



Kemenkes  
RSP Goenawan Partowidigdo



GERMAS  
Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat



BerAKHLAK  
Berorientasi Pelayanan, Komitmen, Berprestasi  
Hormat,oyal,Kolaborasi



# RENCANA STRATEGIS BISNIS

## 2020-2024

REVISI KE-2



RUMAH SAKIT PARU  
DR M GOENAWAN  
PARTOWIDIGDO





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**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](http://www.rspg-cisarua.co.id), Surat Elektronik: [info@rspg-cisarua.co.id](mailto:info@rspg-cisarua.co.id)



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

NOMOR : HK.02.03/DXLII.3/01811/2024

PEMBERLAKUAN RENCANA STRATEGIS BISNIS

RUMAH SAKIT PARU Dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO

TAHUN 2020-2024 REVISI 2

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 2 yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5340);
3. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 226/KMK.05/2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor Pada Departemen Kesehatan Sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan dan badan Layanan Umum;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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 2.
- KESATU : Mencabut Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/2/00074/2023 tanggal 01 januari 2023 tentang Pemberlakuan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Tahun 2020-2024 Revisi 1 Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KEDUA : Memberlakukan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Tahun 2020-2024 Revisi 2 sebagai acuan menentukan arah strategis dan prioritas Tindakan tahun 2020-2024 di Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo.
- KETIGA : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal 1 Januari 2024 apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Cisarua Bogor

Pada Tanggal : 6 Februari 2024

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PARU DR.  
M GOENAWAN PARTOWIDIGDO CISARUA,



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

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

**(REVISI KE - 2)**

**Cisarua Bogor, Januari 2024**

**DIREKSI**

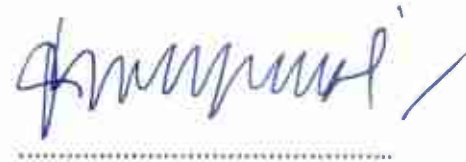
Direktur Utama

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



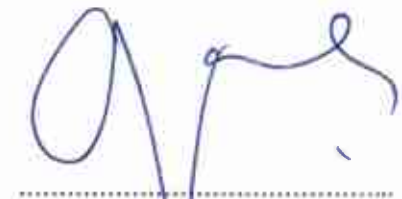
Direktur Medik dan Keperawatan

dr. Ni Luh Dharma Kerti Natih, MHSM  
NIP 196404141990032002



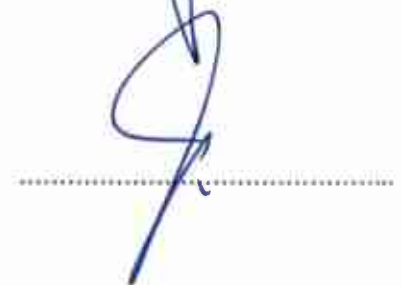
Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

dr. Ganda Raja Partogi Sinaga, MKM  
NIP 197511012005011010



Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Muhamad Nur Ihwan, SE, M.Ak  
NIP 198101092009121001



**MENYETUJUI  
ATAS  
RENCANA STRATEGIS BISNIS  
RUMAH SAKIT PARU Dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO  
CISARUA BOGOR  
TAHUN 2020 - 2024  
(REVISI KE - 2)**

**Cisarua Bogor, Januari 2024**

**DEWAN PENGAWAS**



dr. Umar Wahid, Sp.P  
Ketua

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

Dwi Edhie Laksono, SE., MA  
Anggota

**RENCANA STRATEGIS BISNIS  
RUMAH SAKIT PARU dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO  
TAHUN 2020 - 2024  
REVISI KE-2**

**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.

Berdasarkan reuiu Rencana Strategis Bisnis pada tahun 2023, untuk peningkatan kinerja berikutnya diperlukan perubahan atau revisi RSB untuk tahun 2024 yang meliputi penyesuaian kegiatan di tahun 2024 untuk mencapai target indikator di akhir periode RSB, penyesuaian definisi operasional Indikator Kinerja Utama tanpa merubah esensi dari target akhir dan tujuan indikator tersebut

Dalam RSB 2020-2024 revisi kedua masih dengan delapan sasaran startegis yang akan dicapai, namun ada perubahan indikator kinerja yang disesuaikan dengan indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, semula 37 menjadi 32 *Key Performance Indicator* (KPI). Kedelapan sasaran strategis itu 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 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 kedua Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Paru Dr.M.Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor telah selesai disusun. Revisi kedua RSB ini didasarkan pada hasil revaluasi pelaksanaan RSB pada tahun 2023. 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. Pada tahun 2024 ini, terdapat beberapa perubahan dari rencana kegiatan program untuk mencapai visi yang sudah ditetapkan. Perubahan pokok pada revisi kedua RSB 2022-2024 ini adalah *masterplan/ blockplan* rencana pengembangan infrastruktur dengan merancang kembali untuk dasar pengembangan pelayanan, penajaman strategi pencapaian tujuan dan penyesuaian Indikator Kinerja Utama.

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
D. Ruang Lingkup Revisi RSB Tahun 2024 .....	4
BAB II : ANALISIS DAN STRATEGI .....	10
A. Evaluasi Kinerja BLU .....	10
B. Analisis SWOT dan TOWS Matriks .....	15
C. Inisiatif Strategis .....	18
BAB III : RENCANA STRATEGIS BISNIS .....	20
A. Program Kementerian Kesehatan .....	20
B. Strategi Bisnis BLU .....	20
C. Kegiatan dan Indikator .....	25
BAB IV : PENUTUP .....	34
A. Kesimpulan .....	34
B. Hal-hal Penting yang Perlu Mendapat Perhatian .....	35
Lampiran	



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Perubahan Indikator Kinerja Utama .....	7
Tabel 2.1 Nilai Terbobot Kekuatan .....	15
Tabel 2.2 Nilai Terbobot Kelemahan .....	15
Tabel 2.3 Nilai Terbobot Peluang .....	16
Tabel 2.4 Nilai Terbobot Ancaman .....	16
Tabel 3.1 Keterkaitan Program, Kegiatan, Sasaran dan IKU .....	26

## DAFTAR GRAFIK DAN GAMBAR

	Halaman
Grafik 2.1 Kinerja Pelayanan Tahun 2019 – 2023 .....	12
Grafik 2.2 Kinerja Keuangan Tahun 2019 – 2023 .....	13
Grafik 2.3 Cost/ Biaya Layanan Tahun 2019 – 2023 .....	14
Grafik 2.4 Kinerja SDM dan Diklit .....	14
Gambar 2.1 Diagram Kartesius – Posisi Bersaing RSPG 2020 – 2024 .....	17
Gambar 2.2 Matriks TOWS .....	17
Gambar 2.3 Peta Strategi RSPG Cisarua Bogor .....	19
Gambar 3.1 Arah Pengembangan RSPG Cisarua Bogor .....	21
Gambar 3.2 Tahapan Pengembangan RSPG Cisarua Bogor 2022 – 2024 .....	21

## 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.

### **D. Ruang Lingkup Revisi RSB Tahun 2024**

Berdasarkan rewiu Rencana Strategis Bisnis pada tahun 2023 dan pembahasan Laporan Kinerja 2023 (LAKIP), untuk peningkatan kinerja di

tahun 2024, diperlukan perubahan atau revisi RSB untuk tahun 2024 yang meliputi :

1. Penyesuaian kegiatan di tahun 2024 untuk mencapai target indikator di akhir RSB periode 2020 – 2024:
  - a. Pembangunan gedung perawatan non infeksi belum bisa dilaksanakan, harus menunggu persetujuan dari masterplan/ blockplan.
  - b. Pengembangan pelayanan untuk mencapai target keuangan tahun 2024
2. Reviu Indikator Kinerja Utama:
  - a. Perubahan definisi operasional dari IKU “peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VIP/VVIP”. Semula proporsi kunjungan pasien VIP/ VVIP dibanding seluruh kunjungan pasien rumah sakit, menjadi pertumbuhan kunjungan pasien VIP/ VVIP tahun berjalan dengan tahun sebelumnya.
  - b. Perubahan waktu penghitungan pelayanan rawat jalan tanpa penunjang disesuaikan dengan definisi operasional pada Indikator Kinerja Terpilih (IKT) 2024.
  - c. Penyesuaian indikator “jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB” dengan memasukkan “peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan daerah” sesuai dengan Indikator Kinerja Terpilih (IKT) 2024.
  - d. Penjabaran indikator “Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)” menjadi 3 indikator yaitu :
    - 1) Keberhasilan pengobatan TBC sensitif obat
    - 2) Keberhasilan pengobatan TBC resisten obat
    - 3) Inisiasi pengobatan TBC resisten obat

Pada tanggal 4 Februari 2024, ditetapkan Indikator Direktif 2024 untuk Satuan Kerja di Lingkup Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang menjadi Indikator Kinerja Kegiatan atau KPI RSB RSPG Cisarua Bogor yang akan dituangkan dalam perjanjian Kinerja tahun 2024 antara Direktur Utama RSPG dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan hasil reviu RSB, pembahasan LAKIP 2023 dan penetapan Indikator Kinerja Kegiatan direktif Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, maka terdapat penyesuaian Indikator Kinerja Utama RSB RSPG Cisarua Bogor

untuk tahun 2024 tanpa merubah substansi IKU pada tahun 2023 sebagai berikut.



**Tabel 1.1**  
**Perubahan Indikator Kinerja Utama**

SEMULA					MENJADI				KETERANGAN
No	IKU	Bobot	Target		No	IKU	Bobot	Target 2024	
			2023	2024					
1	Indeks kepuasan masyarakat	0,028	≥ 80	≥ 81	-	-	-	-	Digabung dalam IKU Persentase Capaian INM
2	Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB	0,027	75%	90%	1	Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB	-	90%	
3	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	0,027	1 Layanan	1 Layanan	-	-	-	-	Indikator direktif tahun 2024 tidak ada
4	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	0,027	10% (1,1)	10% (1,1)	2	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	-	10%	
5	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	0,027	1 Layanan	1 Layanan	3	RSPG mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	-	1 Layanan	
6	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	0,027	70%	75%	4	Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	-	80%	
7	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	0,027	≥ 80	≥ 81	-	-	-	-	Digabung dalam IKU Persentase Capaian INM
8	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	0,027	≥ 80%	≥ 80%	5	Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	-	80%	
9	Penundaan waktu Operasi Elektif	0,027	≤ 3%	≤ 3%	-	-	-	-	Digabung dalam IKU Persentase Capaian INM
10	Ketepatan waktu pelayanan di	0,027	≥ 80%	≥ 85%	6	Ketepatan waktu pelayanan di	-	85%	

SEMULA					MENJADI			KETERANGAN
Poliklinik					Poliklinik			
					7	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam)	100%	Indikator direktif baru tahun 2024
11	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	0,027	≥ 80%	≥ 85%	-	-	-	Digabung dalam IKU Persentase Capaian INM
12	Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna	0,027	1 RS	1 RS	8	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS	
					9	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS	
13	Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)	0,027	3 Indikator	3 Indikator	10	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	
14	Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	0,027	≤ 5%	≤ 3%	11	Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	3%	
15	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	0,027	85%	87%	-	-	-	Digabung dalam IKU Persentase Capaian INM
16	Kejadian <i>drop out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	0,027	15%	10%	12	Kejadian <i>drop out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	10%	
17	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)	0,027	< 2,5%	< 2,5%	13	Persentase NDR	2,5%	
18	Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna	0,027	1 Paripurna	1 Paripurna	-	-	-	Indikator direktif tahun 2024 tidak ada
19	Pelaporan pelaksanaan audit	0,027	2 Kali	2 Kali	14	Jumlah laporan pelaksanaan	2 Kali	

SEMULA				MENJADI		KETERANGAN
medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan				audit medis pada kasus layanan Respirasi dan Tuberkulosis		
20	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	0,027	12 Laporan	12 Laporan	15 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
21	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	0,027	12 Laporan	12 Laporan	16 Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%
22	Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar	0,027	95%	96%	17 Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar	90%
					18 Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%
23	Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG	0,027	5% (1,05)	5% (1,05)	19 Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG	1,05
24	Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/ Magang di RSPG	0,027	5% (1,05)	5% (1,05)	20 Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/ Magang di RSPG	1,05
25	Jumlah penelitian yang dipublikasi	0,027	5	8	21 Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas	10%
26	Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi <i>BLU Integrated Online System / BIOS</i> )	0,27	90%	100%	22 Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi <i>BLU Integrated Online System / BIOS</i> )	100%
27	Pelaksanaan SISRUITE	0,027	90%	100%	23 Pelaksanaan SISRUITE	100%
28	Persentase pelayanan pendaftaran <i>online</i>	0,027	65%	70%	24 Persentase pelayanan pendaftaran <i>online</i>	70%

SEMULA				MENJADI				KETERANGAN	
29	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	0,027	1 Sistem	1 Sistem	-	-	-	Indikator	direktif tahun 2024 tidak ada
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%	25	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%		
31	Tingkat maturitas BLU	0,027	3,2	3,5	26	Tingkat maturitas BLU	3,5		
32	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	0,027	92,5%	92,5%	27	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%		
33	Rasio pendapatan dan biaya operasional (POBO)	0,027	68%	70%	28	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	Digabung dengan penilaian rasio kas	
34	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	0,027	95%	95%	29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%	Target disesuaikan dengan indikator direktif	
35	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	0,027	97%	97%	30	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	Target disesuaikan dengan indikator direktif	
36	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	0,027	95%	95%	31	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	90%	Target disesuaikan dengan indikator direktif	
37	Persentase nilai EBITDA Margin	0,027	10%	10%	32	Persentase nilai EBITDA Margin	10%		

## BAB II

### ANALISIS DAN STRATEGI

#### A. Evaluasi Kinerja BLU

##### 1. Kinerja RSB 2015 - 2019

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

- a. Tingkat kepuasan pelanggan dengan target 90% dan capaiannya 80,67%. Kepuasan pelanggan tidak tercapai karena masih lamanya waktu tunggu pelayanan.
- b. 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.
- c. Persentase pelaksanaan kerjasama dengan *stakeholders* strategis dengan target 100% dan capaiannya 99,11%. Ada satu kerja sama yang tidak terlaksana yaitu pengantaran ambulance.
- d. 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.
- e. Persentase pengelolaan BMN dengan target 100% dan capainnya 97,50%. Ada satu pengelolaan BMN yang belum terlaksana yaitu pengelolaan tanah yang masih dalam perselisihan.
- f. 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.

