISIKO

A. Identifikasi Risiko

Setiap pemilik risiko harus mengidentifikasi sumber risiko, area dampak, peristiwa (termasuk perubahan keadaan), penyebabnya dan konsekuensi potensi risiko. Tujuan dari langkah ini adalah untuk menghasilkan daftar lengkap risiko berdasarkan peristiwa yang mungkin mendukung, meningkatkan, mencegah, menurunkan, mempercepat atau menunda pencapaian tujuan.

Dalam pemetaan risiko sangatlah mungkin bahwa sebuah sasaran strategis RSPG Cisarua Bogor dapat mengandung lebih dari satu jenis risiko. Jenis risiko yang dipetakan dan dinilai penting, bersumber baik dari lingkungan eksternal maupun internal RSPG Cisarua Bogor, yang diperkirakan akan mengancam perwujudan suatu sasaran strategis.

Identifikasi Risiko

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
Perspektif Pelanggan			
1.	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Indeks kepuasan masyarakat	Waktu pelayanan lama
		Persentase layanan one stop service pasien baru kasus TB	Sampel pemeriksaan TCM tidak sesuai
		Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sarpras tidak lengkap
		Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Kurang peminat pelayanan VVIP
		Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Tidak terlaksananya MoU dengan RS Luar Negeri

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
		Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Sumberdaya tidak terpenuhi
		Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	Tingginya Komplain
		Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Terlambatnya waktu pelayanan
		Penundaan waktu Operasi Elektif	Persiapan operasi tidak sesuai prosedur
		Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter
		Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Jadwal pelayanan dokter bentrok dengan pelayanan rawat jalan
Perspektif Proses Bisnis			
2.	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru	Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna	Pemenuhan sarana dan prosedur layanan di RS yang diampu kurang optimal
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB MDR
		Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	Kematian pasien pasca bedah Thoraks tinggi
		Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Perawatan pasien tidak berdasarkan Clinical Pathway (CP)
		Kejadian drop out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik
		Persentase penurunan jumlah	Kurang tersedianya sarpras dan SDM

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
		kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)	untuk menangani pasien kritis non paru
		Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna	Perpindahan SDM/Petugas kesehatan yang vital
		Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan	Audit medis tidak terlaksana
		Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Hasil pengukuran data 13 Indikator Nasional Mutu tidak tercapai dari masing-masing target indikator
		Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Tidak terdokumentasikannya pelaporan insiden keselamatan pasien sentinel dari unit
Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran			
4.	Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar	Pemenuhan alat produksi dalam negeri kurang
5.	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten	Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG	Kompetensi Pengajar/ Pendidik/ Instruktur belum terpenuhi
		Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/ Magang di RSPG	Keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan
		Jumlah penelitian yang dipublikasi	Minat penelitian yang kurang

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
6.	Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	Keterlambatan integrasi SIMRS dengan BIOS
		Pelaksanaan SISRUITE	Sistem jaringan terganggu
		Persentase pelayanan pendaftaran online	Kurangnya minat pasien terhadap pendafatran online
		Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Lalu lintas jaringan data terganggu
		Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Data tidak tersimpan/ kehilangan data
7.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	Tingkat maturitas BLU	Ketidaksesuaian data dukung pemenuhan penilaian tingkat maturitas BLU
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Rekomendasi tidak bisa ditindaklanjuti
Perspektif Keuangan			
8.	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Rasio pendapatan dan biaya operasional (POBO)	Tingginya belanja operasional

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Terlambatnya pembayaran piutang
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Pelaksanaan anggaran bersumber dana RM tidak efisien
		Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	Pelaksanaan anggaran bersumber dana BLU tidak efisien
		Persentase nilai EBITDA Margin	Tingginya beban usaha

B. Penilaian Tingkat Risiko

Pengukuran tingkat risiko memperhatikan tingkat kemungkinan suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis RSPG.

- Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi maka patokan yang digunakan sebagai berikut:
 - Kemungkinan risiko “Hampir Pasti Terjadi” (Skor : 5)
 - Peristiwa selalu terjadi hampir pada setiap kondisi
 - Persentase > 90% dalam 1 periode
 - Kemungkinan risiko “Sering Terjadi” (Skor : 4)
 - Peristiwa sangat mungkin terjadi pada sebagian kondisi
 - Persentase > 50-90% kegiatan dalam 1 periode
 - Kemungkinan risiko “Kadang Terjadi” (Skor 3)
 - Peristiwa kadang-kadang bisa terjadi
 - Persentase > 30-50%
 - Kemungkinan risiko “Jarang Terjadi” (Skor 2)
 - Peristiwa diharapkan tidak terjadi
 - Persentase > 10-30%
 - Kemungkinan risiko “Hampir Tidak Terjadi” (Skor 1)
 - Peristiwa hanya akan timbul pada kondisi yang luar biasa
 - Persentase > 0-10%
- Untuk menentukan besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis RSPG Cisarua digunakan patokan sebagai berikut:
 - Dampak risiko “Sangat Tinggi” (Skor 5)
 - Sebagian besar tujuan/sasaran strategis RSPG Cisarua/ kegiatan gagal dilaksanakan

- Terganggunya pelayanan lebih dari 1 minggu
 - Mengancam program dan organisasi serta stakeholders
 - Kerugian sangat besar bagi RSPG Cisarua dari segi keuangan maupun non keuangan
- b. Dampak risiko “Tinggi” (Skor 4)
- Sebagian sasaran tujuan/strategis RSPG Cisarua/kegiatan gagal dilaksanakan
 - Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari tetapi kurang dari 1 minggu
 - Mengancam fungsi program yang efektif dan organisasi
 - Kerugian besar bagi RSPG Cisarua dari segi keuangan maupun non keuangan
- c. Dampak risiko “Sedang” (Skor 3)
- Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran strategis RSPG Cisarua/kegiatan secara signifikan
 - Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan
 - Mengganggu administrasi program.
 - Kerugian keuangan cukup besar
- d. Dampak risiko “Rendah” (Skor 2)
- Mengganggu pencapaian tujuan intansi/kegiatan meskipun tidak signifikan
 - Cukup mengganggu jalannya pelayanan
 - Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek program
 - Kerugian kurang material dan sedikit mempengaruhi stakeholders
- e. Dampak risiko “Sangat Rendah” (Skor 1)
- Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran strategis RSPG Cisarua Bogor/kegiatan secara umum
 - Agak mengganggu pelayanan
 - Dampaknya dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin
 - Kerugian kurang material dan tidak mempengaruhi stakeholders

Berdasarkan pertemuan antara estimasi tingkat kemungkinan risiko terjadi dan estimasi besar dampak risiko pada suatu tujuan/sasaran strategis RSPG Cisarua dapat dinilai suatu tingkat risiko/ level status risiko dengan kualifikasi sebagai berikut:

- | | |
|--|---------------|
| (a) Risiko Sangat Tinggi (Warna Merah) | : > 15 |
| (b) Risiko Tinggi (Warna Oranye) | : 10 s.d < 15 |
| (c) Risiko Sedang (Warna Kuning) | : 5 s.d < 10 |
| (d) Risiko Rendah (Warna Biru) | : 3 s.d < 5 |
| (e) Risiko Sangat Rendah (Warna Hijau) | : 1 s.d < 3 |

MATRIKS ANALISIS RISIKO

MATRIKS ANALISIS RISIKO 5 X 5			KEMUNGKINAN				
			1	2	3	4	5
			Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
DAMPAK	5	Hampir Pasti Terjadi	5	10	15	20	25
	4	Sering Terjadi	4	8	12	16	20
	3	Mungkin Terjadi	3	6	9	12	15
	2	Jarang Terjadi	2	4	6	8	10
	1	Hampir Tidak Terjadi	1	2	3	4	5

Tingkat Risiko

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
1.	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Waktu pelayanan lama	4,0	3,0	Tinggi
		Sampel pemeriksaan TCM tidak sesuai	2,0	3,0	Sedang
		Sarpras tidak lengkap	3,0	2,0	Sedang
		Kurang peminat pelayanan VVIP	2,0	2,0	Rendah
		Tidak terlaksananya MoU dengan RS Luar Negeri	4,0	4,0	Sangat Tinggi
		Sumberdaya tidak terpenuhi	2,0	2,0	Rendah
		Tingginya Komplain	3,0	3,0	Sedang
		Terlambatnya waktu pelayanan	3,0	4,0	Tinggi
		Persiapan operasi tidak sesuai prosedur	2,0	4,0	Sedang
		Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter	3,0	3,0	Sedang
		Jadwal pelayanan dokter bentrok dengan pelayanan rawat jalan	2,0	2,0	Rendah

