



RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020-2024 REVISI 1

PUSAT KANKER NASIONAL RS KANKER DHARMAIS

Pusat Kanker Nasional
Rumah Sakit Kanker Dharmais
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jl. Letjen S. Parman Kav 84-86 Jakarta Barat
(021) 5681570, dharmais@dharmais.co.id



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



**LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI
RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) PUSAT KANKER NASIONAL
RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS
TAHUN 2020 – 2024
REVISI 1**

Disahkan Oleh:
**DIREKSI PUSAT KANKER NASIONAL
RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS**

Direktur Utama,



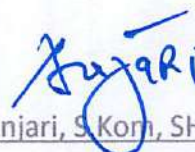
dr. R. Soeko W. Nindito D., MARS
NIP 196712212002121002

Plt.Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan
dan Penunjang;



dr. Reni Wigati, Sp.A(K)
NIP 198109122014122003

Plt.Direktur Perencanaan, Organisasi dan
Umum;



Anjari, S.Kom, SH, MARS
NIP 197511132005011006

Plt.Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian;



drg. Ina Torisia Hatang, MARS
NIP 197307132002122005

Direktur Keuangan dan BMN;



Nugroho Tam Tomo, SE, M.Kes
NIP 197009191992031002

**PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS
RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS
REVISI 1**

Dalam rangka mewujudkan rumah sakit yang efektif, transparan, dan akuntabel serta berorientasi pada hasil (*outcome*), kami yang bertandatangan di bawah ini selaku Dewan Pengawas Pusat Kanker Nasional Rumah sakit Kanker Dharmais Jakarta menyetujui Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 – 2024 yang telah disusun.

Ketua,



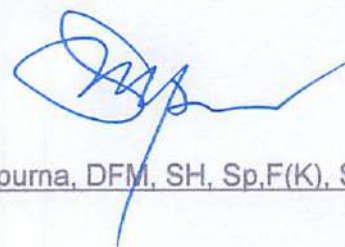
Dr. Dra. Lucia Rizka Andalucia, Apt, M.Pharm, MARS

Anggota,



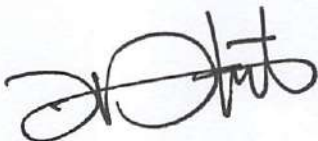
dr. Ario Djatmiko, Sp.B.Onk

Anggota,



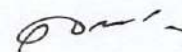
Prof. dr. Budi Sampurna, DFM, SH, Sp.F(K), Sp.K.P

Anggota,



Didyk Choירוel

Anggota,



Suminto

KATA PENGANTAR

Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) merupakan penjabaran dari tujuan strategis dan misi serta langkah-langkah strategis untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan. Rencana Strategis Bisnis (RSB) menggambarkan keputusan organisasi tentang arah dan prioritas strategis organisasi yang diperlukan agar mampu mencapai target kinerja yang berkelanjutan.

RS. Kanker Dharmais sebagai organisasi publik sangat membutuhkan Rencana Strategis Bisnis mengingat :

1. Lingkungan eksternal RS. Kanker Dharmais (RSKD) cenderung berubah setiap saat (tuntutan stakeholders inti RSKD dapat berubah setiap saat serta tuntutan tersebut dapat menjadi saling berlawanan antar stakeholders).
2. Lingkungan internal RSKD sebagai akibat dari butir 1) di atas dapat mempengaruhi kemampuan RSKD dalam melaksanakan tujuan strategis dan misi yang sudah ditetapkan.
3. RSKD mempunyai keterbatasan sumber daya (SDM, finansial dan non finansial/sarana dan prasarana).

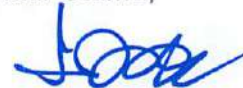
Menindaklanjuti pentingnya RSB yang mengakomodasi perkembangan dan perubahan lingkungan eksternal serta kondisi internal RSKD maka dokumen RSB merupakan perencanaan yang memuat arah dan kebijakan untuk lima tahun ke depan (tahun 2020-2024).

Dalam dokumen ini dituangkan beberapa pokok materi penyusunan RSB yang meliputi : tujuan strategis dan misi, analisis situasi, penyusunan peta strategi, penetapan *key performance indicators* (KPI), perumusan program strategis, perumusan aspek manajemen risiko, proyeksi finansial, dan pengesahannya.

Semoga dokumen Rencana Strategis Bisnis RS. Kanker Dharmais ini dapat dijadikan acuan bagi seluruh unit kerja dalam membuat perencanaan dan penyelenggaraan kegiatannya sesuai tugas dan fungsi yang dimilikinya.

Jakarta, Januari 2023

Direktur Utama,



dr. R. Soeko W. Nindito D., MARS
NIP 196712212002121002

RINGKASAN EKSEKUTIF

Rumah Sakit Kanker Dharmais merupakan salah satu UPT Kementerian Kesehatan RI dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU). RS Kanker Dharmais juga ditunjuk sebagai Pusat Kanker Nasional dengan peran: 1) fungsi pelayanan kesehatan kanker komprehensif, 2) Pusat Pendidikan dan Informasi Kanker Nasional, dan 3) Pusat Data dan Riset Kanker Nasional. Sejalan dengan Renstra Kementerian Kesehatan, visi (tujuan strategis) RS Kanker Dharmais 2024 adalah “**Menjadi *Caring & Smart National Cancer Center***”. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RS Kanker Dharmais 2020-2024 adalah:

1. Memperkuat peran sebagai pusat data & informasi kanker, termasuk pusat pelatihan, registrasi kanker
2. Mengembangkan layanan unggulan yang terukur sesuai *best practice* (menahan pasien berbayar untuk berobat ke LN).
3. Mengembangkan inovasi layanan
4. Meningkatkan keandalan dan kapasitas layanan sarana dan prasarana (peremajaan, pengembangan)
5. Menyempurnakan proses bisnis layanan (*lean* dan efisien) dengan tetap memperhatikan mutu dan keselamatan pasien
6. Mengembangkan dan memperkuat pendidikan dan penelitian yang mendukung layanan (termasuk: menambah jumlah peserta didik dokter, perawat dan farmasi, *translational research*, proses bisnis penelitian)
7. Mengembangkan SMART dan *Green Hospital*
8. Memperbaiki sistem manajemen kinerja yang objektif, kompetitif dan terpadu
9. Meningkatkan kompetensi dan komitmen SDM
10. Meningkatkan pendapatan RS (terutama dari non-BPJS)

Dalam rangka menjawab tantangan strategis tersebut, RSB RS Kanker Dharmais telah menetapkan inisiatif strategis dan sasaran strategis 2020-2024 sebagai berikut:

1. Penguatan *Stakeholder Engagement*
 - Mewujudkan *Stakeholder Engagement*
 - Mewujudkan *Customer Experience*
 - Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
2. Penguatan *cost-leadership*
 - Mewujudkan Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi

- Mewujudkan sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien
3. Penguatan misi nasional
 - Mewujudkan *Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring*
 - Mewujudkan jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional
 4. Pengembangan inovasi & layanan unggulan
 - Mewujudkan inovasi produk layanan RS (*core & non-core business*)
 - Mewujudkan peningkatan layanan unggulan RS
 - Mewujudkan sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat
 5. Penguatan mutu kelembagaan Organisasi
 - Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif
 - Mewujudkan sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif
 - Memperkuat tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
 - Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan
 6. Penguatan SDM dan Sarpras
 - Mewujudkan budaya Kinerja
 - Mewujudkan sistem ICT yang terintegrasi dan *user-friendly*
 - Mewujudkan sarana dan prasarana yang Andal dan efisien
 - Mewujudkan pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM
 - Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
 7. Penguatan kemandirian BLU dan finansial
 - Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran
 - Mewujudkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
 - Terwujudnya kemandirian BLU

Kanker merupakan salah satu masalah kesehatan nasional dengan jumlah kasus yang meningkat setiap tahunnya. Periode 2020-2024 merupakan fase penting bagi pengembangan RS Kanker Dharmais. Dengan bantuan *Islamic Development Bank*, hingga tahun 2024 akan dibangun gedung ***Mother and Child Cancer Center*** (Tower-C) yang berada di Kompleks RS Kanker Dharmais. Dengan dibangunnya Tower-C ini dengan kapasitas 18 lantai dengan 3 basement diharapkan semakin memantapkan peran RS Kanker Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional dan juga sebagai Pusat Rujukan Rumah Sakit Kanker di Indonesia.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI	ii
PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS	iii
Kata Pengantar	iv
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
BAB I PENDAHULUAN	1
I. 1. RESUME RENSTRA KEMENTERIAN KESEHATAN 2020-2024	1
I.2 VISI DAN MISI RS KANKER DHARMAIS	2
I.3 TUJUAN RSB	3
BAB II ANALISIS DAN STRATEGI.....	6
II.1 EVALUASI KINERJA BLU	6
II.2 ANALISIS SWOT & TOWS.....	9
II.3 INISIATIF STRATEGIS	12
BAB III RENSTRA BISNIS 5 TAHUN.....	14
BAB IV PENUTUP	29
LAMPIRAN A – Harapan Stakeholder Inti.....	vii
LAMPIRAN B – Tabel Indikator Kinerja Utama	ix
LAMPIRAN C – Tabel Target Indikator Kinerja Utama.....	xii
LAMPIRAN D – Kamus Indikator Kinerja Utama.....	xx
LAMPIRAN E – Analisis Risiko	lxxxiv
LAMPIRAN F – Estimasi Pendapatan PNPB Tahun 2020-2024.....	xciii
LAMPIRAN G – Estimasi Anggaran Operasional Tahun 2020-2024	xciv

BAB I PENDAHULUAN



I. 1. RESUME RENSTRA KEMENTERIAN KESEHATAN 2020-2024

Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 disusun sebagai upaya berkesinambungan dalam pembangunan kesehatan Indonesia sesuai dengan UU no 17/2007 dan RPJP Nasional 2005-2025, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk itu, Kementerian Kesehatan telah menetapkan visi 2024 yakni “Mewujudkan Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, disebutkan visi Kementerian Kesehatan yakni “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”.

Visi yang besar ini sejalan dengan Misi Presiden RI dalam bidang kesehatan tahun 2020-2024, yang diturunkan menjadi lima Tujuan Strategis yaitu:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

Khusus terkait dengan tujuan strategis penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, sasaran strategis yang telah ditetapkan adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan, dengan strategi:

1. Peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan
2. Penyempurnaan standar pelayanan kesehatan
3. Pemanfaatan inovasi teknologi dalam pelayanan kesehatan
4. Perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan *telemedicine*, digitalisasi rekam medis dan rekam medis *online*, dll
5. Penguatan kemampuan RS Khusus

Kementerian Kesehatan berkomitmen melakukan transformasi kesehatan yang mencakup 6 jenis transformasi, seperti: transformasi Layanan Primer, Layanan Rujukan, Sistem Ketahanan Kesehatan, Sistem Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Teknologi Kesehatan. Sebagai pilar kedua dalam transformasi kesehatan Indonesia, transformasi layanan rujukan memiliki fokus untuk melakukan peningkatan dalam hal kualitas serta pemerataan layanan kesehatan di seluruh pelosok yang ada di Indonesia.

Adapun dalam penerapannya, hal yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan melakukan peningkatan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier antara lain dengan melakukan jejaring dengan 6 layanan unggulan, dan melakukan kemitraan dengan “*World’s Top Healthcare Centers*”.

Menteri Kesehatan RI berharap transformasi sistem kesehatan mampu meningkatkan layanan kesehatan yang nantinya dapat berimplikasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya Transformasi Kesehatan dimulai dengan menjalin sinergi dengan seluruh stakeholder terkait termasuk dengan melibatkan masyarakat. Transformasi Kesehatan dapat menjadi gerakan bersama yang tidak hanya dikerjakan pemerintah. Dalam hal ini termasuk pemerintah dan organisasi profesi kesehatan diharapkan dapat berkolaborasi dengan baik.