- g. 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.

## 2. Kinerja RSB 2020 - 2024

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. Pada tahun 2023, jumlah Indikator Kinerja Utama menjadi 37 yang disesuaikan dengan Indikator Kinerja Kegiatan Kementerian Kesehatan.

Dari 37 indikator, sebanyak 31 indikator yang tercapai/ melampaui target dan sebanyak 6 indikator yang belum tercapai yaitu persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VIP/ VVIP, penundaan waktu operasi elektif, tingkat maturitas BLU, target pendapatan BLU, realisasi anggaran bersumber BLU dan ebitda margin. Berdasarkan review RSB pada akhir tahun 2023, direkomendasikan untuk penyesuaian kegiatan pada tahun 2024 yaitu :

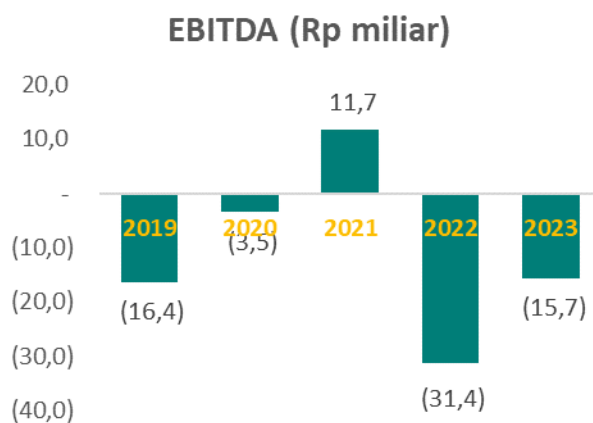
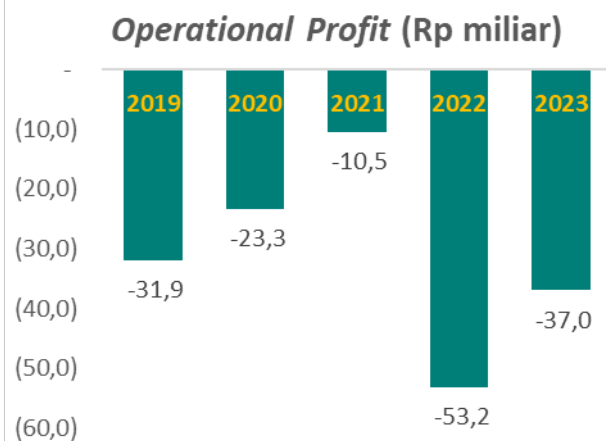
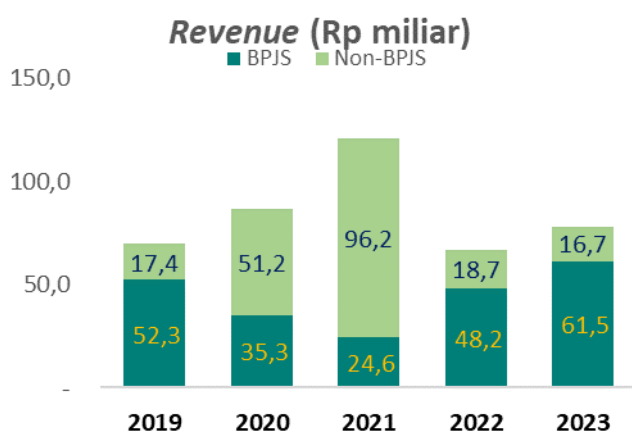
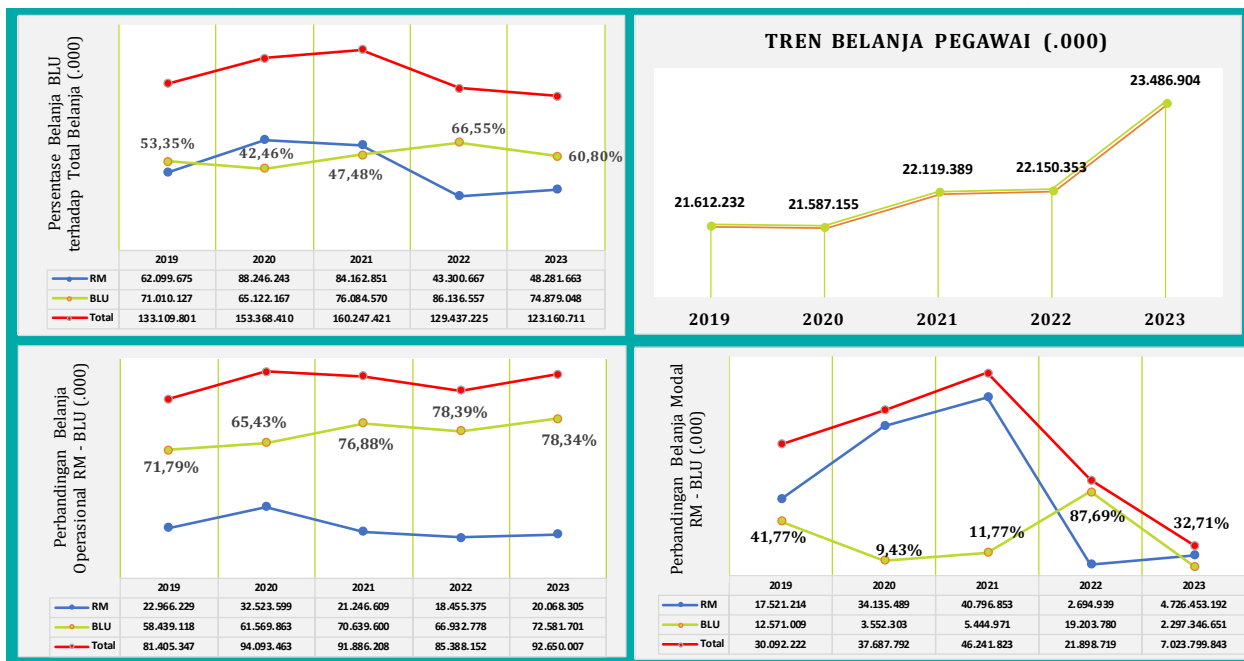
- a. Menyelesaikan penyusunan revisi masterplan/ blockplan RSPG sebagai dasar untuk pengembangan infrastruktur.
- b. Pengembangan poliklinik eksekutif dengan membuka layanan kosmetik
- c. Pelayanan *ambulance emergency services*
- d. Pengembangan layanan MCU (penjamah makanan)
- e. Wisata medis
- f. Layanan *one day care* kemoterapi
- g. Membuka layanan *Respiratory Intensive Care Unit* (RICU)
- h. Layanan *cryosurgery*

## 1. Gambaran Kinerja Pelayanan

**Grafik 2.1**  
**Kinerja Pelayanan Tahun 2019 - 2023**

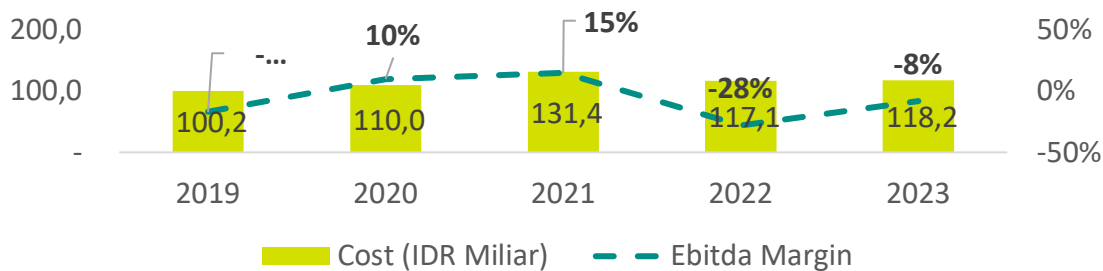


**Grafik 2.2**  
**Kinerja Keuangan Tahun 2019 - 2023**

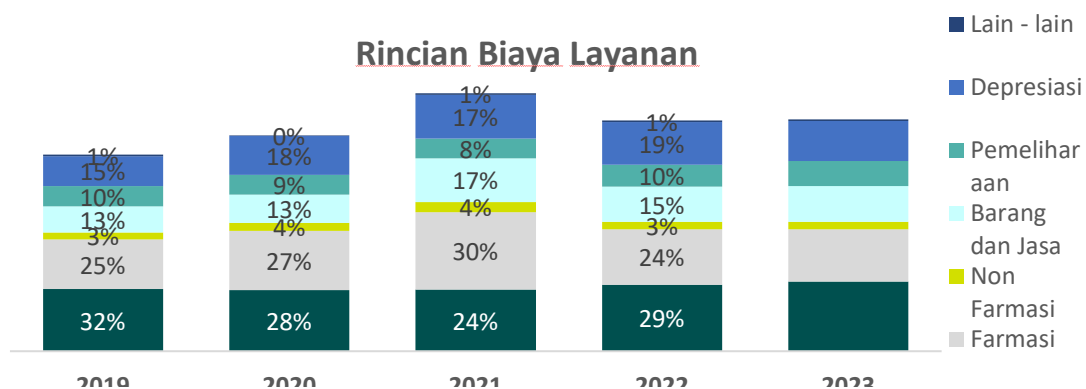




**Grafik 2.3**  
**Cost/ Biaya Layanan Tahun 2019 - 2023**

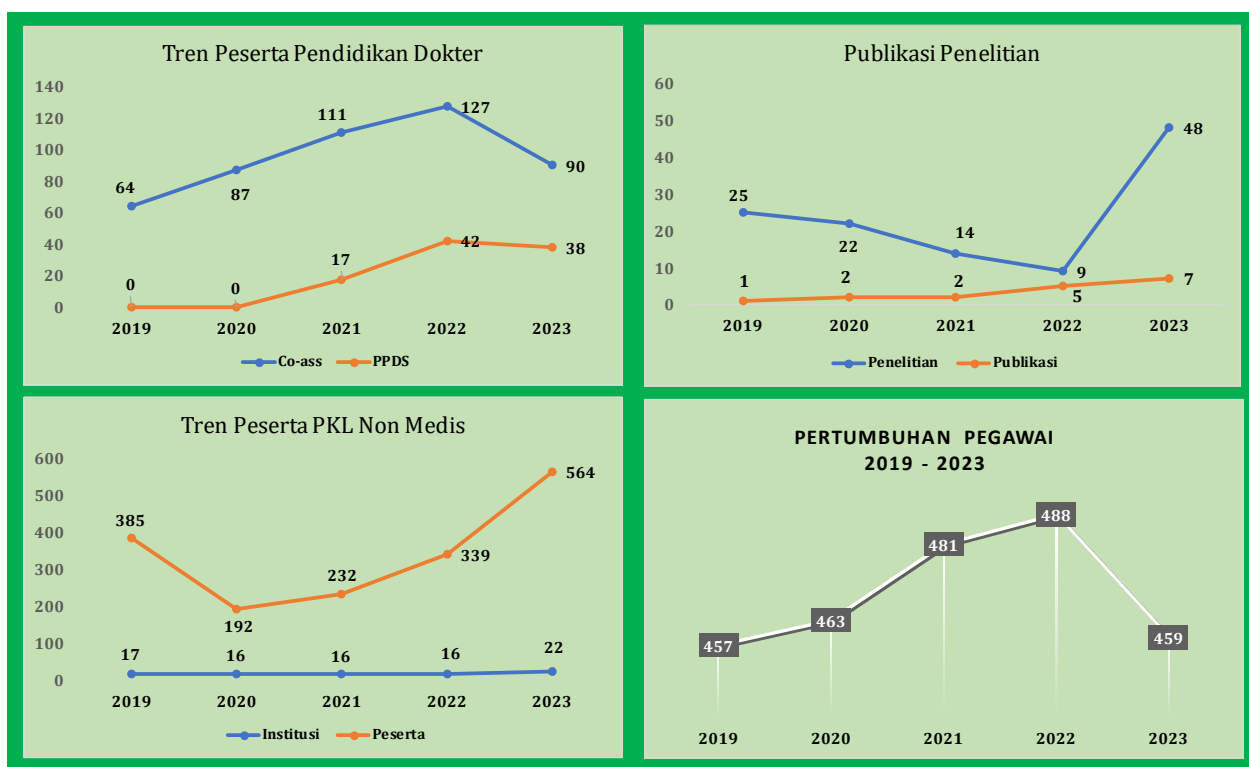


**Rincian Biaya Layanan**



### 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
<b>Skor Faktor Kekuatan</b>				<b>76,38</b>

**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
<b>Skor Faktor Kelemahan</b>				<b>61,45</b>

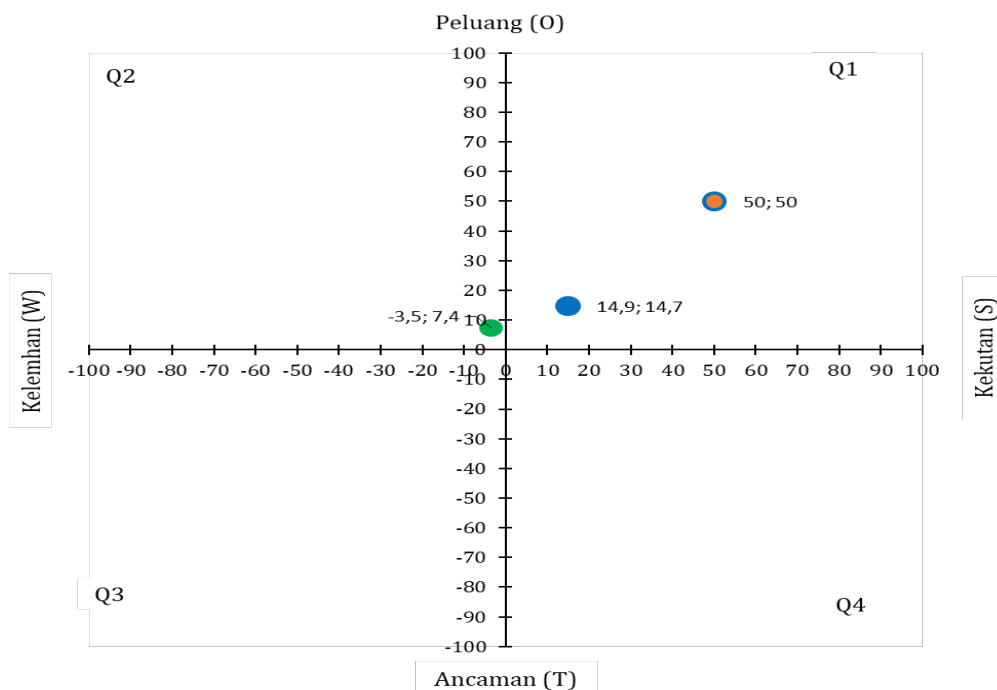
**Tabel 2.3**

### 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
<b>Skor Faktor Peluang</b>				<b>69,96</b>

**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
<b>Skor Faktor Ancaman</b>				<b>55,23</b>



Gambar 2.1

Diagram Kartesius – Posisi Bersaing RSPG 2020 - 2024

Keterangan :