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
2.	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru	Pemenuhan sarana dan prosedur layanan di RS yang diampu kurang optimal	4,0	3,0	Tinggi
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB MDR	3,0	5,0	Sangat Tinggi
		Kematian pasien pasca bedah Thoraks tinggi	2,0	4,0	Sedang
		Perawatan pasien tidak berdasarkan Clinical Pathway (CP)	3,0	3,0	Sedang
		Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik	3,0	3,0	Sedang
		Kurang tersedianya sarpras dan SDM untuk menangani pasien kritis non paru	2,0	3,0	Sedang
		Perpindahan SDM/Petugas kesehatan yang vital	2,0	4,0	Sedang
		Audit medis tidak terlaksana	2,0	2,0	Rendah
		Hasil pengukuran data 13 Indikator Nasional Mutu tidak tercapai dari masing-masing target indikator	3,0	3,0	Sedang
		Tidak terdokumentasikannya pelaporan insiden keselamatan pasien sentinel dari unit	3,0	3,0	Sedang
4.	Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Pemenuhan alat produksi dalam negeri kurang	2,0	2,0	Rendah
5.	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan	Kompetensi Pengajar/ Pendidik/ Instruktur belum terpenuhi	3	4	Tinggi

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
	yang didukung SDM yang kompeten	Keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan	3	2	Sedang
		Minat penelitian yang kurang	3	3	Sedang
6.	Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Keterlambatan integrasi SIMRS dengan BIOS	4,0	3,0	Tinggi
		Sistem jaringan terganggu	4,0	2,0	Sedang
		Kurangnya minat pasien terhadap pendaftaran online	3,0	3,0	Sedang
		Lalu lintas jaringan data terganggu	3,0	4,0	Tinggi
		Data tidak tersimpan/kehilangan data	3,0	4,0	Tinggi
7.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	Ketidaksesuaian data dukung pemenuhan penilaian tingkat maturitas BLU	3,0	4,0	Tinggi
		Rekomendasi tidak bisa ditindaklanjuti	2,0	4,0	Sedang
8.	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Tingginya belanja operasional	4,0	3,0	Tinggi
		Terlambatnya pembayaran piutang	4,0	4,0	Sangat Tinggi
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana RM tidak efisien	4,0	3,0	Tinggi
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana BLU tidak efisien	4,0	3,0	Tinggi
		Tingginya beban usaha	3,0	4,0	Tinggi

C. Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan RSPG untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kendali RSPG Cisarua. Tindakan konkrit yang perlu diwujudkan supaya dapat meniadakan atau mereduksi status tingkat risikonya.

Program Mitigasi Risiko

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi
Perspektif Pelanggan				
1.	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Waktu pelayanan lama	Tinggi	Penetapan waktu layanan, Dijadikan sebagai IKI Pemberi Pelayanan, Pemantauan kehadiran oleh atasan langsung
		Sampel pemeriksaan TCM tidak sesuai	Sedang	Refreshing SOP, Monev tiap bulan
		Sarpras tidak lengkap	Sedang	Perencanaan Sarpras pelayananan VVIP
		Kurang peminat pelayanan VVIP	Rendah	Penerapan disiplin sesuai jadwal layanan VVIP
		Tidak terlaksananya MoU dengan RS Luar Negeri	Sangat Tinggi	Penentuan RS LN lebih selektif
		Sumberdaya tidak terpenuhi	Rendah	Melengkapi sarpras
		Tingginya Komplain	Sedang	Penerapan reward dan punishment
		Terlambatnya waktu pelayanan	Tinggi	Pengaturan jadwal petugas secara berimbang
		Persiapan operasi tidak sesuai prosedur	Sedang	Meningkatkan komunikasi antar petugas
		Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter	Sedang	Penerapan disiplin dokter sesuai jadwal
		Jadwal pelayanan dokter bentrok dengan pelayanan rawat jalan	Rendah	Penerapan ketepatan jam visit dokter sesuai jadwal
Perspektif Proses Bisnis				
2.	Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru	Pemenuhan sarana dan prosedur layanan di RS yang diampu kurang optimal	Tinggi	Mendorong RSUD yang diampu untuk mengoptimalkan sarpras yang tersedia