I.2 VISI DAN MISI RS KANKER DHARMAIS

Sebagai RS UPT Vertikal di bawah Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan yang khusus menangani kanker, RS Kanker Dharmais berperan dalam mewujudkan Sasaran Strategis terkait peningkatan ketersediaan dan mutu fasyakes rujukan. Selain itu, RS Kanker Dharmais juga merupakan Pusat Kanker Nasional yang harus mampu berperan optimal sebagai: 1) fungsi pelayanan kesehatan kanker komprehensif, 2) Pusat Pendidikan dan Informasi Kanker Nasional, dan 3) Pusat Data dan Riset Kanker Nasional.

Visi RS Kanker Dharmais 2024

“Menjadi *Caring & Smart National Cancer Center*”

Misi RS Kanker Dharmais:

- Memberikan pelayanan kanker komprehensif berbasis bukti terkini, *Good Clinical Governance*, *Patient Safety* dan *Patient Care Center*.

- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan di bidang kanker.
- Menyelenggarakan penelitian di bidang kanker yang dapat diterapkan dalam pelayanan.
- Menyelenggarakan registrasi kanker berbasis rumah sakit dan berbasis populasi sebagai Pusat Data Beban Kanker Nasional.

Tata Nilai

Rumusan Tata Nilai RS Kanker Dharmais adalah **ProcareCS**

- **Professional**
- **Care**
- **Continuous Improvement**
- **Synergy**

I.3 TUJUAN RSB

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 pada BAB III disebutkan bahwa RS Kanker Dharmais merupakan RS pengampu untuk layanan unggulan kanker di seluruh provinsi. Target RS Kanker Dharmais sebagai rumah sakit pengampu nasional sampai dengan tahun 2024 yaitu 15 RS stratifikasi Paripurna, 39 RS stratifikasi utama, dan 282 RS stratifikasi Madya.

Kanker merupakan salah satu masalah kesehatan nasional dengan jumlah kasus yang meningkat setiap tahunnya. Data menunjukkan bahwa kanker pada usia anak sebanyak 4.6% dan pada wanita 66.6% **Mother and Child Cancer Center** (Tower-C) yang berada di Kompleks RS Kanker Dharmais. Dengan dibangunnya Tower-C ini dengan kapasitas 18 lantai dan 3 lantai *basement* diharapkan semakin memantapkan peran RS Kanker Dharmais sebagai Pusat Kanker Nasional dan juga sebagai Pusat Rujukan Rumah Sakit Kanker di Indonesia, dengan fungsi spesifik:

- Melaksanakan pelayanan di bidang kanker secara komprehensif dengan pendekatan multidisiplin.
- Melaksanakan kegiatan penelitian di bidang kanker, baik penelitian dasar, epidemiologi, penelitian klinis, dan penelitian pre-klinis.
- Melaksanakan penelitian translasional.
- Menjadi pusat pendidikan dan pelatihan berbasis teknologi terkini di bidang kanker.
- Menyelenggarakan registrasi kanker berbasis rumah sakit, berbasis komunitas dan pusat data beban kanker nasional.

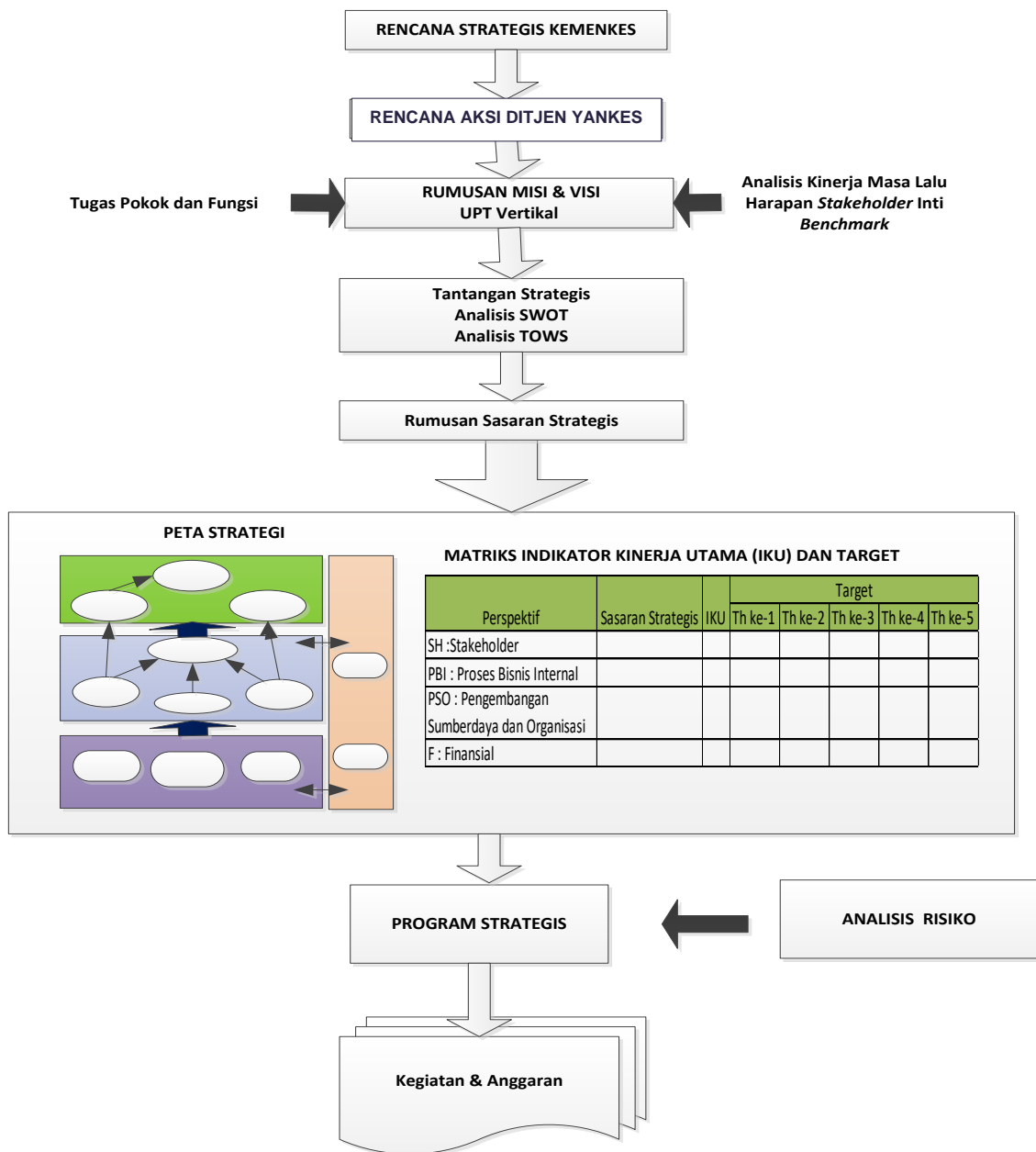
- Menjadi center of evidence based medicine di bidang kanker.
- Menjadi center of excellent di bidang cancer prevention

Oleh karena itu, program strategis RS Kanker Dharmais 2020-2024 harus terintegrasi dengan pembangunan Tower-C ini.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan salah satu perangkat strategis yang memandu dan mengendalikan fokus dan arah gerakan serangkaian prioritas RS Kanker Dharmais 2020-2024. Buku RSB PKN RS Kanker Dharmais 2020-2024 ini disusun dengan tujuan sebagai:

- Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama lima periode 2020-2024 yang sejalan dengan Arahan dan Rencana Aksi Program Ditjen Pelayanan Kesehatan
- Pedoman strategis dalam penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RS Kanker Dharmais
- Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RS Kanker Dharmais dan dalam pencapaian Tujuan Strategis RS Kanker Dharmais yang telah ditetapkan
- Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para stakeholder inti RS Kanker Dharmais.

Secara umum, sistematika penyusunan RSB RS Kanker Dharmais tertuang pada Gambar 1.1. Proses penyusunan RSB melibatkan semua manajemen puncak dan berbagai *stakeholder* inti RS Kanker Dharmais (internal dan eksternal).



Gambar 1.1. Sistematika Penyusunan RSB

BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

II.1 EVALUASI KINERJA BLU

Tabel 2.1 memuat capaian kinerja RS Kanker Dharmais dalam tiga tahun terakhir berdasarkan KPI yang telah ditetapkan dalam RSB 2016-2020. Secara keseluruhan, hampir semua target KPI tercapai, kecuali: tingkat pertumbuhan pendapatan, tingkat kepuasan pasien, % dokter yang menjadi dokter klinik, dan indeks budaya kinerja. Capaian beberapa indikator kinerja lain terkait aspek pelayanan pada 2016-2018 dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Profil pasien RS Kanker Dharmais pada periode 2015 – 2019 didominasi oleh pengunjung lama sebanyak 96% dan pengunjung baru sebanyak 4%. Hal ini dikarenakan pasien kanker harus berobat serial untuk kontrol dan dilakukan terapi berulang. Jumlah kunjungan rawat jalan RS Kanker Dharmais mendominasi sebesar 99% dimana 1% sisanya merupakan kunjungan paliatif. Jumlah kunjungan pada IGD RS Kanker Dharmais mencapai 20% dari komposisi rawat jalan dimana kondisi idealnya seharusnya hanya 10%. Komposisi pelayanan rawat inap RS Kanker Dharmais tahun 2015-2019 didominasi oleh rawat inap jenis perawatan biasa mencapai 95%, sedangkan sisanya (5%) merupakan rawat inap jenis perawatan khusus, seperti ICU, HCU, dan PICU. Komposisi pelayanan rawat bedah RS Kanker Dharmais tahun 2015-2019 didominasi oleh pelayanan bedah khusus yang mencapai 85%, diikuti oleh pelayanan bedah sedang (8%), bedah besar (4%), dan bedah kecil (4%). Komposisi pelayanan penunjang medis RS Kanker Dharmais tahun 2015-2019 terdiri dari delapan layanan dengan layanan patologi klinik yang paling banyak melayani pasien mencapai 61 %, diikuti oleh layanan bank darah (15.7%), layanan radio terapi (7.4%), layanan radio diagnostik (6%), layanan prosedur diagnostik (4.2%), layanan rehabilitasi medik (3.9%), layanan patologi anatomi (2.1%), dan layanan deteksi dini kanker (0.1%).

Indikator kinerja utama terkait aspek keuangan pada RS Kanker Dharmais periode tahun 2017-2019 adalah POBO dan tingkat pertumbuhan pendapatan. Dalam tiga tahun terakhir, pencapaian indikator POBO selalu di atas target. Namun, capaian untuk indikator tingkat pertumbuhan pendapatan tahun 2019 di atas target KPI.