- Posisi awal
- Posisi saat ini
- Posisi yang diharapkan

## 2. TOWS Matriks

Gambar 2.2  
Matriks TOWS

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 Infrastruktur dan Layanan Terpadu	
2 Kasus TB dan Penyakit paru masih tinggi di Indonesia dan Jawa Barat dengan bonus demografi yang mobilitas tinggi	* Terwujudnya kemampuan pengampuan 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)	Strategi Ancaman + Kekuatan		Strategi Ancaman + Kelemahan	
1 Pertumbuhan pelayanan spesialisik di Rumah Sakit sekitar	- Penguatan komitmen budaya kerja dan tatakelola yang akuntabel		- 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 khususnya pada layanan kesehatan				

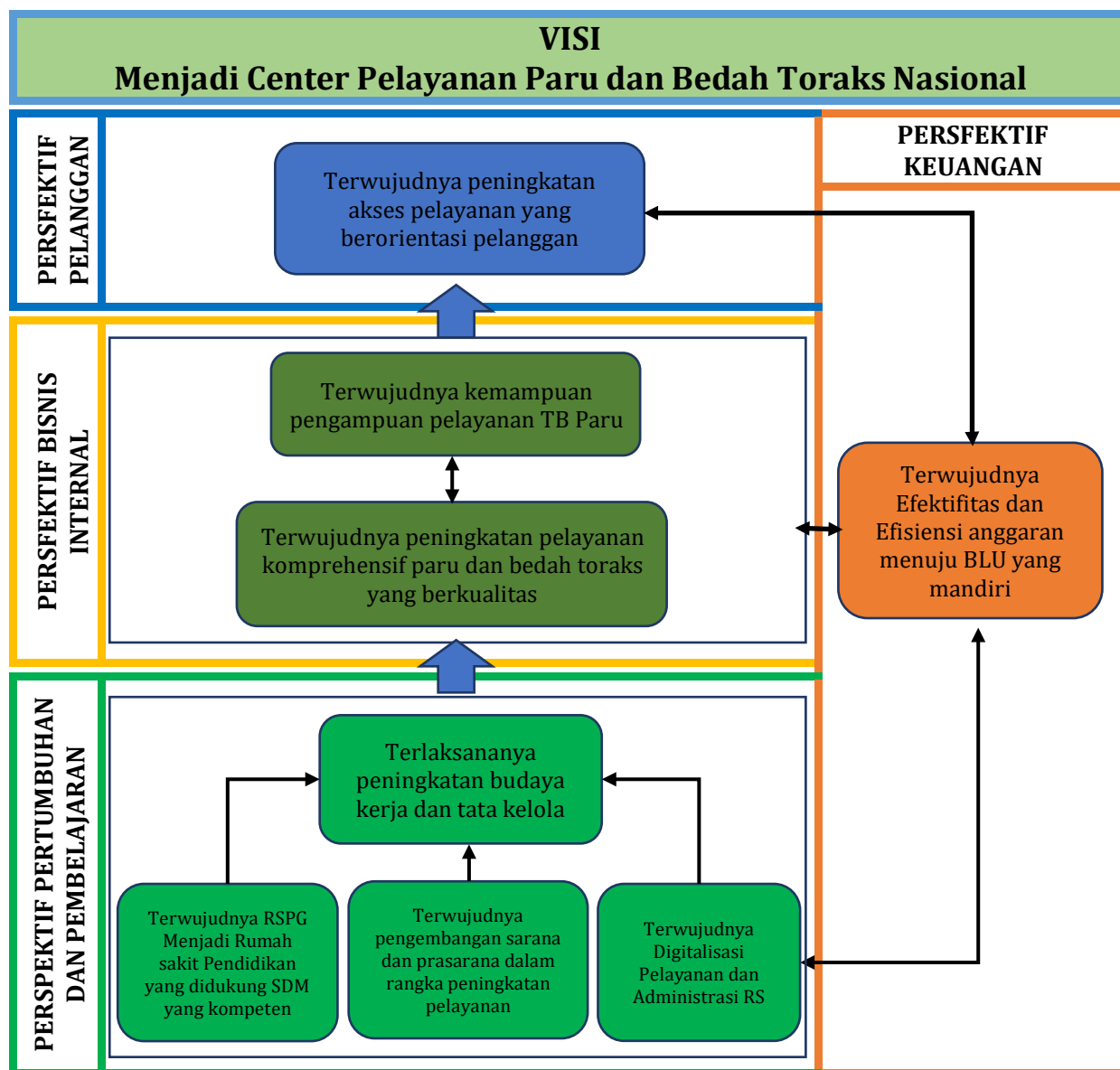
### C. Inisiatif Strategis

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. 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.

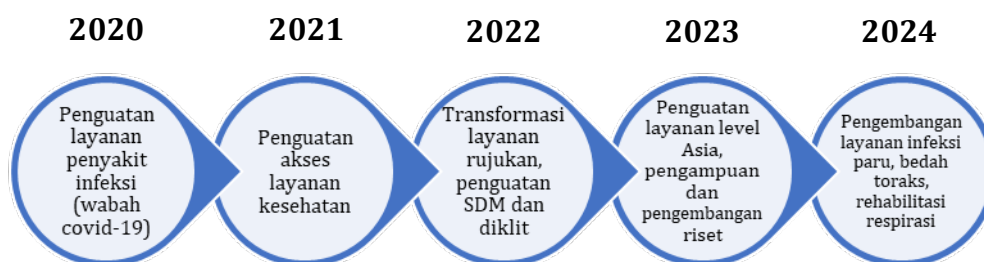
c. Pengembangan Riset

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*, pengampuan 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 pengampuan layanan kesehatan respirasi dan tuberkulosis 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 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 pelayanan 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. Integrasi SIMRS dengan SATUSEHAT
  - b) Pemenuhan kebutuhan sarana pendidikan dan penelitian.
  - c) Pengadaan alat kesehatan untuk pelayanan TB
- 5) Tahun 2024
  - Penetapan masterplan/ Blockplan dalam rangka pengembangan infrastruktur gedung pelayanan. pemeliharaan 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 dari 3,05 pada tahun 2022 menjadi 3,09 pada tahun 2023, menjadi Rumah Sakit dengan perdikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) tingkat nasional. 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	
<b>A. Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan</b>	Peningkatan akses dan kualitas pendukung layanan kesehatan	Pemenuhan akses pelayanan bagi masyarakat dan peningkatan layanan terbaik level Asia	1. Indeks kepuasan masyarakat	<b>0,026</b>	80	81	82	≥ 80	-	Direktur PKLO
			2. Persentase layanan <i>one stop service</i> pasien baru kasus TB	<b>0,032</b>	-	-	-	75%	90%	Dirmedkep
			3. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	<b>0,026</b>	-	-	-	1 Layanan	-	Dirmedkep
			4. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	<b>0,026</b>	-	-	-	10% (1,1)	-	Dirmedkep
			5. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	<b>0,032</b>					10%	Dirmedkep
			6. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	<b>0,025</b>	-	-	-	1 Layanan	-	Dirmedkep
			7. RSPG mempunyai layanan unggulan yang	<b>0,031</b>					1 Layanan	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot				Target		PIC
			dikembangkan melalui kerja sama internasional							
			8. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	0,026	-	-	-	70%	-	Direktur PKLO
			9. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	0,031					80%	Direktur PKLO
			10. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	0,026	-	-	-	≥ 80	-	Direktur PKLO
		Perbaikan waktu layanan	11. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	0,025	-	-	-	≥ 80%	-	Dirmedkep
			12. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	0,032					80%	
			13. Penundaan waktu Operasi Elektif	0,026	-	-	-	≤ 3%	-	Dirmedkep
			14. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	0,032	-	-	-	≥ 80%	85%	Dirmedkep
			15. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (Persentase capaian	0,031					100%	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
<b>B. Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru</b>	Pengampunan Rumah Sakit	Pengampunan Pelayanan TB	kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam)							
			16. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	0,026	-	-	-	≥ 80%	-	Dirmedkep
			17. Jumlah RSUD yang diampu dalam pelayanan TB menjadi utama atau paripurna	0,025	-	-	-	1 RS	-	Dirmedkep
			18. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	0,031					1 RS	Dirmedkep
<b>C. Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas</b>	Pengembangan Pelayanan Unggulan	Peningkatan kualitas Pelayanan medik, keperawatan dan penunjang	19. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	0,031					4 RS	Dirmedkep
			20. Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususan RS Paru (Tuberkulosis)	0,025	-	-	-	3 Indikator	-	Dirmedkep
			21. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	0,031					80%	Dirmedkep
			22. Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	0,031	-	-	-	≤ 5%	3%	Dirmedkep
			23. Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	0,025	-	-	-	85%	-	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
			24. Kejadian <i>drop out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	0,032	-	-	-	15%	10%	Dirmedkep
			25. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal (RSPG)	0,026	-	-	-	< 2,5%	-	Dirmedkep
			26. Persentase NDR	0,031					2,5%	Dirmedkep
			27. Terselenggaranya RS Vertikal (RSPG) dengan stratifikasi yang paripurna	0,026	-	-	-	1 Paripurna	-	Dirmedkep
		Peningkatan capaian indikator layanan dan kepatuhan pelaporan	28. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan penyakit paru setiap 6 bulan	0,026	-	-	-	2 Kali	-	Dirmedkep
			29. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan Respirasi dan Tuberkulosis	0,031					2 Kali	Dirmedkep
			30. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target	0,026	-	-	-	12 Laporan	-	Dirmedkep



Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
			masing-masing indikator							
			31. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	0,031					100%	Dirmedkep
			32. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	0,026	-	-	-	12 Laporan	-	Dirmedkep
			33. Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	0,031					75%	Dirmedkep
<b>D. Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan</b>	Pengembangan Sarana dan Prasarana	Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana	34. Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar	0,031	-	-	-	95%	90%	Direktur PKLO
			35. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	0,031					90%	Direktur PKLO
<b>E. Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten</b>	Pengembangan RS Pendidikan	Peningkatan layanan pendidikan dan pelatihan serta peningkatan riset	36. Pertumbuhan institusi pendidikan yang melaksanakan praktik/ magang di RSPG	0,032	-	-	-	5% (1,05)	1,05	Direktur SDMPP
			37. Pertumbuhan jumlah Peserta Praktik/	0,032	-	-	-	5% (1,05)	1,05	Direktur SDMPP

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
			Magang di RSPG							
			38. Jumlah penelitian yang dipublikasi	0,026	-	-	-	5	-	Direktur SDMPP
			39. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas	0,031					10%	Direktur SDMPP
F. Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Pengembangan inovasi digital	Digitalisasi Pelayanan dan administrasi	40. Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi <i>BLU Integrated Online System / BIOS</i> )	0,032	-	-	-	90%	100%	Direktur PKLO
			41. Pelaksanaan SISROUTE	0,031	-	60%	70%	90%	100%	Dirmedkep
			42. Persentase pelayanan pendaftaran <i>online</i>	0,031	-	-	-	65%	70%	Dirmedkep Dir PKLO
			43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	0,026	-	-	-	1 Sistem	-	Dirmedkep Dir PKLO
			44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	0,026	-	-	-	100%	-	Dirmedkep

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
			45. Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan	0,031					100%	Dirmedkep
G. Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	Peningkatan Budaya Kerja	Peningkatan Budaya Kinerja RS	46. Tingkat maturitas BLU	0,031	-	-	-	3,2	3,5	Semua Direksi
			47. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	0,031	-	-	-	92,5%	95%	Semua Direksi
H. Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Peningkatan tatakelola keuangan	Peningkatan Efektifitas Keuangan	48. Rasio pendapatan dan biaya operasional (POBO)	0,025	65%	66%	67%	68%	-	Direktur PKLO
			49. Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	0,031					100%	Direktur PKLO
			50. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	0,031	-	-	-	95%	90%	Direktur PKLO
			51. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	0,031	-	-	-	97%	96%	Direktur PKLO
			52. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	0,031	-	-	-	95%	90%	Direktur PKLO

Sasaran Strategis	Program	Kegiatan	IKU	Bobot	Target					PIC
			53. Persentase nilai EBITDA Margin	<b>0,031</b>	-	-	-	10%	10%	Direktur PKLO

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Penyusunan revisi RSB RSPG Cisarua Bogor tahun 20220 – 2024 pada tahun terakhir tahapan pelaksanaannya sebagai upaya untuk pencapaian target 5 tahunan. Perubahan ditekankan pada upaya pengembangan kualitas pelayanan serta inovasi, penyiapan infrastruktur dan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi baik internal maupun eksternal. Pencapaian pada tahun 2023 dari 37 Indikator Kinerja Utama, telah tercapai 31 Indikator, dan 6 Indikator belum tercapai. Tentunya diperlukan upaya-upaya untuk pencapaian indikator kinerja tersebut.