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB MDR	Sangat Tinggi	Mengoptimalkan PMO dan Jejaring Eksternal
		Kematian pasien pasca bedah Thoraks tinggi	Sedang	Optimalkan persiapan pasien pra operasi
		Perawatan pasien tidak berdasarkan Clinical Pathway (CP)	Sedang	Pemantaun Kepatuhan CP
		Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik	Sedang	Edukasi yang efektif ke pasien
		Kurang tersedianya sarpras dan SDM untuk menangani pasien kritis non paru	Sedang	MoU rujukan dengan RS lain
		Perpindahan SDM/Petugas kesehatan yang vital	Sedang	Program retensi SDM
		Audit medis tidak terlaksana	Rendah	Penegakan kepatuhan terhadap jadwal pelaksanaan audit medis
		Hasil pengukuran data 13 Indikator Nasional Mutu tidak tercapai dari masing-masing target indikator	Sedang	Koordinasi dengan unit dalam kegiatan pelaksanaan pengukuran data dari 13 Indikator Nasional Mutu untuk mencapai target dari masing-masing target indikator
		Tidak terdokumentasikannya pelaporan insiden keselamatan pasien sentinel dari unit	Sedang	Koordinasi dengan unit dalam kegiatan pemantauan dan monitoring kejadian insiden keselamatan pasien sentinel nol
Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran				
4.	Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Pemenuhan alat produksi dalam negeri kurang	Rendah	Fleksibilitas kebijakan

No .	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi
5.	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten	Kompetensi Pengajar/ Pendidik/ Instruktur belum terpenuhi	Tinggi	Melakukan kerjasama tentang peningkatan kompetensi pendidik kepada PPSPDM dan atau institusi resmi yang bergerak dalam hal tersebut
		Keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan	Sedang	Prioritas pengalokasian anggaran pemenuhan sarpras pendidikan
		Minat penelitian yang kurang	Sedang	Memberikan reward kepada peneliti yang telah mempublikasikan penelitiannya
6.	Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Keterlambatan integrasi SIMRS dengan BIOS	Tinggi	Update SIMRS
		Sistem jaringan terganggu	Sedang	Koordinasi dengan PIC SISROUTE Yankes
		Kurangnya minat pasien terhadap pendaftaran online	Sedang	Sosialisasi pendaftan online di RSPG
		Lalu lintas jaringan data terganggu	Tinggi	Pemeliharaan jaringan komputer dan internet
		Data tidak tersimpan/ kehilangan data	Tinggi	Penegecekan fungsi RME, pemeliharaan/ update server
7.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	Ketidaksesuaian data dukung pemenuhan penilaian tingkat maturitas BLU	Tinggi	Sosialisasi pedoman penilaian tingkat maturitas BLU dan KKE
		Rekomendasi tidak bisa ditindaklanjuti	Sedang	Pemberian Tanggapan atas resume audit dilakukan seoptimal dan semaksimal mungkin,
Perspektif Keuangan				
8.	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Tingginya belanja operasional	Tinggi	Buat kebijakan pimpinan untuk pengaturan proporsi belanja operasional
		Terlambatnya pembayaran piutang	Sangat Tinggi	Penagihan secara periodik dan menjalin hubungan dengan para penjamin

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana RM tidak efisien	Tinggi	Pengkajian harga setiap usulan kegiatan belanja RM
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana BLU tidak efisien	Tinggi	Pengkajian harga setiap usulan kegiatan belanja BLU
		Tingginya beban usaha	Tinggi	Melakukan evaluasi dan monitoring terhadap kegiatan belanja dan perasional

D. Peta Risiko

PETA RISIKO