Tabel 2.1. Realisasi terhadap Target Indikator Kinerja Utama RSB RS Kanker Dharmais 2017-2019

Indikator Kinerja Utama	2017		2018		2019	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
POBO	83	90.10	86	89.75	89	125.21
Tingkat pertumbuhan pendapatan	16	14.62	17	16.55	18	45
Tingkat kesehatan BLU	AA	AA	AA	AA	AA	AA
Tingkat kepuasan pasien	84	82.66%	85	92.42	86	88.39%
Tingkat kepuasan peserta didik	82	87.50	84	95.90	86	97%
RS terakreditasi Nasional & Internasional	KARS	100%	KARS (Int)	100%	KARS (Int)	93%
	ISO/QQU	100%	ISO/QQU	100%	ISO/QQU	
Angka survival kanker payudara	70	99%	75	83	80	73%
Angka survival kanker serviks	65	98%	70	87	75	77%
% capaian indikator medik onkologi	83	98%	84	98.70	85	95%
Tingkat kesadaran masyarakat terhadap pelayanan onkologi	75	98%	80	97.67	85	93%
Jumlah rekomendasi untuk kebijakan penanggulangan kanker nasional	1	1	1	5	1	1
Jumlah layanan kanker unggulan yang komprehensif	1	1	1	1	1	1
Jumlah modul onkologi yang diterapkan dalam pendidikan	4	10	6	6	8	4
% dokter yang menjadi dosen klinik	70	NA	80	60	90	81.40%
Jumlah publikasi internasional	1	2	1	2	1	5
Jumlah <i>Translational Research</i>	1	6	NA	2	1	18
Jumlah kemitraan strategis luar negeri yang berjalan	1	3	1	6	1	8
% rujukan yang tepat	30	98.36	35	98	40	97.93%
Jumlah RS yang diampu	7	14	9	14	11	54
Cakupan RS registrasi kanker nasional (yang ada MOU aktif)	25	180	50	180	75	78
Jumlah proyek lean management yang diterapkan	4	4	4	4	4	4
% unit yang menjalankan PDSA	50	50	75	80	90	98%
Indeks Budaya Kinerja	67	62.76%	69	100	71	81%
Rata-rata indeks kinerja individu	1.00	1.1%	1.05	1.05	1.1	1.10
% Staf yang memiliki kompetensi sesuai dengan <i>job desc</i>	60	67.27%	65	95.36	70	97%
Tingkat keandalan sarana dan prasarana	70	100%	75	90.67	80	90%
<i>Employee Opinion Survey</i>	70	25%	75	100	80	84.19%
Level integrasi IT	<i>Integrated 1</i>	<i>Integrated 1</i>	<i>Integrated 2</i>	<i>Integrated 2</i>	<i>Advanced 1</i>	<i>Advanced 1</i>

Tabel 2.2 Kinerja Aspek Pelayanan

No	Indikator Kinerja	2016	2017	2018
1	Kunjungan Rawat Jalan	152.140	153.451	146.369
2	Kunjungan Rawat Paliatif	1.021	1.007	1.217
3	Kunjungan IGD	34.962	41.471	44.368
4	Rawat Inap Biasa	89.436	92.530	92.722
5	Rawat Inap Khusus	5.596	4.503	4.511
5	Tindakan Bedah	3.813	2.906	3.283
6	Tindakan Penunjang Medis	810.827	834.940	875.635
7	Mutu layanan Rawat Inap			
a	BOR	76.63%	68.03%	71.37%
b	LOS	7.2	6.7	6.9

Dengan mempertimbangkan capaian kinerja RS Kanker Dharmais yang lalu dan harapan stakeholder di masa mendatang, rumusan tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RS Kanker Dharmais 2020-2024 adalah:

1. Memperkuat peran sebagai pusat data & informasi kanker, termasuk pusat pelatihan, registrasi kanker
2. Mengembangkan layanan unggulan yang terukur sesuai *best practice* (menahan pasien membayar untuk berobat ke LN).
3. Mengembangkan inovasi layanan
4. Meningkatkan keandalan dan kapasitas layanan sarana dan prasarana (peremajaan, pengembangan)
5. Menyempurnakan proses bisnis layanan (*lean* dan efisien) dengan tetap memperhatikan mutu dan keselamatan pasien
6. Mengembangkan dan memperkuat pendidikan dan penelitian yang mendukung layanan (termasuk: menambah jumlah peserta didik dokter, perawat dan farmasi, *translational research*, proses bisnis penelitian)
7. Mengembangkan SMART dan *Green Hospital*
8. Memperbaiki sistem manajemen kinerja yang objektif, kompetitif dan terpadu
9. Meningkatkan kompetensi dan komitmen SDM
10. Meningkatkan pendapatan RS (terutama dari non-BPJS)

II.2 ANALISIS SWOT & TOWS

Tabel 2.3 Kekuatan

NO	KEKUATAN	BOBOT (%)	RATING (1 sd 5)	SKOR
1	Pusat rujukan kanker nasional	15	5	0.75
2	SDM medik subspecialistik	15	4	0.6
3	Fasilitas pelayanan kanker terlengkap di Indonesia	15	4	0.6
4	Memiliki layanan subspecialis	15	4	0.6
5	Memiliki jejaring internasional	15	4	0.6
6	Lokasi strategis	10	4	0.4
7	Sudah terakreditasi internasional	15	5	0.75
Jumlah		100		4.30

Tabel 2.4 Kelemahan

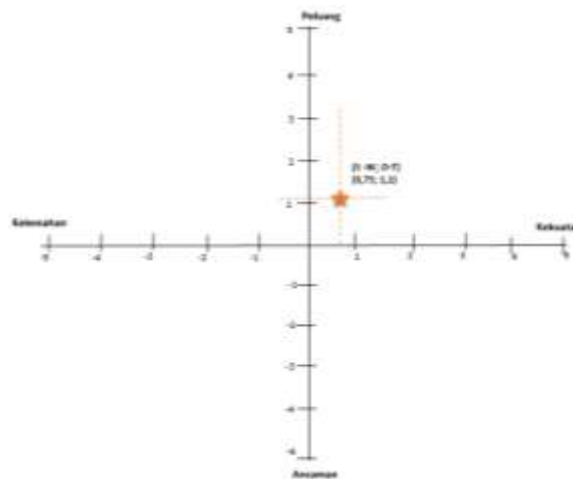
NO	KELEMAHAN	BOBOT (%)	RATING (-5 sd -1)	SKOR
1	Layanan masih terbatas pada jam kerja	15	-4	-0.6
2	Lahan terbatas untuk pengembangan RS	15	-4	-0.6
3	Masih lemahnya budaya kerja, kerja tim dan budaya berkinerja	25	-4	-1
4	Belum optimalnya sistem manajemen kinerja	15	-3	-0.45
5	Belum optimalnya peran RSKD sebagai pusat data nasional	15	-3	-0.45
6	Proses rujuk balik tidak berjalan optimal	15	-3	-0.45
Jumlah		100		-3.55

Tabel 2.5 Peluang

NO	PELUANG	BOBOT (%)	RATING (1 sd 5)	SKOR
1	Angka penderita kanker semakin meningkat	15	4	0.6
2	Pendanaan melalui skema P3	15	4	0.6
3	Peluang market pasien menengah ke atas	10	4	0.4
4	Kerjasama dengan RS jejaring	10	5	0.5
5	Kemajuan teknologi dalam pelayanan <i>advanced cancer</i>	15	4	0.6
6	Kerjasama riset dan pendidikan (nasional dan internasional)	10	4	0.4
7	Kerjasama dengan supplier	10	5	0.5
8	Kemajuan ICT	15	4	0.6
Jumlah		100		4.2

Tabel 2.6 Ancaman

NO	ANCAMAN	BOBOT (%)	RATING (-5 sd -1)	SKOR
1	Kebijakan pemerintah terkait single tarif dll	15	-4	-0.6
2	Meningkatnya kompetitor (termasuk NCC luar negeri)	15	-3	-0.45
3	Risiko keamanan data	10	-3	-0.3
4	Banyaknya pengobatan alternatif	15	-4	-0.6
5	Turn over SDM (Daya tarik institusi lain)	10	-3	-0.3
6	Keterikatan dengan vendor (untuk maintenance, dll)	15	-3	-0.45
7	Tarif transportasi ke LN yang lebih murah	10	-2	-0.2
8	Kebijakan pemerintah terkait akses transportasi di Jakarta	10	-2	-0.2
Jumlah		100		-3.10



Gambar 2.1 Posisi RS Kanker Dharmais dalam Diagram Kartesius Analisis SWOT





Dari Gambar 2.1 terlihat bahwa RS Kanker Dharmais berada pada Kuadran I (*Strength – Opportunity*). Oleh karena itu, tema utama dan pilihan prioritas strategis dalam 2020-2024 adalah ***stable growth*** yakni **mengupayakan pertumbuhan bisnis (dengan menggapai peluang yang ada) dengan sekaligus melakukan penguatan mutu kelembagaan organisasi RS Kanker Dharmais**”.

Analisis TOWS merupakan salah satu tools untuk mendapatkan pilihan strategi eksekusi dan program kerja, dengan menggali empat pilihan:

- (i) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity* (SO)
- (ii) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat* (ST)
- (iii) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu (WO)
- (iv) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu (WT)

Hasil analisis TOWS dapat dilihat pada Tabel 2.7, yang akan diturunkan menjadi sasaran strategis, inisiatif strategis atau program kerja strategis.

Tabel 2.7 Analisis TOWS

<h1>TOWS Matrix</h1>	<p>Strengths</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusat rujukan kanker nasional 2. SDM medic subspecialistik 3. Fasilitas pelayanan kanker terlengkap di Indonesia 4. Memiliki layanan subspecialistik 5. Memiliki jejaring internasional 6. Lokasi strategis 7. Sudah terakreditasi internasional 	<p>Weakness</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan masih terbatas pada jam kerja 2. Lahan terbatas untuk pengembangan RS 3. Masih lemahnya budaya kerja, kerja tim dan budaya berkinerja 4. Belum optimalnya system manajemen kinerja 5. Belum optimalnya peran RSKD sebagai pusat data nasional 6. Proses rujuk balik tidak berjalan optimal 7. Belum optimalnya pengembangan teknologi tata laksana kanker
<p>Opportunities</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Angka penderita kanker semakin meningkat 2. Pendanaan melalui skema P3 3. Peluang market pasien menengah ke atas 4. Kerjasama dengan RS jejaring 5. Kemajuan teknologi dalam pelayanan advanced cancer 6. Kerjasama riset dan pendidikan (nasional dan internasional) 7. Kerjasama dengan supplier 8. Kerjasama ICT 9. Adanya skema pembiayaan PPP/LN 	<p>SO Strategies (Advancement)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan layanan unggulan RS 2. Penguatan inovasi produk layanan 3. Optimalisasi Sistem Pemasaran yang efektif 4. Pengembangan Sistem Penanganan Kanker Komprehensif dan Terintegrasi 5. Peningkatan efisiensi layanan (sesuai CP) 6. Pengembangan ICT yang terintegrasi 7. Peningkatan pendapatann RS 8. Pengembangan jejaring layanan kanker 	<p>WO Strategies (Overcome Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguatan peran sebagai Pusat data nasional (Cancer Registry) 2. Penguatan budaya 3. Pengembangan sarana dan prasarana 4. Penguatan Sistem Manajemen Kinerja yang professional dan kompetitif 5. Pengembangan kemampuan/ ketrampilan SDM untuk mengikuti pengembangan teknologi tata laksana kanker 6. Penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik 7. Peningkatan akses mutu pelayanan rujukan terintegrasi 8. Penyediaan sistem clean data pelayanan kesehatan terintegrasi
<p>Threats</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan pemerintah terkait single tariff dan pembatasan otoritas pengelolaan SDM 2. Meningkatnyakompetitor 3. Keamanan data 4. Banyaknya pengobatan alternative, termasuk melalui media kesehatan 5. Torn over SDM (daya tarik institusi lain) 6. Keterkaitan dengan vendor 7. Tariff transportasi ke LN yang lebih murah 8. Kebijakan pemerintah terkait akses transportasi di Jakarta 	<p>ST Strategies (Avoid Threats)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan system deteksi dini dan terapi cepat dan tepat 2. Penguatan inovasi produk layanan 3. Penguatan customer experience 4. Penguatan kendali mutu dan kendali biaya 	<p>WT Strategies (Avoid Overcome)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguatan Stakeholder engagement 2. Penguatan customer experience 3. Penguatan kemandirian BLU