Revisi RSB tahun 2024 merupakan revisi yang kedua selama periode pelaksanaan RSB 2020 – 2024. Pada revisi pertama tahun 2023, Ada delapan sasaran strategis dan 37 KPI/ IKU dalam revisi RSB RSPG Cisarua Bogor. Pada revisi kedua ini sasaran strategisnya tidak berubah namun ada “penambahan” jumlah indikator kinerja utama dari 37 menjadi 39. 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.

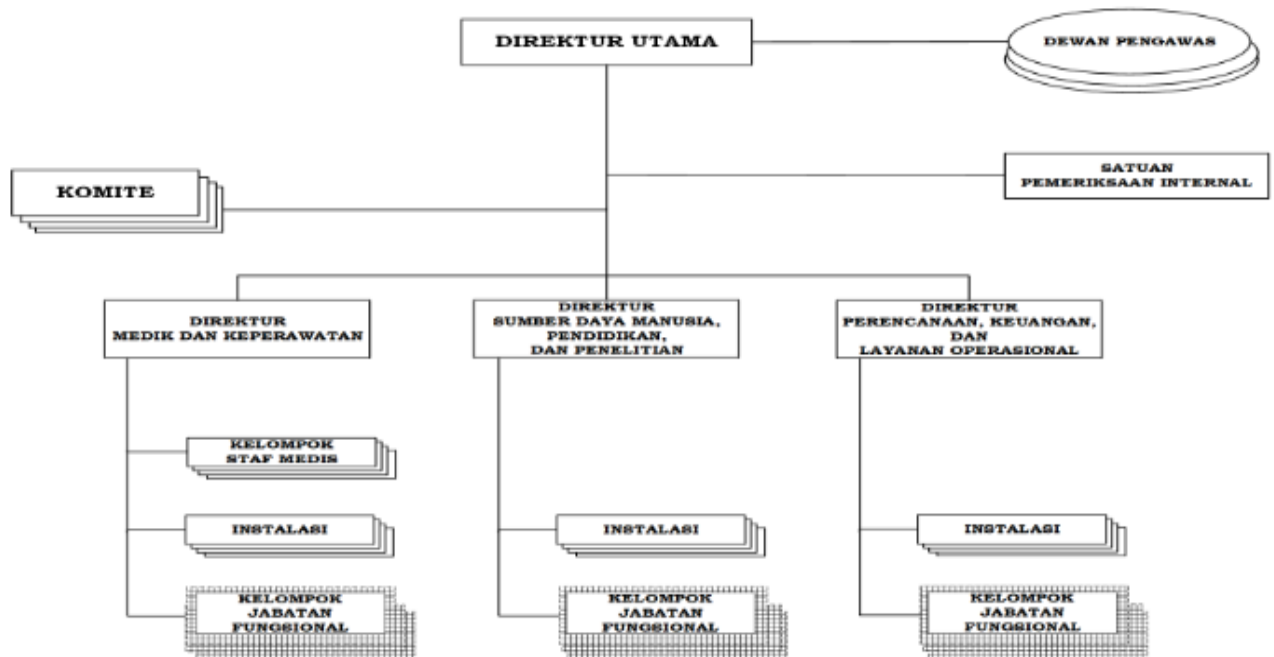
Strategi pelaksanaan Program-program tersebut diharapkan dapat mendukung target pelayanan dan target keuangan pada tahun 2024 ini yang cukup menantang dan sebagai dasar untuk pengembangan layanan pada Rencana Strategis Bisnis berikutnya.

## **B. Hal-hal Penting yang Perlu Mendapat Perhatian**

1. Perlu segera menetapkan rencana perubahan *block plan* pada *masterplan* pada tahun 2024 sebagai pedoman pengembangan infrastruktur.
2. Perlu dikembangkan pengembangan sumber pendapatan dari sektor lain.
3. Penggunaan anggaran lebih efektif dan efisien yang diarahkan untuk mencapai target kinerja.
4. Pelaksanaan transformasi layanan rujukan pada Rumah Sakit Vertikal.
5. 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 tepat 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

Nomor IKU	:	1										
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	:	3%										
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 12 jam.										
Jenis Indikator	:	<i>Output</i>										
Satuan Pengukuran	:	Persentase										
Numerator	:	Jumlah sampel TCM pasien baru suspek TB yang diperiksa kurang dari 12 jam										
Denominator	:	Jumlah sampel TCM pasien baru suspek TB										
Kriteria Inklusi	:	1. Pasien poliklinik/ rawat jalan 2. Pasien dewasa										
Kriteria Eksklusi	:	1. Pasien yang tidak bisa diperiksa TCM										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah sampel TCM pasien baru suspek TB yang diperiksa} \leq 12 \text{ jam}}{\text{Jumlah sampel TCM pasien baru suspek TB dalam 1 bulan}} \times 100$										
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	:	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>75%</td><td>90%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	75%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	75%	90%								

Nomor IKU	:	2										
Judul IKU	:	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN										
Dasar Pemikiran	:	Program tarnsformasi layanan kesehatan										
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien										
Tujuan	:	Meningkatkan pendapatan non BPJS										
Bobot IKU	:	3%										
Perspektif	:	Pelanggan										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	:	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN tahun berjalan dibanding tahun sebelumnya										
Jenis Indikator	:	Outcome										
Satuan Pengukuran	:	Persentase										
Numerator	:	Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu										
Denominator	:	Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu										
Kriteria Inklusi	:	-										
Kriteria Eksklusi	:	-										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun berjalan} - \text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}}{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi, Retrospektif										
Sumber Data	:	SIMRS										
Instrumen Data	:	E-Rekam Medik										
Besar Sampel	:	Total Sampling										
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling										
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>-</td><td>10%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	10%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	-	10%								

Nomor IKU	:	3														
Judul IKU	:	RSPG mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional														
Dasar Pemikiran	:	Program transformasi layanan kesehatan														
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan														
Tujuan	:	Meningktkan kualitas pelayanan														
Bobot IKU	:	3%														
Perspektif	:	Pelanggan														
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan														
Definisi Operasional	:	Jumlah layanan ungulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN														
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 dan evaluasi kerja sama dengan institusi kesehatan Luar Negeri														
Besar Sampel	:	-														
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling														
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan														
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>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	: 4
Judul IKU	: Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar
Dasar Pemikiran	: Inisiatif Transformasi RSV
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien/ pengguna layanan
Tujuan	: Memberikan kemudahan akses pelayanan
Bobot IKU	: 3%
Perspektif	: Pelanggan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan
Definisi Operasional	: Pemenuhan fasilitas pendukung yang terdiri 4 aspek yaitu fasilitas parkir, ruang tunggu, taman, dan toilet dengan menggunakan skoring KPI inisiatif fasilitas pendukung.
Jenis Indikator	: Output
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Total skor pemenuhan fasilitas (parkir, ruang tunggu, taman, toilet)
Denominator	: Total skor maksimal pemenuhan fasilitas (400)
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	$\frac{\text{Jumlah skor}}{400} \times 100$ <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Fasilitas parkir</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Zonasi parkir untuk pasien, 70% dari kapasitas parkir (Sesuai skor = 20; tidak sesuai skor = 10)</li> <li>Zona untuk rawat jalan : 06.30 – 19.00 (Sesuai skor = 20; tidak sesuai skor = 10)</li> <li>Pembayaran cashless (Sesuai skor = 20; tidak sesuai skor = 10)</li> <li>Pemanfaatan valet parking (Sesuai skor = 20; tidak sesuai skor = 10)</li> <li>Tempat pick up dan drop off yang nyaman (Sesuai skor = 20; tidak sesuai skor = 10)</li> </ol> </li> <li><b>Fasilitas ruang tunggu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Disediakan TV dan sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik (Sesuai skor = 60; tidak sesuai = 30)</li> <li>Tersedia informasi antrian pasien (Sesuai skor = 20; tidak sesuai = 10)</li> </ol> </li> <li><b>Taman</b> Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun di luar Gedung dalam bentuk vertikal (RTH &gt; 30% skor = 100; RTH 20 – 30% skor 75; RTH 10 – 20% skor 50; RTH &lt; 10% skor 25)</li> <li><b>Toilet</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengecekan rutin (Setiap jam) (Sesuai skor = 50; tidak sesuai skor = 25)</li> <li>Tersedia toilet untuk yang berkebutuhan khusus (Sesuai skor = 50; tidak sesuai skor = 25)</li> </ol> </li> </ol>
Metode Pengumpulan Data	: Observasi, Retrospektif

Sumber Data	:	Laporan Tim Kerja TU dan Rumah Tangga, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS				
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	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	80%

Nomor IKU	:	5										
Judul IKU	:	Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit										
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif transformasi RSV										
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien, Tepat waktu										
Perspektif	:	Pelanggan										
Bobot IKU	:	3%										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	:	1. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di poliklinik tujuan.										
Jenis Indikator	:	Outcome										
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	:	- Dengan pemeriksaan penunjang - Multi poli - Pasien tindakan - Obat racikan.										
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	:	Non Probability Sampling										
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>≥ 80%</td><td>80%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	≥ 80%	80%								



Nomor IKU	:	6				
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	:	3%				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan				
Definisi Operasional	:	<ul style="list-style-type: none"><li>Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li><li>Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</li></ul>				
Jenis Indikator	:	Output				
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 rawat jalan reguler				
Kriteria Eksklusi	:	Penundaan jadwal pelayanan akibat pemberi layanan tidak dapat melayani 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	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
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	: 7										
Nama IKU	: Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam)										
Dasar Pemikiran	: Inisiatif transformasi layanan kesehatan										
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu										
Tujuan	: Meningkatkan kepuasan pelanggan dengan merespon keluhan pelanggan secara cepat dan tepat										
Perspektif	: Pelanggan										
Bobot IKU	: 3%										
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan										
Definisi Operasional	: Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit.										
Jenis Indikator	: <i>Output</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah keluhan non medis yang ditangani kurang dari 24 jam										
Denominator	: Jumlah seluruh keluhan non medis										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Jumlah\ keluhan\ non\ medis\ yang\ ditangani\ <\ 24\ jam}{Jumlah\ seluruh\ keluhan\ non\ medis} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Observasi										
Sumber Data	: Laporan Tim Champions/Tim Kerja Hukum dan Humas										
Instrumen Data	: Laporan Keluhan										
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	<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>-</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	100%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	-	100%							

Nomor IKU	:	8										
Judul IKU	:	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama										
Dasar Pemikiran	:	Program Inisiatif transformasi layanan kesehatan RSV										
Dimensi Mutu	:	Adil, Terintegrasi										
Tujuan	:	Meningkatnya kemampuan layanan respirasi dan TB pada RS yang diampu										
Bobot IKU	:	3%										
Perspektif	:	Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru										
Definisi Operasional	:	Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RSPG. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK										
Jenis Indikator	:	Outcome										
Satuan Pengukuran	:	Jumlah										
Numerator	:	-										
Denominator	:	-										
Kriteria Inklusi	:	-										
Kriteria Eksklusi	:	-										
Formula	:	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RSPG										
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 Pengampuan										
Besar Sampel	:	RS yang diampu										
Cara Pengambilan Sampel	:	Sesuai dengan program pengampuan										
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan										
Penyajian Data	:	Teks Laporan										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Tahunan										
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>-</td><td>1 RS</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	1 RS
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	-	1 RS								

Nomor IKU	:	9										
Judul IKU	:	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya										
Dasar Pemikiran	:	Program Inisiatif transformasi layanan kesehatan RSV										
Dimensi Mutu	:	Adil, Terintegrasi										
Tujuan	:	Meningkatnya kemampuan layanan respirasi dan TB pada RS yang diampu										
Bobot IKU	:	3%										
Perspektif	:	Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru										
Definisi Operasional	:	Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RSPG. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK										
Jenis Indikator	:	Outcome										
Satuan Pengukuran	:	Jumlah										
Numerator	:	-										
Denominator	:	-										
Kriteria Inklusi	:	-										
Kriteria Eksklusi	:	-										
Formula	:	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RSPG										
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi										
Sumber Data	:	data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap RS madya, data SDM, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan										
Instrumen Data	:	Ceklist Evaluasi Pengampuan										
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	:	<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>-</td><td>4 RS</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	4 RS
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	-	4 RS								