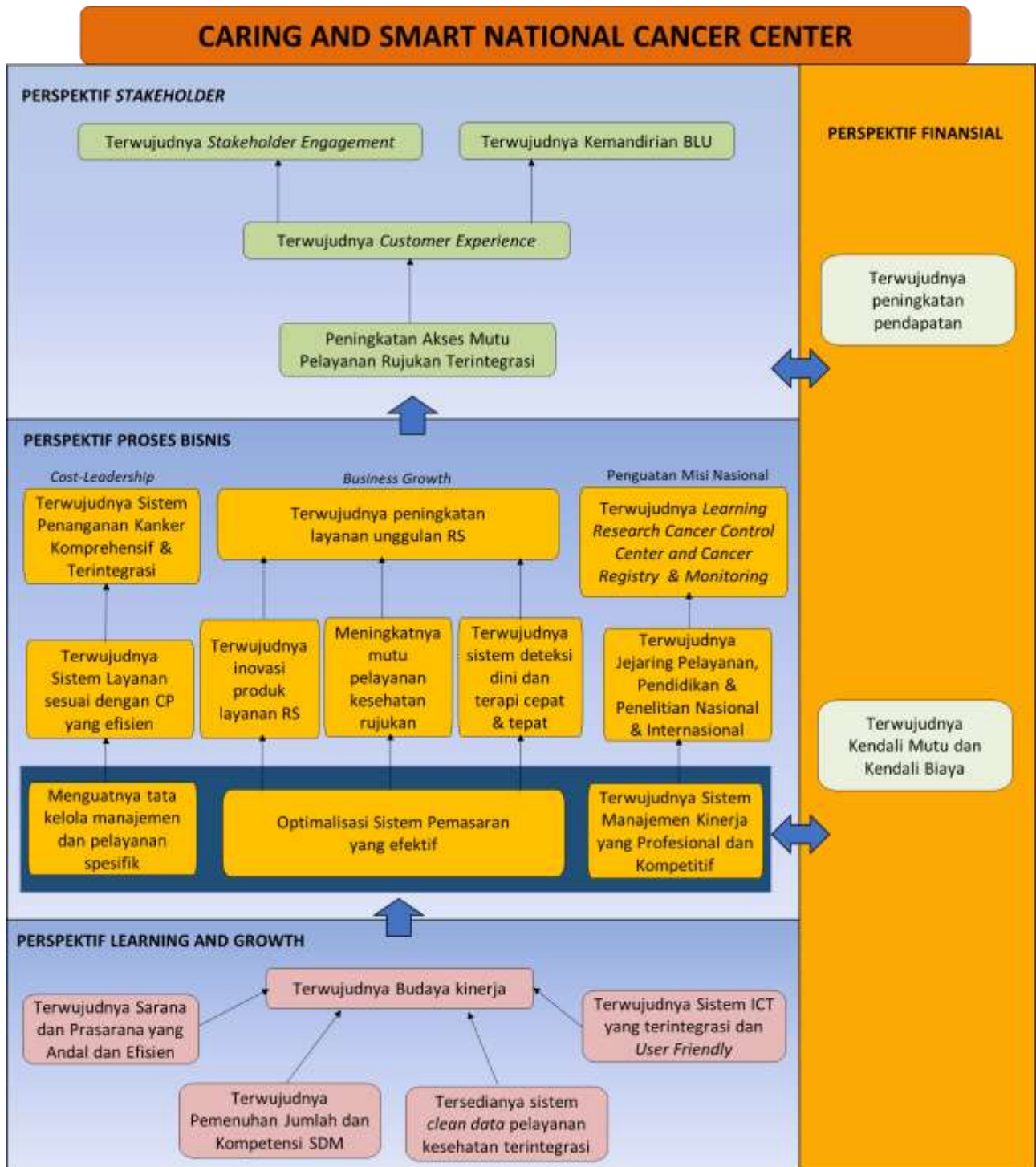
II.3 INISIATIF STRATEGIS

Peta strategi menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial, yang disusun dan diadaptasi dari pendekatan *the Balanced Scorecard*. Peta strategi RS Kanker Dharmais periode tahun 2020 – 2024 disusun atas 19 (sembilan belas) sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan hasil rumusan tantangan strategis, penurunan tujuan strategis, dan analisa TOWS yang disajikan pada Gambar 2.2.

Dari peta strategi tersebut dapat diturunkan inisiatif strategis RS Kanker Dharmais periode 2020-2024 yang merangkai beberapa sasaran strategis sebagai berikut:

1. Penguatan *Stakeholder Engagement*
 - Mewujudkan *Stakeholder Engagement*
 - Mewujudkan *Customer Experience*
 - Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
2. Penguatan *cost-leadership*
 - Mewujudkan Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi
 - Mewujudkan sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien
3. Penguatan misi nasional
 - Mewujudkan *Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring*
 - Mewujudkan jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional
4. Pengembangan inovasi & layanan unggulan
 - Mewujudkan inovasi produk layanan RS (*core & non-core business*)
 - Mewujudkan peningkatan layanan unggulan RS
 - Mewujudkan sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat
5. Penguatan mutu kelembagaan Organisasi
 - Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif
 - Mewujudkan sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif
 - Menguatkan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
 - Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan
6. Penguatan SDM dan Sarpras
 - Mewujudkan budaya Kinerja
 - Mewujudkan sistem ICT yang terintegrasi dan *user-friendly*
 - Mewujudkan sarana dan prasarana yang Andal dan efisien
 - Mewujudkan pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM

- Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi
7. Penguatan kemandirian BLU dan finansial
- Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran
 - Mewujudkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
 - Terwujudnya kemandirian BLU



Gambar 2.2 Peta Strategi RS KANKER DHARMAIS 2020-2024

BAB III RENSTRA BISNIS 5 TAHUN

Inisiatif Strategis 1: Penguatan *Stakeholder Engagement*

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>	Pengembangan sistem penilaian kinerja (remunerasi)	Pengembangan pola dan jenjang karier pegawai	Pengembangan kompetensi SDM	Perbaikan sistem kerja pegawai	Perbaikan sistem reward and konsekuensi
		<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 85%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 87%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 89%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 91%</i>	<i>Employee Opinion Survey (EOS) = 93%</i>
		Pembangunan zona integritas	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan indeks integritas (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)
		Indeks integritas institusi ≥ 90	Indeks integritas institusi ≥ 90	Indeks integritas institusi ≥ 90	Indeks integritas institusi ≥ 90	Indeks integritas institusi ≥ 90
		-	-	-	Tindak lanjut terhadap rekomendasi pemeriksaan BPK	Tindak lanjut terhadap rekomendasi pemeriksaan BPK
		-	-	-	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti = 92.5%	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti = 92.5%
		Persiapan akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Pre-survey akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Survey akreditasi internasional; Sertifikasi ISO unit terpilih	Survey akreditasi Paripurna, Sertifikasi ISO unit terpilih	Sertifikasi ISO unit terpilih
		Sertifikasi ISO 1 unit	Sertifikasi ISO 2 unit	Accredited; Sertifikasi ISO 3 unit	Akreditasi Paripurna & Sertifikasi ISO 4 unit	Sertifikasi ISO 5 unit
2	Mewujudkan <i>Customer Experience</i>	-	-	-	perbaikan fasilitas pendukung (parkir)	Perbaikan fasilitas pendukung
		-	-	-	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar = 65%	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar = 70%

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	Survey tentang kepuasan pasien	Survey tentang kepuasan pasien
		-	-	-	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan = 85%	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan = 85%
		-	-	-	Survey kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan di RSKD	Survey kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan di RSKD
		-	-	-	Indeks Kepuasan Masyarakat = >80	Indeks Kepuasan Masyarakat = >80
	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring	Standarisasi Pelayanan; Perbaikan Kesenambungan Tatalaksana Kanker; Penguatan Latila; Pemberdayaan Faskes Perujuk & Jejaring
		Angka survival 5 tahun = 46%	Angka survival 5 tahun = 56%	Angka survival 5 tahun = 60%	Angka survival 5 tahun = 55%	Angka survival 5 tahun = 57%
		-	-	-	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien rawat jalan	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien rawat jalan
		-	-	-	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang = 70%	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang = 70%
		-	-	-	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien operasi	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien operasi
		-	-	-	Persentase penundaan waktu operasi elektif = 5%	Persentase penundaan waktu operasi elektif = 5%

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
					Melakukan pengukuran ketepatan waktu pelayanan dokter	Melakukan pengukuran ketepatan waktu pelayanan dokter
					Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik = 70%	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik = 70%
					Melakukan pengukuran ketepatan waktu visite dokter	Melakukan pengukuran ketepatan waktu visite dokter
					Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI = 80%	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI = 80%

Inisiatif Strategis 2: Penguatan *Cost-leadership*

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1.	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	Penyempurnaan sistem pendataan pasien baru; Penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>	Analisis dan penyempurnaan <i>Patient Management Time</i>
		<i>Patient Management Time</i> = NA	<i>Patient Management Time</i> = 60%	<i>Patient Management Time</i> = 70%	<i>Patient Management Time</i> = 80%	<i>Patient Management Time</i> = 95%
2.	Mewujudkan sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	-	-	-	Penerapan standar klinis menggunakan clinical pathway	Penerapan standar klinis menggunakan clinical pathway
		-	-	-	Kepatuhan clinical pathway setiap Kelompok Staf Medik = ≥80%	Kepatuhan clinical pathway setiap Kelompok Staf Medik = ≥80%
		-	-	-	Menghitung capaian	Menghitung capaian

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
					indikator klinis layanan kanker	indikator klinis layanan kanker
		-	-	-	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker = 80%	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker = 80%

Inisiatif Strategis 3: Penguatan misi nasional

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring	Perbaikan manajemen data PBCR; Pembuatan sistem follow-up; Penguatan kualitas data melalui kerjasama dengan perhimpunan	Pembuatan sistem IT yang terintegrasi; Pembuatan sistem pelaporan data kematian; Pembuatan SOP Sosialisasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi	Manajemen data (Pengambilan, analisis, laporan); Implementasi; Monitoring dan Evaluasi
		Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 1	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 3	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 6	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 10	Jumlah wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5 = 14
		Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi	Penambahan kurikulum pelatihan bidang onkologi
		Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 12	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 14	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar BPSDM = 16	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan = 18	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan = 20
		Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran	Peningkatan jumlah cakupan PKS pendidikan kedokteran dan non kedokteran
		Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=11	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=12	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=13	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=14	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran=15

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
2	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	Identifikasi jejaring; Penyusunan SOP; Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan	Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 14 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 14 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 14 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 195 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 195 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi	Pelaksanaan pembinaan ke 336 RS rujukan; Pendampingan pembinaan 336 RS rujukan ke rumah sakit lainnya; Monitoring dan evaluasi
		Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 3	Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 6	Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 9	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 196	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker = 336
		Pengembangan pohon penelitian bersama; Pembiayaan penelitian multi-center	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring	Pembiayaan penelitian multi-center; Evaluasi dan monitoring
		Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2	Jumlah penelitian baru multi-center = 2
		-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM sesuai strata paripurna	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM sesuai strata paripurna
		-	-	-	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna = 1	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna = 1
		-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSU Pendidikan dengan layanan kanker strata utama	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSU Pendidikan dengan layanan kanker strata utama
		-	-	-	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
					melaksanakan layanan kanker minimal strata utama = 1	melaksanakan layanan kanker minimal strata utama = 1
		-	-	-	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSUD dengan layanan kanker strata utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	Membuat rekomendasi pemenuhan kebutuhan layanan sarpras, alat, dan SDM untuk RSUD dengan layanan kanker strata utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan
		-	-	-	Jumlah RSUD yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan = 1	Jumlah RSUD yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan = 1
3.	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE	Implementasi SISRUITE
		Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Inisiatif Strategis 4: Pengembangan Inovasi dan Layanan Unggulan