Nomor IKU	: 10
Judul IKU	: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis
Dasar Pemikiran	: Indikator Kinerja Terpilih sebagai RS khusus/paru (Indikator Klinis)
Dimensi Mutu	: Efektif, Keselamatan Pasien, Efisien, Berorientasi kepada pasien
Tujuan	: Meningkatkan angka kesembuhan pasien TB SO yang diobati di RSPG dan TB RO yang ditemukan diobati
Bobot IKU	: 3%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	<p>Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan respirasi dan Tuberkulosis yaitu keberhasilan pengobatan TB SO dan inisiasi pengobatan TB RO.</p> <p><b>1. Keberhasilan pengobatan TB SO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosis Tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis yaitu tes cepat molecular (TCM) atau pemeriksaan bakteri tahan asam (BTA) tersedia di fasilitas kesehatan.</li> <li>• Pengobatan kombinasi dosis tepat (KDT) atau lepasan ditentukan berdasarkan kondisi pasien masing-masing.</li> <li>• Keberhasilan pengobatan adalah pasien yang memenuhi kriteria sembuh dan pengobatan lengkap.</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• Pasien TB yang dirujuk balik ke fasilitas Kesehatan sebelumnya tidak termasuk dalam perhitungan</li> </ul> <p><b>2. Inisiasi Pengobatan TB RO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angka inisiasi pengobatan: adalah jumlah kasus TB RO yang terdaftar dan memulai pengobatan TB RO di antara jumlah kasus TB RO yang ditemukan</li> <li>• Pasien yang memulai pengobatan TB RO adalah adalah pasien yang telah mendapatkan dosis pertama</li> <li>• Kasus TB RO yang ditemukan adalah kasus TB RO yang terdiagnosis dari hasil TCM dan atau kultur resistensi M.Tb</li> </ul>
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Total kumulatif persentase capaian indikator klinis
Denominator	: Jumlah indikator klinis yang diukur (2)
Kriteria Inklusi	: 1. Keberhasilan Pengobatan TB SO

	<div><div><div>a. Pasien terduga TBC yang diperiksa mikroskopik baik sputum TCM atau BTA atau kultur M.Tb</div><div>b. Pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis dan terdiagnosis klinis</div><div>c. Pasien Tuberkulosis yang memulai pengobatan OAT kombinasi Dosis Tetap/lepasan</div></div><div>2. Inisiasi Pengobatan TB RO</div><div><div>a. Pasien terduga TBC RO yang diperiksa TCM dan atau uji kepekaan (Paru dan Ekstra Paru)</div><div>b. Pasien TBC Ro yang memulai pengobatan OAT lini - 2</div></div></div>										
Kriteria Eksklusi	<div><div>1. Keberhasilan Pengobatan TB SO</div><div><div>a. Pasien TB ekstraparu</div><div>b. Pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan mikroskopik maupun sputum TCM</div><div>c. Pasien yang telah pindah faskes dan atau mangkir</div></div><div>2. Inisiasi Pengobatan TB RO</div><div><div>a. Pasien terdiagnosis TBC RO yang meninggal atau mangkir sebelum memulai pengobatan.</div><div>b. Pasien tidak bisa diobati karena adanya kontra indikasi/Komorbid/penyulit lainnya</div></div></div>										
Formula	<div><div></div><div>:</div><div><div><div><i>Total kumulatif persentase capaian indikator klinis</i></div><div><i>Jumlah indikator klinis yang diukur</i></div></div></div></div>										
Metode Pengumpulan Data	<div><div></div><div>:</div><div>Retrospektif</div></div>										
Sumber Data	<div><div></div><div>:</div><div>Laporan Tim DOTS</div></div>										
Instrumen Data	<div><div></div><div>:</div><div>SITB</div></div>										
Besar Sampel	<div><div></div><div>:</div><div><i>Population sampling</i></div></div>										
Cara Pengambilan Sampel	<div><div></div><div>:</div><div><i>Non Probability Sampling</i></div></div>										
Periode Pengumpulan Data	<div><div></div><div>:</div><div>Triwulan</div></div>										
Penyajian Data	<div><div></div><div>:</div><div>Tabel, Teks</div></div>										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	<div><div></div><div>:</div><div>Triwulan - Tahunan</div></div>										
Penanggung Jawab	<div><div></div><div>:</div><div>Direktur Medik dan Keperawatan</div></div>										
Target	<div><div></div><div>:</div><div><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>-</td><td>80%</td></tr></table></div></div>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	80%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	-	80%							

Nomor IKU	:	11										
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	:	2,5%										
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	:	Outcome										
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	:	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 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>-</td><td>≤ 3%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≤ 3%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	-	≤ 3%								

Nomor IKU	:	12				
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	:	3%				
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	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	10%



Nomor IKU	:	13				
Judul IKU	:	Persentase NDR				
Dasar Pemikiran	:	SPM, IKK turunan				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan				
Bobot IKU	:	3%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan				
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	:	$\frac{\text{Pasien meninggal lebih dari 48 jan setelah dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}} \times 100$				
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	:	14				
Judul IKU	:	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan Respirasi dan Tuberkulosis				
Dasar Pemikiran	:	Indikator Kinerja Kegiatan Direktif				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien				
Tujuan	:	Meningkatkan kualitas pelayanan medis				
Bobot IKU	:	3%				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Hasil pelaksanaan audit medis pada layanan prioritas (respirasi dan TB) yang dilaporkan setiap 6 bulan.				
Jenis Indikator	:	Output				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah				
Numerator	:	-				
Denominator	:	-				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Jumlah laporan hasil audit layanan prioritas (respirasi dan TB) setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Laporan audit medik 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	: 15
Judul IKU	: Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
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	: 3%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	<p>Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan kebersihan tangan (<math>\geq 90\%</math>)</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD (100%)</li> <li>3. Kepatuhan identifikasi pasien (100%)</li> <li>4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi (<math>\geq 80\%</math>)</li> <li>5. Waktu tunggu rawat jalan (<math>\geq 80\%</math>)</li> <li>6. Penundaan operasi elektif (<math>\leq 5\%</math>)</li> <li>7. Kepatuhan waktu visit dokter (<math>\geq 80\%</math>)</li> <li>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%)</li> <li>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (<math>\geq 90\%</math>)</li> <li>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathways) (<math>\geq 85\%</math>)</li> <li>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%)</li> <li>12. Kecepatan waktu tanggap komplain (<math>\geq 80\%</math>)</li> <li>13. Kepuasan pasien (IKM <math>\geq 80\%</math>)</li> </ol>
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Jumlah Laporan
Numerator	: Jumlah INM yang mencapai standar
Denominator	: Jumlah seluruh INM yang dilaporkan per bulan
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: $\frac{\text{Jumlah INM yang mencapai standar}}{\text{Jumlah seluruh INM yang dilaporkan setiap bulan}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Laporan INM dari Aplikasi 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
		-	-	-		100%

Nomor IKU	: 15.1
Judul IKU	: Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcoholbased handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alatalat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Jenis Indikator	: <i>Proses</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator	: Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Kriteria Inklusi	: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Hasil Observasi
Instrumen Data	: Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Besar Sampel	: Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability sampling – Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
Penyajian Data	: Teks, Tabel



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

Nomor IKU	:	15.2
Judul IKU	:	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dasar Pemikiran	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</li> <li>5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD).</li> <li>6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.</li> </ol>
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD</li> <li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li> </ol>
Bobot IKU	:	-
Perspektif	:	Bisnis Internal
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</li> <li>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</li> <li>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</li> <li>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</li> <li>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</li> </ol>
Jenis Indikator	:	<i>Proses</i>
Satuan Pengukuran	:	Persentase
Numerator	:	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator	:	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi



Kriteria Inklusi	:	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD Sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Hasil Observasi				
Instrumen Data	:	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability sampling – Consecutive sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	100%

Nomor IKU	: 15.3
Judul IKU	: Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.</li> <li>3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lainlain.</li> <li>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ol> </li> <li>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	: Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi

Kriteria Inklusi	:	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Hasil Observasi				
Instrumen Data	:	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Non Probability sampling – Consecutive sampling</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	100%

Nomor IKU	: 15.4
Judul IKU	: Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang Undang mengenai Rumah Sakit</li> <li>2. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Tepat waktu, Efektif, Keselamatan
Tujuan	: Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li> <li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li> <li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
Denominator	: Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Kriteria Inklusi	: <p>Seksio sesarea emergensi kategori I</p> <p>Misalnya: fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif.</p>
Kriteria Eksklusi	: -

Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesareaemergensi kategori I (satu) yang mendapatkantindakan seksio sesarea emergensi} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksiosesarea emergensi kategori I}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi				
Instrumen Data	:	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi				
Besar Sampel	:	Total sampel				
Cara Pengambilan Sampel	:	Total sampel				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	80%

Nomor IKU	: 15.5
Judul IKU	: Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit.</li> <li>2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan rencana diagnosis dan pengobatan. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
Tujuan	: Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li> <li>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> </ol> </li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu $\leq 60$ menit
Denominator	: Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Kriteria Inklusi	: Pasien yang berobat di rawat jalan
Kriteria Eksklusi	: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien medical check up, pasien poli gigi</li> <li>b. Pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan</li> <li>c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya</li> </ol>
Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Pasien yang berobat di rawat jalan}} \times 100$

Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan				
Instrumen Data	:	Formulir Waktu Tunggu Rawat jalan				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling/Stratified Random sampling (berdasar poliklinik rawat jalan)</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	80%

Nomor IKU	:	15.6				
Nama IKU	:	Penundaan operasi elektif				
Dasar Pemiliran	:	1. Undang-Undang mengenai Rumah Sakit 2. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.				
Dimensi	:	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien				
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Bobot IKU	:	-				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
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	:	Proses				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam				
Denominator	:	Jumlah pasien operasi elektif				
Kriteria Inklusi	:	Pasien operasi elektif				
Kriteria Eksklusi	:	Penundaan operasi atas indikasi medis				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi				
Instrumen Data	:	Formulir Penundaan Operasi Elektif				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )				
Cara Pengambilan Sampel	:	Probability Sampling – Simple Random Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisa dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	$\leq 3\%$	5%



Nomor IKU	:	15.7				
Judul IKU	:	Kepatuhan waktu visite dokter				
Dasar Pemikiran	:	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit.				
Dimensi Mutu	:	Berorientasi kepada pasien				
Tujuan	:	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00–4.00				
Perspektif	:	Bisnis Internal				
Bobot IKU	:	-				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas				
Definisi Operasional	:	Waktu visit dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya				
Jenis Indikator	:	Proses				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Jumlah pasien yang divisite dokter pada pukul 06.00 - 14.00				
Denominator	:	Jumlah pasien yang diobservasi				
Kriteria Inklusi	:	Visite dokter pada pasien rawat inap				
Kriteria Eksklusi	:	a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite dokter pada pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik				
Instrumen Data	:	Formulir Kepatuhan Waktu Visite Dokter				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)				
Cara pengambilan Sampel	:	Probability Sampling – Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	80%

Nomor IKU	: 15.8
Judul IKU	: Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien.</li> <li>2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Tepat waktu, Keselamatan
Tujuan	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.</li> <li>2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.</li> </ol>
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.</li> <li>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit
Denominator	: Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Kriteria Inklusi	: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: $\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif
Sumber Data	: Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
Instrumen Data	: Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Besar Sampel	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	: Probability Sampling – Simple Random Sampling /Systematic Random Sampling



Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan			
Penyajian Data	:	Teks, Tabel			
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan			
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Target	:	2020	2021	2022	2023
		-	-	-	2024 100%

Nomor IKU	: 15.9
Judul IKU	: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional.</li> <li>2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan.</li> <li>3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien
Tujuan	: Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li> <li>2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator	: Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi
Kriteria Inklusi	: Resep yang dilayani di RS
Kriteria Eksklusi	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur.</li> <li>2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan ekatalog habis/kosong.</li> </ol>
Formula	: $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif
Sumber Data	: Lembar resep di Instalasi Farmasi
Instrumen Data	: Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Besar Sampel	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ol>
Cara Pengambilan	: Probability Sampling – Simple Random Sampling/

Sampel	<i>Systematic random Sampling</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan			
Penyajian Data	:	Teks, Tabel			
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan			
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan			
Target	:	2020	2021	2022	2023
		-	-	-	-
		2024			
		90%			

Nomor IKU	: 15.10
Judul IKU	: Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>clinical pathway</i> )
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran</li> <li>2. Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>.</li> <li>3. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan.</li> <li>4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hipertensi</li> <li>b. Diabetes melitus</li> <li>c. TB</li> <li>d. HIV</li> <li>e. Keganasan</li> </ol> </li> <li>5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Efektif, Integrasi
Tujuan	: Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan(PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</li> <li>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
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	: Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur

Kriteria Eksklusi	:	1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.				
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	:	Data sekunder dari rekam medis pasien				
Instrumen Data	:	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>				
Besar Sampel	:	1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan masing-masing <i>Clinical Pathway</i> )				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan	:	Bulanan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	85%	85%

Nomor IKU	: 15.11
Judul IKU	: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Dasar Pemikiran	: Permenkes mengenai Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	: Keselamatan
Tujuan	: Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Asesment awal risiko jatuh</li> <li>Assesment ulang risiko jatuh</li> <li>Intervensi pencegahan risiko jatuh</li> </ol> </li> <li>Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	: Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
Kriteria Inklusi	: Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh
Kriteria Eksklusi	: Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif
Sumber Data	: Data sekunder menggunakan data dari rekam medis
Instrumen Data	: Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Besar Sampel	: <ol style="list-style-type: none"> <li>Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ol>
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan Unit Pelayanan)
Periode Pengumpulan Data	: Bulanan
Penyajian Data	: Teks, Tabel
Periode Analisis dan	: Bulanan





Pelaporan					
Penanggung Jawab : Direktur Medik dan Keperawatan					
Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	-	100%

Nomor IKU	: 15.12
Nama IKU	: Kecepatan waktu tanggap komplain
Dasar Pemikiran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 bahwa setiap pasien mempunyai mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.</li> <li>2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum menunaikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain.</li> <li>3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan tersebut dalam waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.</li> </ol>
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien
Tujuan	: Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Perspektif	: Proses Bisnis
Bobot IKU	: -
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</li> <li>2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</li> <li>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain- ain.</li> <li>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</li> </ol> </li> </ol>
Jenis Indikator	: Proses
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
Denominator	: Jumlah komplain yang disurvei

Kriteria Inklusi	: Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)					
Kriteria Eksklusi	: -					
Formula	: $\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu berdasarkan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100$					
Metode Pengumpulan Data	: Retrospektif					
Sumber Data	: Data sekunder dari catatan Komplain					
Instrumen Data	: 1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain					
Besar Sampel	: 1. Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )					
Cara Pengambilan Sampel	: Probability Sampling – Simple Random Sampling					
Periode Pengumpulan data	: Bulanan					
Penyajian Data	: Teks, Tabel, Grafik					
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan, Triwulanan, Tahunan					
Penanggung Jawab	: Direktur Medik dan Keperawatan					
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	80%

Nomor IKU	: 15.13
Judul IKU	: Indeks Kepuasan Masyarakat
Dasar Pemikiran	: 1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
Dimensi Mutu	: Berorientasi kepada pasien
Tujuan	: Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Proses Bisnis
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
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 Krejcie dan Morgan. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survei kepuasan pasien meliputi minimal: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana. 7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.
Jenis Indikator	: Outcome
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,
Kriteria Eksklusi	: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/ atau tidak ada keluarga yang mendampingi.

Formula	:	$\frac{\text{Total dari nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang diisi}} \times \text{Nilai penimbang} \times 25$				
Metode Pengumpulan data	:	Survei				
Sumber Data	:	Hasil Survei				
Instrumen Data	:	Kuesioner				
Besar Sampel	:	Menggunakan rumus Morgan dan Krejcie				
Cara Pengambilan Sampel	:	<i>Stratified Random Sampling</i>				
Periode Pengumpulan Data	:	Setiap Bulan				
Penyajian Data	:	Tabel, Grafik				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		80	81	82	≥ 80	≥ 80

Nomor IKU	: 16
Judul IKU	: Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan
Dasar Pemikiran	: Evaluasi Pengukuran/ survei implementasi Budaya Keselamatan Pasien (BKP) memiliki dampak penting pada praktik keselamatan sistem di rumah sakit, berfungsi untuk menilai kondisi suatu organisasi yang mungkin menimbulkan risiko bagi pasien, sekaligus merancang serta mengevaluasi intervensi untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam konteks layanan kesehatan
Dimensi Mutu	: Keselamatan dan fokus pelayanan pasien
Tujuan	: Survei budaya keselamatan dapat digunakan untuk: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien.</li> <li>2. Mengkaji status budaya keselamatan pasien saat ini.</li> <li>3. Mengidentifikasi kekuatan dan area untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.</li> <li>4. Mengevaluasi tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu.</li> <li>5. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien.</li> </ol>
Bobot IKU	: 3%
Perspektif	: Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas
Definisi Operasional	: Keselamatan pasien menurut <i>The Institute of Medicine</i> (IOM) adalah kebebasan dari cedera yang tidak disengaja akibat perawatan medis atau kesalahan medis. <p>Budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.</p> <p>Budaya keselamatan suatu organisasi adalah produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemahiran, manajemen kesehatan dan keselamatan suatu organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas dasar rasa saling percaya, kesamaan persepsi mengenai pentingnya keselamatan, dan keyakinan terhadap efektivitas tindakan pencegahan.</p> <p>Sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien menurut AHRQ (<i>The Agency for Healthcare research and Quality</i>), meliputi dimensi (1). komunikasi tentang kesalahan, (2). keterbukaan komunikasi, (3). serah terima &amp; pertukaran informasi, (4). dukungan manajemen rumah sakit, (5). pelaporan insiden, (6). pembelajaran organisasi &amp; perbaikan berkelanjutan, (7). respon terhadap kesalahan, (8). staffing &amp; kecepatan kerja, (9). supervisor/ manajer/ pimpinan klinis dukungan untuk keselamatan pasien, dan (10). kerja tim.</p>

<p><b>Hasil/ Penilaian Survei BKP dengan kuesioner AHRQ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Respon positif jika jawaban responden sangat setuju/setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata positif dan sangat tidak setuju/tidak setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata negative.</li><li>• Respon negatif jika jawaban responden sangat tidak setuju/tidak setuju untuk item pertanyaan dengan kata-kata positif dan sangat setuju/ setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata negative.</li></ul> <p><b>Kategori hasil survei BKP berdasarkan rata-rata skor positif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Budaya Kuat: <math>\geq 77\%</math>;</li><li>• Budaya Sedang: <math>56\% - 76\%</math>;</li><li>• Budaya Lemah: <math>\leq 55\%</math>.</li></ul>											
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>										
Satuan Pengukuran	: Persentase										
Numerator	: Jumlah/ Score respon/ jawaban responden dengan persepsi positif.										
Denominator	: Jumlah/ Score Total (Respon Positif + Respon Negarif).										
Kriteria Inklusi	: -										
Kriteria Eksklusi	: -										
Formula	: $\frac{Jumlah\ atau\ score\ respon\ positif}{Jumlah\ atau\ score\ total\ (respon\ positif\ dan\ negatif)} \times 100$										
Metode Pengumpulan Data	: Survei										
Sumber Data	: Laporan hasil survei										
Instrumen Data	: Kuesioner										
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responden adalah semua SDM/ staf RSPG baik yang terlibat langsung/ tidak terlibat langsung dengan pelayanan kepada pasien..</li><li>• Jumlah sampel minimal adalah 50% dari seluruh staf yang ada di rumah sakit (rekomendasi: AHRQ), atau</li><li>• Besar sampel berdasarkan tabel sampel Morgan dan Krejcie.</li></ul>										
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>										
Periode Pengumpulan data	: Tahunan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Tahunan										
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>-</td><td>75%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	75%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	-	75%							

Nomor IKU	:	17				
Judul IKU	:	Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal (RSPG) sesuai standar				
Dasar Pemikiran	:	Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Terpenuhinya SPA Di RSPG Cisarua Bogor sesuai standar				
Bobot IKU	:	3%				
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 UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit				
Jenis Indikator	:	Output				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Persen pemenuhan + Persen kalibrasi				
Denominator	:	(Jumlah numerator)				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (di cek dalam ASPAK RSPG Cisarua Bogor)				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Aplikasi ASPAK Kemenkes				
Instrumen Data	:	Aplikasi ASPAK				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	90%



Nomor IKU	: 18
Judul IKU	: Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
Dasar Pemikiran	: Permenkes nomor 54 tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien
Tujuan	: Menjamin tersedianya Alat Kesehatan yang sesuai standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, manfaat, keselamatan, dan laik pakai di RSPG Cisarua Bogor
Bobot IKU	: 3%
Perspektif	: Pertumbuhan dan Pembelajaran
Sasaran Strategis	: Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan
Definisi Operasional	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.</li> <li>2. Kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukkan alat ukur dan/atau bahan ukur.</li> <li>3. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, perkakas, dan/atau implan, reagen in vitro dan kalibratornya, perangkat lunak, bahan atau material yang digunakan tunggal atau kombinasi, untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan, dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh, menghalangi pembuahan, desinfeksi alat kesehatan, dan pengujian in vitro terhadap spesimen dari tubuh manusia, dan dapat mengandung obat yang tidak mencapai kerja utama pada tubuh manusia melalui proses farmakologi, imunologi atau metabolisme untuk dapat membantu fungsi/kinerja yang diinginkan.</li> </ol>
Jenis Indikator	: <i>Output</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Jumlah alat kesehatan yang telah dikalibrasi
Denominator	: Jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi
Kriteria Inklusi	: Alat kesehatan yang dijadwalkan untuk dikalibrasi
Kriteria Eksklusi	: -
Formula	: $\frac{\text{Jumlah seluruh alat kesehatan yang telah dikalibrasi}}{\text{Jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi}} \times 100$
Metode Pengumpulan Data	: Observasi
Sumber Data	: Data alat yang dijadwalkan dikalibrasi di IPSRS
Instrumen Data	: Data alat yang dijadwalkan dikalibrasi
Besar Sampel	: <i>Population sampling</i>
Cara Pengambilan Sampel	: <i>Non Probability Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	: Triwulan



Penyajian Data	:	Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulaan, tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	90%

Nomor IKU	:	19				
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	:	3%				
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, Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur SDMPP				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	5% (1,05)	1,05

Nomor IKU	:	20										
Judul IKU	:	Pertumbuhan peseta didik (praktik/ magang)										
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif transformasi RSV										
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien										
Tujuan	:	Pengembangan Riset di RSPG										
Bobot IKU	:	2,6%										
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	:	$\frac{Jumlah\ peseta\ didik\ (praktik/magang)\ tahun\ berjalan}{Jumlah\ peseta\ didik\ tahun\ sebelumnya}$										
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>-</td><td>1,05</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	1,05
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	-	1,05								

Nomor IKU	:	21				
Judul IKU	:	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas				
Dasar Pemikiran	:	Transformasi Layanan Kesehatan di RS Vertikal				
Dimensi Mutu	:	Efektif				
Tujuan	:	Meningkatnya penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas khususnya respirasi dan TB				
Bobot IKU	:	3%				
Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pembelajaran				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit pendidikan yang didukung SDM yang kompeten				
Definisi Operasional	:	persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Jumlah				
Numerator	:	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas				
Denominator	:	Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas}}{\text{Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas}} \times 100$				
Metode Pengumpulan Data	:	Observasi				
Sumber Data	:	Laporan publikasi penelitian klinis				
Instrumen Data	:	Jurnal, website, buku, buletin, media publikasi lainnya				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non probability sampling				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur SDMPP				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	10%

Nomor IKU	:	22				
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	:	3%				
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	: 23										
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	: 3%										
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 vertical 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	: Outcome										
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	: Population sampling										
Cara Pengambilan Sampel	: Non probability sampling										
Periode Pengumpulan data	: Bulanan										
Penyajian Data	: Tabel, Grafik										
Periode Analisis dan Pelaporan Data	: Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
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>90%</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	90%	100%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	90%	100%							

Nomor IKU	: 24										
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	: 3%										
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	:	25				
Judul IKU	:	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan				
Dasar Pemikiran	:	Inisiatif transformasi layanan RSV				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien, Integrasi				
Tujuan	:	Mendukung digitalisasi pelayanan dan akuntabilitas kinerja				
Bobot IKU	:	3%				
Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pembelajaran				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya digitalisasi pelayanan dan administrasi RS				
Definisi Operasional	:	Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.				
Jenis Indikator	:	Outcome				
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	:	Population Sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	100%	100%

Nomor IKU	: 26										
Judul IKU	: Tingkat maturitas BLU										
Dasar Pemikiran	: 1. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202 tahun 2022 2. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor 11 tahun 2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum										
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien										
Tujuan	: Meningkatkan akuntabilitas kinerja BLU RSPG										
Bobot IKU	: 3%										
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	: 27										
Judul IKU	: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan										
Dasar Pemikiran	: IKK Mandatory										
Tujuan	: Rekomendasi pemeriksaan auditor tuntas ditindaklanjuti										
Bobot IKU	: 3%										
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>95%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	92,5%	95%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	92,5%	95%							

Nomor IKU	:	28														
Judul IKU	:	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik														
Dasar Pemikiran	:	Indikator Kinerja Keuangan														
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien														
Tujuan	:	Meningkatkan kinerja keuangan RSPG Cisarua Bogor														
Bobot IKU	:	3%														
Perspektif	:	Keuangan														
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri														
Definisi Operasional	:	Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran														
Jenis Indikator	:	Outcome														
Satuan Pengukuran	:	Persentase														
Numerator	:	-														
Denominator	:	-														
Kriteria Inklusi	:	-														
Kriteria Eksklusi	:	-														
Formula	:	<div><math display="block">\frac{\text{Persentase Kas Rasio} + \text{Persentase POBO}}{2}</math><ul style="list-style-type: none"><li>• Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100</li><li>• Rasio kas diluar rentang standar ( 180-360) diberikan skor 50</li><li>• Rasio Pobo diatas nilai standar (&gt;65%) diberikan skor 100</li><li>• Rasio Pobo dibawah nilai standar (&lt;65%) diberikan skor 50</li></ul></div>														
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif														
Sumber Data	:	Laporan Keuangan														
Instrumen Data	:	Laporan belanja dan pendapatan														
Besar Sampel	:	Population sampling														
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probablity Sampling														
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan														
Penyajian Data	:	Teks, Tabel														
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan, Tahunan														
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>-</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	100%				
2020	2021	2022	2023	2024												
-	-	-	-	100%												

Nomor IKU	: 28.1
Judul IKU	: POBO
Dasar Pemikiran	: Indikator Kinerja Keuangan
Dimensi Mutu	: Efektif, Efisien
Tujuan	: Mewujudkan pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent dan akuntabel
Bobot IKU	: -
Perspektif	: Keuangan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri
Definisi Operasional	<p><b>Pendapatan PNB</b> merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p><b>Beban Operasional</b> merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNB Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan dan amortisasi.</p>
Jenis Indikator	: <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	: Persentase
Numerator	: Pendapatan
Denominator	: Beban Operasional
Kriteria Inklusi	: -
Kriteria Eksklusi	<p>Kriteria eklusi untuk pendapatan yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendapatan dari APBN</li> <li>2. Pendapatan non fungsional yang disetor ke Negara</li> </ol> <p>Kriteria eklusi untuk Biaya Operasional yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belanja modal baik dari BLU ataupun dari APBN</li> <li>2. Biaya penyusutan</li> </ol>
Formula	: $\frac{\text{Pendapatan}}{\text{Beban operasional}} \times 100\%$
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	: Bulanan