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (core & non-core business)	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut	Sosialisasi dan penerapan Inovasi Pelayanan di 4 Direktorat+Dirut
		Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5	Jumlah layanan inovasi baru RS = 5

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
2	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler dan Imunoterapi	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler dan Imunoterapi	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler dan Imunoterapi	Pengembangan Layanan Pemeriksaan Biologi Molekuler dan Imunoterapi
		Jumlah produk penelitian baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	Jumlah produk penelitian baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	Jumlah produk penelitian baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	Jumlah produk penelitian baru RSKD yang siap dipasarkan = 1	Jumlah produk penelitian baru RSKD yang siap dipasarkan = 1
		-	-	-	Pengembangan layanan unggulan bertaraf internasional	Pengembangan layanan unggulan bertaraf internasional
		-	-	-	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional = 1 layanan	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional = 1 layanan
		-	-	-	Pengembangan layanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai RBA	Pengembangan layanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai RBA
		-	-	-	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran = 1 layanan	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran = 1 layanan
3	Mewujudkan sistem deteksi dini dan terapi cepat&tepat	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif	Monitoring dan Evaluasi Cakupan Deteksi Dini; Edukasi Persuasif
		Cakupan deteksi dini = 70%	Cakupan deteksi dini = 75%	Cakupan deteksi dini = 80%	Cakupan deteksi dini = 85%	Cakupan deteksi dini = 90%

Inisiatif Strategis 5: Penguatan Mutu Kelembagaan Organisasi

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	MoU dan kerjasama dengan mitra non-bpjs; Penyempurnaan kebijakan dan prosedur sistem pemasaran	Evaluasi efektivitas MoU dengan mitra non-bpjs; Penyempurnaan sistem pemasaran online	Peningkatan pemasaran produk layanan	Peningkatan pemasaran produk layanan	Peningkatan pemasaran produk layanan
		Jumlah pasien baru non BPJS = 4.807	Jumlah pasien baru non BPJS = 6.400	Jumlah pasien baru non BPJS = 8.000	Jumlah pasien baru non BPJS = 4.500	Jumlah pasien baru non BPJS = 5.000
		-	-	-	Promosi layanan unggulan VVIP	Promosi layanan unggulan VVIP
		-	-	-	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP = 10%	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP = 10%
2.	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	-	-	-	Survey kepuasan staf	Survey kepuasan staf
		-	-	-	Tingkat kepuasan staf = ≥50%	Tingkat kepuasan staf = ≥50%
3.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	-	-	-	promosi program deteksi dini	promosi program deteksi dini
		-	-	-	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = 2.5%	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit = 3%
		-	-	-	Membuat laporan audit medis secara berkala setiap 6 bulan	Membuat laporan audit medis secara berkala setiap 6 bulan
		-	-	-	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan = 2 kali	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan = 2 kali
4.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan	-	-	-	Membuat laporan capaian Indikator Nasional Mutu	Membuat laporan capaian Indikator

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
	rujukan				Rumah Sakit	Nasional Mutu Rumah Sakit
		-	-	-	Jumah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator = 12 laporan	Jumah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator = 12 laporan
		-	-	-	Melakukan sosialisasi kebersihan tangan dan monitoring kepatuhan	Melakukan sosialisasi kebersihan tangan dan monitoring kepatuhan
		-	-	-	Kepatuhan kebersihan tangan = ≥90%	Kepatuhan kebersihan tangan = ≥90%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi penggunaan APD dan kepatuhan penggunaan APD	Melakukan sosialisasi penggunaan APD dan kepatuhan penggunaan APD
		-	-	-	Kepatuhan penggunaan APD = 100%	Kepatuhan penggunaan APD = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi identifikasi pasien dan monitoring kepatuhan identifikasi pasien	Melakukan sosialisasi identifikasi pasien dan monitoring kepatuhan identifikasi pasien
		-	-	-	Kepatuhan identifikasi pasien = 100%	Kepatuhan identifikasi pasien = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring waktu tunggu rawat jalan	Melakukan sosialisasi dan monitoring waktu tunggu rawat jalan
		-	-	-	Waktu tunggu rawat jalan = ≥80%	Waktu tunggu rawat jalan = ≥80%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring hasil kritis	Melakukan sosialisasi dan monitoring hasil

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
					laboratorium	kritis laboratorium
		-	-	-	Pelaporan hasil kritis Laboratorium = 100%	Pelaporan hasil kritis Laboratorium = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan kepatuhan penggunaan formularium nasional	Melakukan sosialisasi dan kepatuhan penggunaan formularium nasional
		-	-	-	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional = $\geq 90\%$	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional = $\geq 90\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan terhadap alur klinis	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan terhadap alur klinis
		-	-	-	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Patway) = $\geq 85\%$	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Patway) = $\geq 85\%$
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Melakukan sosialisasi dan monitoring kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
		-	-	-	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh = 100%	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh = 100%
		-	-	-	Melakukan sosialisasi dan monitoring kecepatan waktu tanggap komplain	Melakukan sosialisasi dan monitoring kecepatan waktu tanggap komplain
		-	-	-	Kecepatan waktu tanggap komplain = $\geq 80\%$	Kecepatan waktu tanggap komplain = $\geq 80\%$

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	Sosialisasi dan monitoring jumlah laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Sosialisasi dan monitoring jumlah laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
		-	-	-	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol = 12 laporan	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol = 12 laporan

Inisiatif Strategis 6: Penguatan SDM dan Sarpras

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya budaya kinerja	Program transformasi budaya	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Pemetaan talent pool	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Impelementasi sistem manajemen talenta	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Evaluasi dan monitoring talenta	Audit budaya dan Program transformasi budaya; Evaluasi dan monitoring talenta
		Indeks Budaya Kinerja RS = 83%	Indeks Budaya Kinerja RS = 85%	Indeks Budaya Kinerja RS = 87%	Indeks Budaya Kinerja RS = 89%	Indeks Budaya Kinerja RS = 91%
		Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien (sesuai hasil audit tahun sebelumnya)
		Indeks Budaya Keselamatan = Reaktif	Indeks Budaya Keselamatan = Proaktif	Indeks Budaya Keselamatan = Level 4	Indeks Budaya Keselamatan = Level 4	Indeks Budaya Keselamatan = Level 5
2.	Terwujudnyasistem ICT yang terintegrasi dan user-friendly	-	-	-	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	% Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record = 100%	% Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record = 100%
		-	-	-	Digitalisasi sistem informasi surveillans	Digitalisasi sistem informasi surveillans
		-	-	-	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital = 1 sistem	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital = 1 sistem
		-	-	-	Monitoring pelaksanaan RME	Monitoring pelaksanaan RME
		-	-	-	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi = 100%	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi = 100%
3	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien	-	-	-	Pemenuhan sarpras dan alat kesehatan sesuai standar	Pemenuhan sarpras dan alat kesehatan sesuai standar
		-	-	-	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar = 95%	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar = 95%
		Konservasi energi, Pembuatan Area Parkir sepeda; Pembuatan Taman Hidroponik; Pembuatan Bank Sampah.	Konservasi energi ; Penggunaan energi terbarukan (solar panel) untuk penerangan; Efisiensi penggunaan energi listrik dari transportasi dalam gedung RS (lift); penerapan Health &	Penghematan dan konservasi air (Revitalisasi WTP); pembuatan Healing Garden.	Penerapan dan pengembangan konsep taman hijau dan healing garden dan energi terbarukan	Penerapan konsep energi baru dan terbarukan dan pemantauan serta evaluasi program penghematan energy

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
			Green Design.			
		Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 85%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 90%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 90%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 95%	Level pencapaian <i>Green Hospital</i> = 95%
4	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	Penataan jenjang karier pegawai	Peningkatan kompetensi pegawai	Penataan jenjang karier pegawai	Peningkatan kompetensi pegawai	Penataan jenjang karier pegawai
		% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 10 %	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 11%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 12%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 13%	% Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi = 14%
		Evaluasi dan pelaksanaan <i>Man power planning</i> Advokasi & Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen	Advokasi, Rekrutmen
		Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 70%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 75%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 80%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 85%	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja = 90%
5.	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	-	-	-	Pengembangan layanan kanker berbasis genomic	Pengembangan layanan kanker berbasis genomic
		-	-	-	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic = 1	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic = 1
		-	-	-	Pengumpulan sample untuk pemeriksaan HWGS	Pengumpulan sample untuk pemeriksaan
		-	-	-	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS = 1500	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS = 1500

Inisiatif Strategis 7 : Penguatan Kemandirian BLU dan Financial

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran	Monitoring dan evaluasi pertumbuhan pasien baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru	Monitoring dan evaluasi kelayakan layanan baru
		Rp 564.000.000.000	Rp 631.000.000.000	Rp 707.000.000.000	Rp 792.000.000.000	Rp 887.000.000.000
		-	-	-	Meningkatkan kualitas, inovasi, dan pemasarannya	Meningkatkan kualitas, inovasi, dan pemasarannya
		-	-	-	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU = 95%	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU = 95%
		-	-	-	Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran RM	Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran RM
		-	-	-	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni = 97%	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni = 97%
		-	-	-	Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran BLU	Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran BLU
		-	-	-	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU = 95%	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU = 95%
		-	-	-	Mengemas pelayanan baru melalui pemasaran yang baik	Mengemas pelayanan baru melalui pemasaran yang baik
		-	-	-	Persentase nilai EBITDA Margin = $\geq 20\%$	Persentase nilai EBITDA Margin = $\geq 20\%$
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Peningkatan kesadaran <i>cost-effectiveness</i>	Pengembangan sistem monitoring pembiayaan unit kerja	Pilot project peningkatan <i>cost effectiveness</i> unit kerja Tahap 1	Project peningkatan <i>cost effectiveness</i> unit kerja Tahap 2	Project peningkatan <i>cost effectiveness</i> unit kerja Tahap 3
		95%	97%	98%	99%	100%

No	Sasaran Strategis Bisnis	KEGIATAN & INDIKATOR				
		2020	2021	2022	2023	2024
3	Terwujudnya Kemandirian BLU	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan	Advokasi & Monitoring pertumbuhan pendapatan
		% pembiayaan dari BLU = 90%	% pembiayaan dari BLU = 90%	% pembiayaan dari BLU = 91%	% pembiayaan dari BLU = 91%	% pembiayaan dari BLU = 92%

BAB IV PENUTUP



Di ujung dari bagian RSB ini bertujuan untuk mengingatkan kepada seluruh insan RS Kanker Dharmais bahwa meskipun RSB telah disusun, justru kerja besar baru akan dimulai, yakni mengeksekusi RSB tersebut. Dalam banyak kasus, strategi organisasi yang telah tersusun rapi dapat berakhir gagal berantakan, karena organisasi gagal fokus saat mengeksekusi RSB tersebut. Setiap unsur organisasi lebih banyak disibukkan dengan aneka tugas rutin kedinasannya, yang sebetulnya tidak memberikan jaminan kontribusi pada ketercapaian sasaran strategis dan visi organisasi keseluruhan.

Di era VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*) dan AKB (Adaptasi Kebiasaan Baru), yang serba cepat berubah ini, mengabaikan sasaran strategis akan menyebabkan organisasi berpotensi tertinggal dari lainnya. Ibaratnya, bila organisasi hanya berfokus pada rutinitas di tengah angin puting beliung ketidakpastian (*whirlind*), energi organisasi yang ada hanya menyebabkan organisasi dapat tegak dalam badai angin tersebut. Untuk dapat maju menerjang *whirlind*, organisasi perlu mengeksekusi secara konsisten sasaran strategis dan kumpulan program kerja strategisnya.

Mc Chesney *et al* (2012) mensyaratkan **empat disiplin** yang harus dimiliki sebuah organisasi agar eksekusi rencana strategis dapat berlangsung tajam. **Pertama**, adalah sikap fokus pada sasaran organisasi yang berdampak signifikan pada ketercapaian target kinerja keseluruhan organisasi. Prinsip PARETO pun telah mengajarkan bahwa 80% hasil yang diperoleh organisasi dikontribusikan oleh 20% aktivitas yang dilakukan.

Kedua adalah sikap prioritas pada *lead measure* (penentu hasil akhir) daripada *lag measure* (hasil akhir). Patut dicatat bahwa *lag measure* tidak akan tercapai bila *lead measure* tidak dirumuskan dan diwujudkan dalam keseharian organisasi. **Ketiga** adalah sikap kompetitif. Organisasi perlu menyediakan *scoreboard* yang tepat dan bisa memotivasi anggota organisasi untuk bersikap kompetitif dalam mengeksekusi RSB. Perlu ditegakkan disiplin monev secara berkala terhadap status kemajuan pelaksanaan RSB dan sekaligus mengomunikasikan secara periodik status capaian aktual kinerjanya kepada *key stakeholders*-nya.

Dan, **yang terakhir** adalah sikap pertanggungjawaban (akuntabel). Seberapa hebatnya pun sasaran strategis organisasi yang dirumuskan, prioritas yang ditetapkan, dan suasana

kompetisi yang diciptakan, pada akhirnya yang menjadi pelaksana eksekusi RSB RS Kanker Dharmais adalah anggota organisasi juga, yang menuntut komitmen dan tanggung jawab. Oleh karena itu, program kerja strategis disarankan sekali sebagai bagian dari penilaian kinerja berbagai unit kerja.

Selain itu, keberhasilan pencapaian target kinerja RSB tergantung pada kemampuanantisipasi atas perubahan lingkungan eksternal yang dinamis di masa yang akan datang yang dekat. Desakan perubahan lingkungan eksternal tersebut dapat mengakibatkan asumsi utama yang dipakai pada RSB RS Kanker Dharmais ini dinilai menjadi tidak relevan, sehingga perlu dilakukan evaluasi ulang terhadap prioritas dan rencana program kerja strategis. Kondisi ini lah yang sering diingatkan oleh para pakar manajemen strategis (Mintzberg, 1994). Upaya pengembangan organisasi sebagaimana tertuang pada RSB selayaknya diperlakukan sebagai sebuah *living document* sehingga tetap relevan isinya dengan dinamika dan perkembangan khas tuntutan utama *key stakeholders*-nya.

Kementerian Kesehatan RI telah berupaya melakukan transformasi kesehatan dengan enam pilar, yaitu Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, dan Transformasi Teknologi Kesehatan.

Perjalanan transformasi kelembagaan melalui upaya perbaikan mutu kelembagaan RS Dharmais 2020 – 2024 **perlu diupayakan dengan serius dan fokus, bukan sekadar berhenti pada slogan**. Upaya tersebut perlu dibangun dengan sabar, tahap demi tahap secara konsisten oleh setiap insan RS Kanker Dharmais dan jajaran pimpinan puncak dan Dewan Penagawas. Upaya transformasi kelembagaan RS Kanker Dharmais secara bertahap ini merupakan upaya terintegrasi untuk menegakkan “bata demi bata tata kelola kelembagaan modern institusi”, hingga bangunan tata kelola kelembagaan modern RS Kanker Dharmais pada umumnya dan tata kelola organisasi modern pada khususnya, berdiri kokoh dengan kinerja unggul pada berbagai era perjalanan RS Kanker Dharmais di masa depan dalam menjalankan misinya.

LAMPIRAN A – HARAPAN STAKEHOLDER INTI

Hasil penjaringan dan pemetaan aspirasi stakeholder inti kepada RS Kanker Dharmais

NO	STAKEHOLDERS INTI	HARAPAN KEPADA RS KANKER DHARMAIS
1	Kementerian Kesehatan	Menjadi Pusat Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Kanker Indonesia Menjadi Pusat Data dan Informasi Kanker Indonesia (sebagai PKN) Menjadi RS Nasional Rujukan Onkologi Menjadi viiembina layanan onkologi nasional Memberikan layanan dengan konsep <i>smart hospital</i> (dengan integrasi berbagai aplikasi) dan <i>Green hospital</i> Terselenggaranya pelayanan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan pasien Peningkatan cakupan deteksi dini kanker Menjadi <i>World Class NCC</i>
2	Dewan Pengawas	Kemandirian RS BLU (peningkatan pendapatan dan efisiensi layanan) Terwujudnya mono loyalitas Inovasi dalam penggalangan dana (termasuk dari filantropi) untuk mendukung kemandirian RS Kokohnya positioning RSKD (termasuk di medsos) Terwujudnya efektivitas dana untuk pengembangan aset
3	LSM Kanker	Peran RS Kanker Dharmais terhadap kegiatan sosial masyarakat meningkat Peran RS Kanker Dharmais terhadap kesejahteraan/ Kesehatan di masyarakat meningkat Pengetahuan masyarakat tentang kanker semakin meningkat Survivor mendapatkan peran serta dalam penanganan kanker di RS Menigkatnya akses Kerjasama LSM dengan RS Kanker Dharmais dalam penanggulangan kanker
4	FK UI dan FK Lainnya	Optimalisasi pendidikan dan penelitian kanker bersama Peningkatan publikasi dan paten
5	Dinas Kesehatan dan Pemda DKI	<i>Green hospital</i> Menjadi contoh dalam isu <i>sustainability</i> (mis. limbah RS) Peningkatan komunikasi dan koordinasi
6	Pasien	Waktu tunggu lebih pendek Layanan lebih nyaman dan lebih ramah Akses untuk disabilitas dari luar dan kecukupan parkir Jalur <i>red carpet</i> di setiap titik layanan (eksekutif dan non-BPJS)
7	Keluarga Pasien dan Masyarakat	Ruang tunggu yang nyaman Ketersediaan obat dan antri obat yang cepat Kejelasan informasi terkait alur layanan, jenis asuransi yang tersedia, dll Kemudahan pendaftaran

NO	STAKEHOLDERS INTI	HARAPAN KEPADA RS KANKER DHARMAIS
		Promo layanan (misalnya: deteksi dini) Kelengkapan fasilitas pendukung (toilet, dll)
8	Peserta Didik	Ketersediaan kasus onkologi Ketersediaan dokter pembimbing yang ahli Ketersediaan sarana-prasarana pendidikan
9	BPJS	Tidak terjadinya <i>fraud</i> <i>Compliance</i> dengan regulasi dan sistem IT BPJS
10	Asuransi dan penjamin lainnya	Tersedianya harga khusus dan layanan khusus yang terpisah Kelengkapan dan kecepatan dokumen klaim
11	Karyawan RS DHARMAIS	Peningkatan remunerasi dan kesejahteraan Kejelasan status kepegawaian dan jenjang karir Penilaian kinerja lebih objektif Peningkatan kompetensi Peningkatan koordinasi antar unit kerja Terwujudnya iklim kerja positif dan budaya positif

LAMPIRAN B – TABEL INDIKATOR KINERJA UTAMA

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran	1	Jumlah <i>Revenue</i>	Dir. Keu & BMN
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Dir. Keu & BMN
		3	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Dir. Keu & BMN
		4	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Dir. Keu & BMN
		5	Persentase nilai EBITDA Margin	Dir. Keu & BMN
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	6	POBO	Dir Keu & BMN
3	Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>	7	<i>Employee Opinion Survey</i> (EOS)	Dir SDM
		8	Indeks integritas institusi	Dirut (SPI)
		9	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	Dirut (SPI)
		10	Akreditasi Rumah Sakit	Dirut (KMU)
4	Terwujudnya kemandirian BLU	11	Persentase pembiayaan dari BLU	Dir Keu
5	Terwujudnya <i>Customer Experience</i>	12	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Dir.POU
		13	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	Dir.POU
		14	Indeks Kepuasan Masyarakat	Dir.POU
		15	Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (<i>all cancer</i>)	Dir SDM
		16	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Dir PMKP
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Dir PMKP
		18	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Dir PMKP
		19	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Dir PMKP
		20	Jumlah layanan inovasi baru RS	Dir PMKP
6	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	21	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Dir PMKP Dir.POU
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Dir PMKP Dir.POU

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC
7	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (<i>core&non-core business</i>)	23	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan	Dir SDM
8	Terwujudnya sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat	24	Cakupan deteksi dini	Dir PMKP
9	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring</i>	25	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	Dir SDM
		26	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	Dir SDM (Komkordik)
		27	Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5	Dir SDM
10	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	28	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker	Dir SDM
		29	Jumlah penelitian multi-center	Dir SDM
		30	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna	Dir. SDM
		31	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama	Dir.SDM
		32	JumlahRS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	Dir.SDM
11	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	33	<i>Patient Management Time</i>	Dir PMKP
12	Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	34	Kepatuhan <i>clinical pathway</i> setiap Kelompok Staf Medik	Dir PMKP
		35	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker	Dir PMKP
13	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	36	Jumlah pasien baru non BPJS	Dir POU
		37	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Dir POU
14	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	38	Tingkat kepuasan staf	Dir SDM
15	Terwujudnya budaya kinerja	39	Indeks Budaya Kinerja RS	Dir SDM
		40	Indeks Budaya Keselamatan	Dirut (KMU)
16	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>	41	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record	Dir POU
		42	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Dir POU

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC
		43	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	Dir PMKP
17	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien	44	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar	Dir.PMKP
		45	Level pencapaian <i>Green Hospital</i>	Dir POU
18	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	46	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi	Dir SDM
		47	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	Dir SDM
19	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	48	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Dir.PMKP
20	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	49	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	Dir.PMKP
		50	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	Dirut (KMD)
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	51	Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Dirut (KMU)
		52	Kepatuhan kebersihan tangan	Dirut (PPI)
		53	Kepatuhan penggunaan APD	Dirut (PPI)
		54	Kepatuhan identifikasi pasien	Dir.PMKP (BWT)
		55	Waktu tunggu rawat jalan	Dir.PMKP (IRJ)
		56	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	Dir. PMKP
		57	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional	Dirut
		58	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Patway)	Dir. PMKP
		59	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Dir. PMKP
		60	Kecepatan waktu tanggap komplain	Dir.POU
		61	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Dirut
22	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	62	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic	Dir. SDM
		63	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	Dir. SDM

LAMPIRAN C – TABEL TARGET INDIKATOR KINERJA UTAMA

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC	Base Line	TARGET				
						2020*	2021	2022	2023	2024
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan realisasi anggaran	1	Jumlah <i>Revenue</i>	Dir. Keu & BMN	552 M	564 M	631 M	707 M	792 M	887 M
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Dir. Keu & BMN	-	-	-	-	95%	95%
		3	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Dir. Keu & BMN	-	-	-	-	97%	97%
		4	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Dir. Keu & BMN	-	-	-	-	95%	95%
		5	Persentase nilai EBITDA Margin	Dir. Keu & BMN	-	-	-	-	≥20%	≥20%
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	6	POBO	Dir Keu & BMN	95%	95%	97%	98%	99%	100%
3	Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>	7	<i>Employee Opinion Survey</i> (EOS)	Dir SDM	84.19%	85%	87%	89%	91%	93%
		8	Indeks integritas institusi	Dirut (SPI)	-	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
		9	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK	Dirut (SPI)	-	-	-	-	92.50%	92.50%