Pengumpulan Data					
Penyajian Data	:	Teks, Tabel			
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulan			
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO			
Target	:	2020	2021	2022	2023
		65%	66%	67%	68%
					2024
					72%

Nomor IKU	:	28.2				
Judul IKU	:	Rasio Kas (Cash Ratio)				
Dasar Pemikiran	:	Indikator Kinerja Keuangan				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Mewujudkan pengelolaan keuangan BLU yang optimal, inovatif, prudent dan akuntabel				
Bobot IKU	:	-				
Perspektif	:	Keuangan				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri				
Definisi Operasional	:	<div>1. Kas adalah uang tunai atau saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan BLU, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak BLU.</div> <div>2. Setara kas (cash equivalent) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat likuid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan tanpa menghadapi risiko perubahan nilai yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. Contoh setara kas antara lain deposito berjangka kurang dari 3 bulan dan cek yang jatuh tempo kurang dari 3 bulan.</div> <div>3. Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.</div>				
Jenis Indikator	:	Outcome				
Satuan Pengukuran	:	Persentase				
Numerator	:	Kas dan Setara Kas				
Denominator	:	Kewajiban Jangka Pendek				
Kriteria Inklusi	:	-				
Kriteria Eksklusi	:	-				
Formula	:	$\frac{Kas\ dan\ Setara\ Kas}{Kewajiban\ Jangka\ Pendek} \times 100\%$				
Metode Pengumpulan Data	:	Retrospektif				
Sumber Data	:	Laporan Keuangan				
Instrumen Data	:	Laporan Kas, Setara Kas, dan kewajiban jangka pendek				
Besar Sampel	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	-	180 – 360%

Nomor IKU	:	29				
Judul IKU	:	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				
Dasar Pemikiran	:	IKK Mandatory				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Meningkatkan pendapatan				
Bobot IKU	:	3%				
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	:	Outcome				
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	:	Population sampling				
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling				
Periode Pengumpulan Data	:	Bulanan				
Penyajian Data	:	Teks, Tabel				
Periode Analisa	:	Triwulan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	90%



Nomor IKU	:	30				
Judul IKU	:	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				
Dasar Pemikiran	:	IKK Mandatory				
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien				
Tujuan	:	Serapan anggaran RM tepat sasaran				
Bobot IKU	:	2,5%				
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 Analisis dan Pelaporan Data	:	Triwulanan, Tahunan				
Penanggung Jawab	:	Direktur PKLO				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	97%	96%

Nomor IKU	:	31										
Judul IKU	:	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU										
Dasar Pemikiran	:	IKK Mandatory										
Dimensi Mutu	:	Efektif, Efisien										
Tujuan	:	Peningkatan kualitas belanja BLU										
Bobot IKU	:	2,5%										
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>90%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	95%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	95%	90%								

Nomor IKU	:	32										
Judul IKU	:	Persentase nilai EBITDA margin										
Dasar Pemikiran	:	Kinerja Keuangan dan Operasional										
Tujuan	:	Meningkatkan Kinerja keuangan dan efisiensi belanja										
Bobot IKU	:	2,5%										
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	:	Outcome										
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	:	Population sampling										
Cara Pengambilan Sampel	:	Non Probability Sampling										
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%								

## PROYEKSI KEUANGAN

### PENDAPATAN RSPG CISARUA BOGOR

URAIAN	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Realisasi	%	Target	%
Unit Rawat Inap	39.485.865	66,16	48.332.362	69,36	72.677.385	78,84	94.925.030	79,35	53.013.813	67,17	60.095.633	71,25	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	20.492.918	25,97	18.471.500	21,90	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	6,86	5.777.615	6,85	5.074.031	4,61
<b>Total</b>	<b>59.679.111</b>	<b>100,00</b>	<b>69.680.522</b>	<b>100,00</b>	<b>92.185.176</b>	<b>100,00</b>	<b>119.627.408</b>	<b>100,00</b>	<b>78.924.477</b>	<b>100,00</b>	<b>84.344.748</b>	<b>100,00</b>	<b>110.000.000</b>	<b>100,00</b>

### KEBUTUHAN ANGGARAN BERDASARKAN SUMBER PENDANAAN (.000)

SUMBER DANA	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	RENCANA	%
<b>RM</b>	<b>57.715.367</b>	<b>45,41</b>	<b>62.099.675</b>	<b>46,65</b>	<b>88.246.243</b>	<b>57,54</b>	<b>84.162.851</b>	<b>52,52</b>	<b>43.300.667</b>	<b>33,45</b>	<b>48.281.663</b>	<b>39,20</b>	<b>29.669.354</b>	<b>21,24</b>
51	20.696.950	35,86	21.612.232	34,80	21.587.155	24,46	22.119.389	26,28	22.150.353	51,15	23.486.904	48,65	22.150.354	74,66
52	21.693.953	37,59	22.966.229	36,98	32.523.599	36,86	21.246.609	25,24	18.455.375	42,62	20.068.305	41,57	7.519.000	25,34
53	15.324.464	26,55	17.521.214	28,21	34.135.489	38,68	40.796.853	48,47	2.694.939	6,22	4.726.453	9,79	-	-
<b>BLU</b>	<b>69.374.739</b>	<b>54,59</b>	<b>71.010.127</b>	<b>53,35</b>	<b>65.122.167</b>	<b>42,46</b>	<b>76.084.570</b>	<b>47,48</b>	<b>86.136.557</b>	<b>66,55</b>	<b>74.879.048</b>	<b>60,80</b>	<b>110.000.000</b>	<b>78,76</b>
52	55.619.913	80,17	58.439.118	82,30	61.569.863	94,55	70.639.600	92,84	66.932.778	77,71	72.581.701	96,93	108.602.698	98,73
53	13.754.826	19,83	12.571.009	17,70	3.552.303	5,45	5.444.971	7,16	19.203.780	22,29	2.297.347	3,07	1.397.302	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>127.090.106</b>	<b>100,00</b>	<b>133.109.801</b>	<b>100,00</b>	<b>153.368.410</b>	<b>100,00</b>	<b>160.247.421</b>	<b>100,00</b>	<b>129.437.225</b>	<b>100,00</b>	<b>123.160.711</b>	<b>100,00</b>	<b>139.669.354</b>	<b>100,00</b>

### KEBUTUHAN ANGGARAN BERDASARKAN BELANJA (.000)

BELANJA	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	REALISASI	%	RENCANA	%
<b>51</b>	<b>20.696.950</b>	<b>100,00</b>	<b>21.612.232</b>	<b>100,00</b>	<b>21.587.155</b>	<b>100,00</b>	<b>22.119.389</b>	<b>100,00</b>	<b>22.150.353</b>	<b>100,00</b>	<b>23.486.904</b>	<b>100,00</b>	<b>30.486.712</b>	<b>100,00</b>
<b>RM</b>	<b>20.696.950</b>	<b>100,00</b>	<b>21.612.232</b>	<b>100,00</b>	<b>21.587.155</b>	<b>100,00</b>	<b>22.119.389</b>	<b>100,00</b>	<b>22.150.353</b>	<b>100,00</b>	<b>23.486.904</b>	<b>100,00</b>	<b>22.150.354</b>	<b>100,00</b>
<b>52</b>	<b>77.313.866</b>	<b>100,00</b>	<b>81.405.347</b>	<b>100,00</b>	<b>94.093.463</b>	<b>100</b>	<b>91.886.208</b>	<b>100,00</b>	<b>85.388.152</b>	<b>100,00</b>	<b>92.650.007</b>	<b>100,00</b>	<b>116.121.698</b>	<b>100,00</b>
<b>RM</b>	<b>21.693.953</b>	<b>28,06</b>	<b>22.966.229</b>	<b>28,21</b>	<b>32.523.599</b>	<b>34,57</b>	<b>21.246.609</b>	<b>23,12</b>	<b>18.455.375</b>	<b>21,61</b>	<b>20.068.305</b>	<b>21,66</b>	<b>7.519.000</b>	<b>6,48</b>
<b>BLU</b>	<b>55.619.913</b>	<b>71,94</b>	<b>58.439.118</b>	<b>71,79</b>	<b>61.569.863</b>	<b>65,43</b>	<b>70.639.600</b>	<b>76,88</b>	<b>66.932.778</b>	<b>78,39</b>	<b>72.581.701</b>	<b>78,34</b>	<b>108.602.698</b>	<b>93,52</b>
<b>53</b>	<b>29.079.290</b>	<b>100,00</b>	<b>30.092.222</b>	<b>100,00</b>	<b>37.687.792</b>	<b>100,00</b>	<b>46.241.823</b>	<b>100,00</b>	<b>21.898.719</b>	<b>100,00</b>	<b>7.023.800</b>	<b>100,00</b>	<b>1.397.302</b>	<b>100,00</b>
<b>RM</b>	<b>15.324.464</b>	<b>52,70</b>	<b>17.521.214</b>	<b>58,23</b>	<b>34.135.489</b>	<b>90,57</b>	<b>40.796.853</b>	<b>88,23</b>	<b>2.694.939</b>	<b>12,31</b>	<b>4.726.453</b>	<b>67,29</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>BLU</b>	<b>13.754.826</b>	<b>47,30</b>	<b>12.571.009</b>	<b>41,77</b>	<b>3.552.303</b>	<b>9,43</b>	<b>5.444.971</b>	<b>11,77</b>	<b>19.203.780</b>	<b>87,69</b>	<b>2.297.347</b>	<b>32,71</b>	<b>1.397.302</b>	<b>100,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>127.090.106</b>	<b>100,00</b>	<b>133.109.801</b>	<b>100,00</b>	<b>153.368.410</b>	<b>100,00</b>	<b>160.247.421</b>	<b>100,00</b>	<b>129.437.224</b>	<b>100,00</b>	<b>123.160.710</b>	<b>100,00</b>	<b>148.005.712</b>	<b>100,00</b>
51	20.696.950	16,29	21.612.232	16,24	21.587.155	14,08	22.119.389	13,80	22.150.353	17,11	23.486.904	19,07	30.486.712	20,60
52	77.313.866	60,83	81.405.347	61,16	94.093.463	61,35	91.886.208	57,34	85.388.152	65,97	92.650.007	75,23	116.121.698	78,46
53	29.079.290	22,88	30.092.222	22,61	37.687.792	24,57	46.241.823	28,86	21.898.719	16,92	7.023.800	5,70	1.397.302	0,94

## 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
<b>Perspektif Pelanggan</b>			
1.	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Persentase layanan one stop service pasien baru kasus TB	Registrasi sampel TCM terlambat
		Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	Menurunnya pelayanan di poliklinik eksekutif
		RSPG mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Hambatan dalam komunikasi dengan institusi kesehatan Luar Negeri
		Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	Pengunjung kesulitan mendapatkan tempat parkir
			Toilet licin dan kurang bersih
			Pengunjung menumpuk di ruang tunggu
			Tanaman di taman kurang rapi
		Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	Terlambatnya waktu pelayanan di rawat jalan
		Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
		Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam)	Keluhan non medis tidak tersampaikan
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>			
2.	Terwujudnya kemampuan pengampunan pelayanan TB Paru	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	Kemampuan RS yang dibina untuk penyediaan SDM dan SPA tidak optimal
		Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	Kemampuan RS yang dibina untuk penyediaan SDM dan SPA tidak optimal
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB
			Suspek TB MDR tidak kontrol pada kunjungan kedua
		Persentase kematian pasca pembedahan toraks di ICU	Kompleksitas/ keparahan penyakit bedah toraks
		Kejadian drop out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik
		Persentase NDR	Kurang tersedianya sarpras dan SDM untuk menangani pasien kritis non paru
		Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan Respirasi dan Tuberkulosis	Laporan audit medis terlambat
		Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	Fasilitas handsrub tidak siap pakai
			Penggunaan APD tidak tepat
			Identitas pasien tertukar
			Petugas operasi terlambat di luar jam kerja
			Jam pelayanan poliklinik terlambat

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
			Waktu operasi yang memanjang
			DPJP tidak visite karena ada tugas lain
			Hasil pemeriksaan laboratorium terlambat
			Obat fornas tidak tersedia
			Pasien dengan diagnosa komplek/ ada penyulit
			Identifikasi risiko jatuh tidak berjalan
			Keterlambatan identifikasi komplain
			Sampel data survei IKM tidak refresentatif
		Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	Tingkat partisipasi survei budaya keselamatan rendah
<b>Perspesktif Pertumbuhan dan Pembelajaran</b>			
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
		Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	Terlambatnya kalibrasi alat kesehatan
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
		Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas	Minat penelitian yang kurang
6.	Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Modernisasi pengelolaan BLU (Penerapan aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	Keterlambatan integrasi SIMRS dengan BIOS
		Pelaksanaan SISROUTE	Rendahnya penggunaan aplikasi SISROUTE pada rujukan pasien
		Persentase pelayanan	Kurangnya minat pasien

No.	Sasaran Strategis	KPI/Kegiatan	Risiko
		pendaftaran online	terhadap pendafatran online
		Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan.	Data tidak tersimpan/ kehilangan data pada RME
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 tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Penyelesaian rekomendasi BPK terlambat
<b>Perspektif Keuangan</b>			
8.	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	Tingginya belanja operasional
			Penyelesaian kewajiban jangka pendek terlambat
		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.

1. Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi maka patokan yang digunakan sebagai berikut:
  - a. Kemungkinan risiko “Hampir Pasti Terjadi” (Skor : 5)
    - Peristiwa selalu terjadi hampir pada setiap kondisi
    - Persentase > 90% dalam 1 periode
  - b. Kemungkinan risiko “Sering Terjadi” (Skor : 4)
    - Peristiwa sangat mungkin terjadi pada sebagian kondisi
    - Persentase > 50-90% kegiatan dalam 1 periode



- c. Kemungkinan risiko “Kadang Terjadi” (Skor 3)
  - Peristiwa kadang-kadang bisa terjadi
  - Persentase > 30-50%
- d. Kemungkinan risiko “Jarang Terjadi” (Skor 2)
  - Peristiwa diharapkan tidak terjadi
  - Persentase > 10-30%
- e. Kemungkinan risiko “Hampir Tidak Terjadi” (Skor 1)
  - Peristiwa hanya akan timbul pada kondisi yang luar biasa
  - Persentase > 0-10%

2. Untuk menentukan besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis RSPG Cisarua digunakan patokan sebagai berikut:

- a. 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	Registrasi sampel TCM terlambat	4,0	2,0	Sedang
		Menurunnya pelayanan di poliklinik eksekutif	3,0	3,0	Sedang
		Hambatan dalam komunikasi dengan institusi kesehatan Luar Negeri	3,0	4,0	Tinggi

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
		Pengunjung kesulitan mendapatkan tempat parkir	2,0	4,0	Sedang
		Toilet licin dan kurang bersih	3,0	4,0	Tinggi
		Pengunjung menumpuk di ruang tunggu	4,0	3,0	Tinggi
		Tanaman di taman kurang rapi	3,0	2,0	Sedang
		Terlambatnya waktu pelayanan di rawat jalan	4,0	4,0	Sangat Tinggi
		Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter	2,0	4,0	Sedang
		Keluhan non medis tidak tersampaikan	3,0	3,0	Sedang
2.	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru	Kemampuan RS yang dibina untuk penyediaan SDM dan SPA tidak optimal	4,0	5,0	Sangat Tinggi
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB	3,0	4,0	Tinggi
		Suspek TB MDR tidak kontrol pada kunjungan kedua	3,0	4,0	Tinggi
		Kompleksitas/ keparahan penyakit bedah toraks	3,0	5,0	Sangat Tinggi
		Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik	3,0	3,0	Sedang
		Kurang tersedianya sarpras dan SDM untuk menangani pasien kritis non paru	3,0	4,0	Tinggi
		Laporan audit medis terlambat	3,0	3,0	Sedang
		Fasilitas handsrub tidak siap pakai	2,0	4,0	Sedang
		Penggunaan APD tidak tepat	2,0	4,0	Sedang
		Identitas pasien tertukar	2,0	5,0	Sedang
		Petugas operasi terlambat di luar jam kerja	2,0	5,0	Sedang
		Jam pelayanan poliklinik terlambat	3,0	4,0	Tinggi
		Waktu operasi yang memanjang	3,0	4,0	Tinggi
		DPJP tidak visite karena ada tugas lain	2,0	3,0	Sedang

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
		Hasil pemeriksaan laboratorium terlambat	2,0	4,0	Sedang
		Obat fornasi tidak tersedia	3,0	4,0	Tinggi
		Pasien dengan diagnosa komplek/ ada penyulit	3,0	5,0	Sangat Tinggi
		Identifikasi risiko jatuh tidak berjalan	2,0	5,0	Tinggi
		Keterlambatan identifikasi komplain	2,0	4,0	Sedang
		Sampel data survei IKM tidak representatif	3,0	3,0	Sedang
		Tingkat partisipasi survei budaya keselamatan rendah	3,0	3,0	Sedang
4.	Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Pemenuhan alat produksi dalam negeri kurang	3,0	4,0	Tinggi
		Terlambatnya kalibrasi alat kesehatan	2,0	4,0	Sedang
5.	Terwujudnya RSPG Menjadi Rumah sakit Pendidikan yang didukung SDM yang kompeten	Kompetensi Pengajar/ Pendidik/ Instruktur belum terpenuhi	3	4	Tinggi
		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	2,0	4,0	Sedang
		Rendahnya penggunaan aplikasi SISROUTE pada rujukan pasien	4,0	2,0	Sedang
		Kurangnya minat pasien terhadap pendaftaran online	3,0	2,0	Sedang
		Data tidak tersimpan/ kehilangan data pada Rekam Medik Elektronik	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
		Penyelesaian rekomendasi BPK terlambat	2,0	5,0	Tinggi
8.	Terwujudnya Efektifitas dan	Tingginya belanja operasional	4,0	3,0	Tinggi

No.	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Status Risiko
	Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Penyelesaian kewajiban jangka pendek terlambat	2,0	4,0	Sedang
		Terlambatnya pembayaran piutang	3,0	4,0	Tinggi
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana RM tidak efisien	3,0	4,0	Tinggi
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana BLU tidak efisien	3,0	3,0	Sedang
		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	Pengampu
<b>Perspektif Pelanggan</b>					
1.	Terwujudnya peningkatan akses pelayanan yang berorientasi pelanggan	Registrasi sampel TCM terlambat	Sedang	Perbaikan prosedur layanan pemeriksaan TCM	Manajer Tim Kerja Penunjang
		Menurunnya pelayanan di poliklinik eksekutif	Sedang	Penjadwalan layanan poliklinik eksekutif	Manajer Tim Kerja Medik
		Hambatan dalam komunikasi dengan institusi kesehatan Luar Negeri	Tinggi	Menjalin komunikasi yang baik dengan institusi kesehatan LN yang sudah bekerja sama dengan RSPG	Tim Kerja Medik, Tim Kerja Penunjang, Tim Kerja Diklat, Tim Kerja Hukum dan Humas
		Pengunjung kesulitan mendapatkan tempat parkir	Sedang	Optimalisasi petugas parkir dalam mengatur arus kendaraan yang masuk	Manajer Tim Kerja TU dan Rumah Tangga

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi	Pengampu
		Toilet licin dan kurang bersih	Tinggi	Perbaikan prosedur pemeliharaan toilet	Kepala Instalasi Kesling dan K3RS
		Pengunjung menumpuk di ruang tunggu	Tinggi	Pengaturan ketertiban pengunjung	Manajer Tim Kerja TU dan Rumah Tangga
		Tanaman di taman kurang rapi	Sedang	Pemeliharaan dan permajaan tanaman	Kepala Instalasi Kesling dan K3RS
		Terlambatnya waktu pelayanan di rawat jalan	Sangat Tinggi	Penetapan jadwal poliklinik dan monev	Manajer Tim Kerja Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Ketidaktepatan pelayanan sesuai jadwal dokter	Sedang	Perbaikan prosedur pelayanan poliklinik	Manajer Tim Kerja Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Keluhan non medis tidak tersampaikan	Sedang	Perbaikan fasilitas aduan masyarakat	Manajer Tim Kerja Hukum dan Humas
Perspektif Proses Bisnis					
2.	Terwujudnya kemampuan pengampuan pelayanan TB Paru	Kemampuan RS yang dibina untuk penyediaan SDM dan SPA tidak optimal	Sangat Tinggi	Mendorong RSUD yang diampu untuk mengoptimalkan sarpras yang tersedia	Tim Pengampuan Respirasi dan TB
3.	Terwujudnya peningkatan pelayanan komprehensif paru dan bedah toraks yang berkualitas	Masih terjadi pasien <i>drop out</i> dari terapi TB	Tinggi	Mengoptimalkan PMO dan Jejaring Eksternal	Manajer Tim Kerja Medik, Manajer Tim Kerja Perawatan
		Suspek TB MDR tidak kontrol pada kunjungan kedua	Tinggi	Perbaikan prosedur pelayanan TB MDR Kasus Baru	Manajer Tim Kerja Medik, Manajer Tim Kerja Perawatan
		Kompleksitas/ keparahan penyakit bedah toraks	Sangat Tinggi	Optimalkan persiapan pasien pra operasi bedah toraks	Manajer Tim Kerja Medik, Manajer Tim Kerja Perawatan, Instalasi Bedah Sentral, Inst. Rawat Intensif
		Kejenuhan pasien terhadap program rehabilitasi Medik	Sedang	Edukasi yang efektif ke pasien terkait program rehabilitasi	Manajer Tim Kerja Penunjang, Instalasi Rehab Medik

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi	Pengampu
		Kurang tersedianya sarpras dan SDM untuk menangani pasien kritis non paru	Tinggi	Peningkatan kompetensi SDM	Manajer Medik, Manajer Keperawatan, Manajer Diklat
		Laporan audit medis terlambat	Sedang	Penjadwalan dan pelaksanaan audit medis sesuai	Komite Medik
		Fasilitas handsrub tidak siap pakai	Sedang	Monitoring dan evaluasi serta rekomendasi ketersediaan fasilitas handsrub	Komite PPI dan PPRS
		Penggunaan APD tidak tepat	Sedang	Monitoring dan evaluasi serta survei penggunaan APD	Komite PPI dan PPRS
		Identitas pasien tertukar	Sedang	Suvei kepatuhan identifikasi pasien	Komite Mutu RS
		Petugas operasi terlambat di luar jam kerja	Sedang	Perbaikan prosedur layanan operasi SC Cito	Manajer Tim Kerja Medik, Kepala IBS
		Jam pelayanan poliklinik terlambat	Tinggi	Penetapan jam pelayanan poliklinik, Monev kepatuhan	Manajer Tim Kerja Keperawatan, Instalasi Rawat Jalan
		Waktu operasi yang memanjang	Tinggi	Perbaikan prosedur pelayanan operasi elektif	Manajer Tim Kerja Keperawatan, Instalasi Bedah Sentral
		DPJP tidak visite karena ada tugas lain	Sedang	Perbaikan prosedur pelayanan visite DPJP	Manajer Tim Kerja Keperawatan, Instalasi Rawat Inap
		Hasil pemeriksaan laboratorium terlambat	Sedang	Perbaikan prosedur pemeriksaan laboratorium	Manajer Tim Kerja Penunjang, Instalasi Laboratorium
		Obat fornas tidak tersedia	Tinggi	Monev ketersediaan obat fornas	Tim Kerja Penunjang, Instalasi Farmasi
		Pasien dengan diagnosa komplek/ ada penyulit	Sangat Tinggi	Perbaikan prosedur/ penetapan clinical pathway	Komite Medik
		Identifikasi risiko jatuh	Tinggi	Perbaikan prosedur pelayanan pasien	Manajer Tim Kerja

No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi	Pengampu
		tidak berjalan		dengan risiko jatuh	Keperawatan, Instalasi Rawat Inap
		Keterlambatan identifikasi komplain	Sedang	Perbaikan prosedur manajemen komplain	Manajer Tim Kerja Hukum dan Humas
		Sampel data survei IKM tidak refresentatif	Sedang	Perbaikan prosedur survei IKM	Manajer Tim Kerja Hukum dan Humas
		Tingkat partisipasi survei budaya keselamatan rendah	Sedang	Mendorong partisipasi karyawan dalam survei budaya keselamatan pasien	Komite Mutu
Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran					
4.	Terwujudnya pengembangan sarana dan prasarana dalam rangka peningkatan pelayanan	Pemenuhan alat produksi dalam negeri kurang	Tinggi	Standarisasi/ penetapan kebijakan penggunaan alat produksi dalam negeri	IPSRS
		Terlambatnya kalibrasi alat kesehatan	Sedang	Penjadwalan diawal tahun untuk kalibrasi melalui MoU dengan BPFK	IPSRS
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 PPSDM dan atau institusi resmi yang bergerak dalam hal tersebut	Manajer Tim Kerja Diklat
		Keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan	Sedang	Prioritas pengalokasian anggaran pemenuhan sarpras pendidikan	Manajer Tim Kerja Diklat
		Minat penelitian yang kurang	Sedang	Memberikan reward kepada peneliti yang telah mempublikasikan penelitiannya	Manajer Tim Kerja Penelitian
6.	Terwujudnya Digitalisasi Pelayanan dan Administrasi RS	Keterlambatan integrasi SIMRS dengan BIOS	Sedang	Update SIMRS	Manajer Tim Kerja PPAE, Kepala Instalasi SIMRS
		Rendahnya penggunaan aplikasi SISROUTE pada rujukan pasien	Sedang	Optimalisasi rujukan melalui SISROUTE	Manajer Tim Kerja Keperawatan, Kepala IGD
		Kurangnya minat	Sedang	Sosialisasi pendaftan online di	Instalasi Rekam Medis



No	Sasaran Strategis	Risiko	Tingkat Risiko	Program Mitigasi	Pengampu
		pasien terhadap pendaftaran online		RSPG	
		Data tidak tersimpan/kehilangan data pada RME	Tinggi	Pemeliharaan jaringan komputer dan internet	Instalasi SIMRS
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	Manajer Tim Kerja PPAE
		Penyelesaian rekomendasi BPK terlambat	Tinggi	Pemberian Tanggapan atas resume audit dilakukan seoptimal dan semaksimal mungkin,	SPI
<b>Perspektif Keuangan</b>					
8.	Terwujudnya Efektifitas dan Efisiensi anggaran menuju BLU yang mandiri	Tingginya belanja operasional	Tinggi	Efisiensi belanja operasional	Manajer Tim Kerja Akuntansi dan BMN
		Penyelesaian kewajiban jangka pendek terlambat	Sedang	Penyelesaian kewajiban jangka pendek tepat waktu	Manajer Tim Kerja Akuntansi dan BMN
		Terlambatnya pembayaran piutang	Tinggi	Penagihan secara periodik dan menjalin hubungan dengan para penjamin	Manajer Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan, Instalasi Verifikasi dan Penjaminan
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana RM tidak efisien	Tinggi	Pengkajian harga setiap usulan kegiatan belanja RM	ULP
		Pelaksanaan anggaran bersumber dana BLU tidak efisien	Sedang	Pengkajian harga setiap usulan kegiatan belanja BLU	ULP
		Tingginya beban usaha	Tinggi	Melakukan evaluasi dan monitoring terhadap kegiatan belanja dan pedapatan melalui MKKO	Manajer Tim Kerja Akuntansi dan BMN

## D. Peta Risiko

### PETA RISIKO