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)	PIC	Base Line	TARGET					
					2020*	2021	2022	2023	2024	
		10	yang telah tuntas di tindaklanjuti	Dirut (KMU)	Internasional	Internasional, 1 ISO	Internasional, 2 ISO	Internasional, 3 ISO	Paripurna, 5 ISO	Paripurna, 5 ISO
4	Terwujudnya kemandirian BLU	11	Persentase pembiayaan dari BLU	Dir. Keu	89%	90%	90%	91%	91%	92%
5	Terwujudnya <i>Customer Experience</i>	12	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Dir. POU	-	-	-	-	65%	70%
		13	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	Dir. POU	-	-	-	-	85%	85%
		14	Indeks Kepuasan Masyarakat	Dir. POU	-	-	-	-	≥ 80	≥ 80
		15	Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais (<i>all cancer</i>)	Dir. SDM	-	46%	56%	60%	63%	66%
		16	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Dir. PMKP	-	-	-	-	70%	70%
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Dir. PMKP	-	-	-	-	5%	5%

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC	Base Line	TARGET				
						2020*	2021	2022	2023	2024
		18	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Dir PMKP	-	-	-	-	70%	70%
		19	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Dir PMKP	-	-	-	-	80%	80%
6	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	20	Jumlah layanan inovasi baru RS	Dir PMKP	-	5	5	5	5	5
		21	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Dir PMKP Dir.POU	-	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Dir PMKP Dir.POU	-	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan
7	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (<i>core&non-core business</i>)	23	Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan	Dir SDM	-	1	1	1	1	1
8	Terwujudnya sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat	24	Cakupan deteksi dini	Dir PMKP	-	70%	75%	80%	85%	90%
9	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control</i>	25	Jumlah kurikulum pelatihan kanker terstandar Direktorat	Dir SDM	10	12	14	16	18	20

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)	PIC	Base Line	TARGET					
					2020*	2021	2022	2023	2024	
	<i>Center and Cancer Registry & Monitoring</i>		Jenderal Tenaga Kesehatan							
		26	Jumlah pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran	Dir SDM (Komkordik)	11	11	12	13	14	15
		27	Jumlah Wilayah PBCR dengan kualitas data setingkat CI5	Dir SDM	-	1	3	6	10	14
10	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	28	Jumlah RS jejaring yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker	Dir SDM	-	3	6	9	195	336
		29	Jumlah penelitian multi-center	Dir SDM	-	2	2	2	2	2
		30	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna	Dir SDM	-	-	-	-	1	1
		31	RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama	Dir SDM	-	-	-	-	1	1
		32	Jumlah RS Umum Daerah yang dibina menjadi Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan	Dir SDM	-	-	-	-	1	1

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC	Base Line	TARGET				
						2020*	2021	2022	2023	2024
11	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	33	<i>Patient Management Time</i>	Dir PMKP	-	NA	60%	70%	80%	95%
12	Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	34	Kepatuhan <i>clinical pathway</i> setiap Kelompok Staf Medik	Dir PMKP	-	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
		35	Tercapainya target indikator klinis layanan kanker	Dir PMKP	-	-	-	-	80%	80%
13	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	36	Jumlah pasien baru non BPJS	Dir POU		4.807	6.400	8.000	4.500	5.000
		37	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Dir POU	-	-	-	-	10%	10%
14	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	38	Tingkat kepuasan staf	Dir SDM	-	-	-	-	≥ 50%	≥ 50%
15	Terwujudnya budaya kinerja	39	Indeks Budaya Kinerja RS	Dir SDM	81%	83%	85%	87%	89%	91%
		40	Indeks Budaya Keselamatan	Dirut (KMU)	Reaktif	Reaktif	Proaktif	Proaktif	Level 4	Level 5

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC	Base Line	TARGET				
						2020*	2021	2022	2023	2024
16	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>	41	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record	Dir POU	-	-	-	-	100%	100%
		42	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Dir POU	-	-	-	-	1 sistem	1 sistem
		43	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	Dir PMKP	-	-	-	-	100%	100%
17	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien	44	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar	Dir.PMKP	-	-	-	-	95%	95%
		45	Level pencapaian <i>Green Hospital</i>	Dir POU		85%	90%	90%	95%	95%
18	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan kompetensi SDM	46	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi	Dir SDM	-	10%	11%	12%	13%	14%
		47	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja	Dir SDM	NA	70%	75%	80%	85%	90%

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)		PIC	Base Line	TARGET				
						2020*	2021	2022	2023	2024
19	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	48	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Dir.PMKP	-	53%	60%	70%	85%	100%
20	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	49	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	Dir.PMKP	-	-	-	-	2.5%	3%
		50	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	Dirut (KMD)	-	-	-	-	2 kali	2 kali
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	51	Jumah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Dirut (KMU)	-	-	-	-	12 Laporan	12 Laporan
		52	Kepatuhan kebersihan tangan	Dirut (PPI)	-	-	-	-	≥ 90%	≥ 90%
		53	Kepatuhan penggunaan APD	Dirut (PPI)	-	-	-	-	100%	100%
		54	Kepatuhan identifikasi pasien	Dir.PMKP (BWT)	-	-	-	-	100%	100%
		55	Waktu tunggu rawat jalan	Dir.PMKP (IRJ)	-	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
		56	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	Dir. PMKP	-	-	-	-	100%	100%

No	Sasaran Strategis	Key Performance Indikator (KPI)	PIC	Base Line	TARGET				
					2020*	2021	2022	2023	2024
		57	Kepatuhan Penggunaan formularium nasional	Dirut	-	-	-	≥ 90%	≥ 90%
		58	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical Patway</i>)	Dir. PMKP	-	-	-	≥ 85%	≥ 85%
		59	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Dir. PMKP	-	-	-	100%	100%
		60	Kecepatan waktu tanggap komplain	Dir.POU	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
		61	Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Dirut	-	-	-	12 Laporan	12 Laporan
22	Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi	62	Terselenggaranya layanan kanker berbasis Genomic	Dir. SDM	-	-	-	1	1
		63	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	Dir. SDM	-	-	-	1500	1500

LAMPIRAN D – KAMUS INDIKATOR KINERJA UTAMA



PUSAT KANKER NASIONAL
RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS
 Jalan Let.Jend.S.Parman Kav 84-86, Jakarta 11420
 Telepon +62 21 5681570 Faksimile +62 21 5681579
 Website : www.dharmais.co.id Email : dharmais@dharmais.co.id

KMU.FRM. 01 Rev. 02
 19 Desember 2019
 1/1

KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: Jumlah Revenue				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Peningkatan Pendapatan				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Jumlah pendapatan adalah hasil dari kegiatan penjualan jasa Rumah Sakit dalam periode tertentu. Pendapatan Rumah Sakit terdiri dari pendapatan jasa layanan Rumah Sakit, pendapatan hasil kerjasama BLU, pendapatan BLU lainnya (Jasa Perbankan), pendapatan jasa layanan dari entitas lainnya. Semuanya dijumlahkan dan dicatat dalam pembukuan Rumah Sakit.				
5	Definisi Operasional	: Jumlah pendapatan adalah penjumlahan pendapatan pelayanan dan non pelayanan Rumah Sakit dalam periode tertentu.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pendapatan BLU				
	b. Eksklusi	: Pendapatan APBN				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah pendapatan BLU				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah pendapatan BLU				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		564 M	631 M	707 M	792 M	887 M
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Keuangan				
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada				
	Wilayah pengamatan	: Seluruh Unit Kerja				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	Staf Sub Bagian Akuntansi Keuangan				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: 1. Melalui rapat koordinasi 2. Melalui performance board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Terwujudnya optimalisasi pengelolaan pendapatan BLU sesuai ketentuan yang berlaku				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Jumlah pendapatan adalah hasil dari kegiatan penjualan jasa Rumah Sakit dalam periode tertentu. Pendapatan Rumah Sakit terdiri dari pendapatan jasa layanan Rumah Sakit, pendapatan hasil kerjasama BLU, pendapatan BLU lainnya (Jasa Perbankan), pendapatan jasa layanan dari entitas lainnya. Semuanya dijumlahkan dan dicatat dalam pembukuan Rumah Sakit.				
5	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.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pendapatan BLU				
	b. Eksklusi	: Pendapatan APBN				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah pendapatan BLU				
9	Denominator	: Target Rp 610.000.000.000,-				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Realisasi pendapatan Akumulasi}}{\text{Rp610.000.000.000}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	95%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Keuangan (LRA)			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan Keuangan (Laporan Realisasi Anggaran dan Belanja)				
14	Besar Sampel (n)	: Tidak Ada				
	Wilayah pengamatan	: Substansi Anggaran				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Bendahara Penerima dan Bendahara Pengeluaran				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: 1. Melalui rapat koordinasi 2. Melalui performance board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Tercapainya realisasi anggaran rupiah murni sesuai kebijakan yang berlaku				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Terwujudnya optimalisasi realisasi anggaran rupiah murni sesuai ketentuan yang berlaku				
5	Definisi Operasional	: Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Anggaran bersumber RM				
	b. Eksklusi	: Anggaran bersumber BLU dan sumber pembiayaan lainnya				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
9	Denominator	: Total anggaran yang bersumber dari RM				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	97%	97%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Realisasi Anggaran			
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Realisasi Anggaran				
14	Besar Sampel (n)	: Jumlah realisasi anggaran rupiah murni				
	Wilayah pengamatan	: Substansi Anggaran				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	Bendahara Pengeluaran				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: <input checked="" type="checkbox"/> Run chart <input type="checkbox"/> Bar chart <input type="checkbox"/> Pareto chart <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance board			<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan :	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	: Tercapainya realisasi anggaran rupiah BLU sesuai kebijakan yang berlaku				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Terwujudnya optimalisasi realisasi anggaran rupiah BLU sesuai ketentuan yang berlaku				
5	Definisi Operasional	: Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Anggaran bersumber BLU				
	b. Eksklusi	: Anggaran bersumber APBN				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU				
9	Denominator	: Total anggaran bersumber dari BLU				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU}}{\text{total anggaran yang bersumber dari BLU}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	95%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Realisasi Anggaran			
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Realisasi Anggaran				
14	Besar Sampel (n)	: Jumlah Realisasi anggaran dari BLU				
	Wilayah pengamatan	: Substansi Anggaran				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	Bendahara Pengeluaran				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run chart	<input type="checkbox"/> Bar chart	<input type="checkbox"/> Pareto chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit		<input type="checkbox"/> Briefing		
		<input type="checkbox"/> Performance board		<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan :		



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN						
1	Nama Indikator	: Persentase nilai EBITDA Margin				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	: Untuk mengetahui profitabilitas dan potensi pertumbuhan Rumah Sakit.				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: EBITDA merupakan pendapatan Rumah Sakit yang belum dikurangi bunga, pajak, depresiasi, dan amortisasi di mana catatan pendapatan ini dapat digunakan untuk melihat profit Rumah Sakit.				
5	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.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pendapatan, Beban				
	b. Eksklusi	: Beban Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: EBITDA				
9	Denominator	: Pendapatan				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $EBITDA\ margin = (EBITDA\ dibagi\ Pendapatan) \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥20%	≥20%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan Operasional Keuangan Rumah Sakit				
14	Besar Sampel (n)	:				
	Wilayah pengamatan	: Seluruh Unit Kerja				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	Sub Koordinator Akuntansi				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat Internal Unit dan Performance Board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: POBO																		
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesenambungan																
3	Tujuan	: Terwujudnya <i>Cost Effectiveness</i> dalam pengelolaan keuangan																		
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pendapatan merupakan keuntungan yang diperoleh dari hasil kegiatan usaha sedangkan biaya adalah pengeluaran yang terjadi karena kegiatan-kegiatan yang menyebabkan pengeluaran kas																		
5	Definisi Operasional	: POBO adalah perbandingan antara jumlah pendapatan PNBPN (tidak termasuk pendapatan dari Rupiah Murni dan <i>Carry over</i>) terhadap Biaya Operasional (tidak termasuk biaya penyusutan dan biaya amortisasi)																		
6	Kriteria																			
	a. Inklusi	: Pendapatan BLU dan biaya BLU dan APBN																		
	b. Eksklusi	: Pendapatan APBN, <i>Carry over</i> dan biaya penyusutan dan amortisasi																		
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Outcome</i>																
8	Numerator	: Pendapatan BLU (tidak termasuk Pendapatan dari Rupiah Murni dan <i>Carry over</i>)																		
9	Denominator	: Biaya Operasional (tidak termasuk Beban Penyusutan dan Beban Amortisasi)																		
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Pendapatan BLU (tidak termasuk Pendapatan dari Rupiah Murni dan Carry over)}}{\text{Biaya Operasional (tidak termasuk Beban Penyusutan dan Beban Amortisasi)}} \times 100\%$																		
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>95%</td> <td>97%</td> <td>98%</td> <td>99%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>				Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	95%	97%	98%	99%	100%
Tahun																				
2020	2021	2022	2023	2024																
95%	97%	98%	99%	100%																
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																	
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:																	
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Keuangan																	
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan Keuangan																		
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada																		
	Wilayah pengamatan	: Seluruh Unit Kerja																		
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif																	
16	PJ Pengumpul Data	: Staf Sub Bagian Akuntansi Keuangan																		
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan															
		Yang lain, Mohon disebutkan:																		
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																
		Lainnya :																		
19	Rencana analisis	: Run Chart																		
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: 1. Melalui rapat koordinasi 2. Melalui <i>performance board</i>																		



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1	Nama Indikator	: <i>Employee Opinion Survey (EOS)</i>				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Akseibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesinambunga		
3	Tujuan	: Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Transformasi Budaya & Kepuasan Pelanggan				
5	Definisi Operasional	: EOS merupakan survei kepuasan staf terhadap atasan dan organisasi dengan memperhatikan antara apa yang dia terima dan harapan				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh pegawai				
	b. Eksklusi	: -				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> OutCome		
8	Numerator	-				
9	Denominator	-				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Hasil survei dengan menggunakan instrumen				
11	Target Pencapaian Indikator	2020	2021	2022	2023	2024
		85%	87%	89%	91%	93%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan :			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain : Hasil Survey			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Survey EOS				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker "Dharmais"				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Restrospektif			
16	PJ Data	: Penanggung Jawab Data SDM				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap Hari	<input type="checkbox"/> Setiap Minggu	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan: 1 Tahun				
18	Periode waktu pelaporan :	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 Bulan Lainnya :		
19	Rencana Analisis	: Menggunakan Bar Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Sosialisasi Hasil Survey				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR UTAMA

1	Nama Indikator	: Indeks Integritas Institusi					
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	: Sebagai acuan dalam membangun Zona Integritas menuju wilayah Bebas dari Korupsi					
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas Dari Korupsi Dan Wilayah Birokrasi Bersih Dan Melayani Dli Lingkungan Instansi Pemerintah.					
5	Definisi Operasional	: Adalah sebutan atau predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat Indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional 90 atau lebih.					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	: Seluruh unit kerja yang menjadi unit pengungkit					
	b. Eksklusi	: Seluruh unit kerja					
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome			
8	Numerator	: Jumlah seluruh Komponen yang menjadi Pengungkit sebagai syarat minimal mencapai WBBM					
9	Denominator	: Unit kerja yang tersampling dan memenuhi kriteria kelulusan					
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah seluruh Komponen yang menjadi Pengungkit sebagai syarat minimal mencapai WBBM}}{\text{Unit kerja yang tersampling dan memenuhi kriteria kelulusan}} \times 100\%$					
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun					Ket : $\frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$
		2020	2021	2022	2023	2024	
		≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner				
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :				
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:				
13	Instrumen Pengambilan Data	: Wawancara dan pengamatan					
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi					
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker "Dharmais"					
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Anggota SPI					
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan		
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:					
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan			
		<input type="checkbox"/> Lainnya : ± 6 bulan setelah penilaian					
19	Rencana analisis	: menggunakan control chart					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat Koordinasi					



KAMUS INDIKATOR : SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

1	Judul indikator	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti				
2	Dasar pemikiran / Literatur	Rekomendasi BPK adalah suatu saran atau anjuran dari auditor BPK terhadap hasil temuan pemeriksaan karena adanya suatu tindakan atau proses yang tidak sesuai dengan aturan yang berlaku dan berakibat adanya in-efisiensi, dan atau kerugian lainnya serta ketidakpatuhan dalam operasional penyelenggaraan dan pelayanan rumah sakit				
3	Dimensi mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Berorientasi pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input type="checkbox"/> Integrasi		
		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	Terlaporkannya hasil tindak lanjut sesuai Rekomendasi LHP BPK				
5	Definisi operasional	Ditindaklanjutinya Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) BPK sesuai rekomendasi				
6	Jenis indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	Rekomendasi Laporan Hasil Pemeriksaan BPK				
	b. Eksklusi					
8	Numerator	Jumlah Rekomendasi Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti				
9	Denominator	Jumlah Rekomendasi Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) BPK				
10	Cara pengukuran / Formula	N/D X 100%				
11	Target pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	92.50%	92.50%
12	Sumber data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan: bila ada rekomendasi LHP BPK			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain: PKS terpilih			
13	Instrumen pengambilan data	Data tindak lanjut rekomendasitemuan BPK				
14	Besar sampel (n)	Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	RSKD				
15	Cara pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	Pj Data SPI				
17	Frekuensi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain, mohon disebutkan: setiap ada hasil pemeriksaan BPK				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Sesuai Rekomendasi Pemeriksaan BPK				
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run chart	<input type="checkbox"/> Bar chart	<input type="checkbox"/> Pareto chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan : koordinasi unit terkait	



KAMUS INDIKATOR : KOMITE MUTU

1	Nama Indikator	Akreditasi Rumah Sakit				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kestinambungan	
3	Tujuan	Untuk mempertahankan standarisasi pelayanan unit sesuai standar mutu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), <i>International Organization of Standardization (ISO)</i>				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Lulus akreditasi/ audit perlu didukung oleh semua unit untuk memastikan pelayanan rumah sakit sesuai dengan standar mutu layanan dan keselamatan pasien.				
5	Definisi Operasional	Lulus akreditasi/audit terkait mutu layanan rumah sakit secara Internasional dengan menggunakan instrumen standar SNARS edisi 1.1 dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), instrumen dari <i>International Organization of Standardization (ISO)</i>				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	Survei Akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), <i>International Organization of Standardization (ISO)</i>				
	b. Eksklusi	-				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	-				
9	Denominator	-				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah sertifikasi akreditasi / audit yang dimiliki pada tahun yang dinilai				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		Internasional	Internasional	Internasional	Paripurna	Paripurna
		1 ISO	2 ISO	3 ISO	5 ISO	5 ISO
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain : Sertifikat akreditasi / audit			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Hasil penilaian standar akreditasi RS oleh Surveyor KARS atau auditor ISO				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker Dharmais				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data	: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Menggunakan bar chart atau line chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat koordinasi unit, briefing, dan melalui <i>performance board</i>				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

1	Nama Indikator	: Persentase Pembiayaan dari BLU																						
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																				
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kestinambungan																				
3	Tujuan	: Terwujudnya Effektivitas dalam pengelolaan keuangan																						
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Prosentase Pembiayaan dari BLU adalah pendanaan yang dikeluarkan oleh Rumah sakit yang bersumber dari dana BLU untuk memenuhi kebutuhan Rumah Sakit.																						
5	Definisi Operasional	: Prosentase Pembiayaan dari BLU adalah besaran prosentase pembiayaan yang bersumber dari dana BLU terdiri dari biaya pegawai, barang dan modal untuk menjalankan operasional Rumah Sakit dari total pembiayaan BLU ditambah biaya pegawai APBN.																						
6	Kriteria																							
	a. Inklusi	: Pembiayaan dari dana BLU (Biaya pegawai, barang, modal) dan pembiayaan dari APBN (Biaya pegawai)																						
	b. Eksklusi	: Pembiayaan belanja barang dan modal APBN																						
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																				
8	Numerator	: Pembiayaan dari BLU																						
9	Denominator	: Total Pembiayaan BLU dan APBN (Biaya Pegawai) tanpa belanja barang dan modal APBN																						
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Pembiayaan dari BLU}}{\text{Total Pembiayaan BLU dan APBN (Biaya Pegawai) tanpa belanja barang dan modal APBN}} \times 100\%$																						
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>91%</td> <td>91%</td> <td>92%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Tahun						2020	2021	2022	2023	2024		90%	90%	91%	91%	92%	
Tahun																								
2020	2021	2022	2023	2024																				
90%	90%	91%	91%	92%																				
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																					
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:																					
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan Keuangan																					
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Keuangan																						
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada																						
	Wilayah pengamatan	: RS Kanker "Dharmais"																						
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif																					
16	PJ Pengumpul Data	Staf Sub Bagian Akuntansi Keuangan																						
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																			
		Yang lain, Mohon disebutkan:																						
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																				
		Lainnya :																						
19	Rencana analisis	Run Chart																						
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: 1. Melalui rapat koordinasi 2. Melalui performance board																						



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI, DAN UMUM

1	Nama Indikator	: Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	√ Berorientasi kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	√ Tepat waktu		
3	Tujuan	: Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya menyediakan parkir standar				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien 3. Peraturan Menteri Kesehatan/ Penggun layanan, Tepat waktu				
5	Definisi Operasional	: <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. • Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman 				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar				
	b. Eksklusi	: Tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	√ <i>Input</i>	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> <i>Outcome</i>	
8	Numerator	: Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar				
9	Denominator	: Jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar}}{\text{jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	65%	70%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	√ Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		√ Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan		
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir perhitungan jumlah ketersediaan satuan ruang parkir sesuai standar				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
14	Wilayah pengamatan	: Lahan parkir RS Kanker Dharmais				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif	√ Observasi		
16	PJ Pengumpul Data	: Sub Koordinator Perlengkapan dan Rumah tangga				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	√ Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	√ Setiap bulan		√ Setiap 3 bulan	√ Setiap 6 bulan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: - Tabel - Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Performance board - briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI, DAN UMUM

1	Nama Indikator	: Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		✓ Fokus kepada pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: 1. Undang-undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik 3. Salah satu komponen utama dari transformasi RS Vertikal adalah peningkatan pengalaman pasien yang dilakukan antara lain dengan upaya mengurangi jumlah keluhan dan mempercepat penanganan keluhan pasien 4. Survei kepuasan pasien dilakukan dengan menggunakan form survei kepuasan pasien yang sudah				
5	Definisi Operasional	: 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh pasien				
	b. Eksklusi	: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/ atau tidak ada keluarga yang mendampingi				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	✓ Outcome		
8	Numerator	: Total nilai persepsi seluruh responden				
9	Denominator	: Total unsur yang terisi dari seluruh responden				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 85%	≥ 85%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	✓ Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		✓ Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan		
13	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner				
14	Besar Sampel (n)	: Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan				
	Wilayah pengamatan	: seluruh unit pelayanan				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	✓ Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data	Humas				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	✓ Semesteran
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	✓ Setiap 6 bulan		✓ Tahunan
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: - Tabel - run chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: <i>Performance board</i>				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI, DAN UMUM

1	Nama Indikator	: Indeks Kepuasan Masyarakat																			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan																
3	Tujuan	: Mengetahui tingkat Kepuasan masyarakat yang direpresentasikan oleh pasien dan pengunjung atas pelayanan publik RS Kanker Dharmais sebagai upaya peningkatan mutu																			
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Dimensi Kepuasan (Parasuraman) yang mencakup Reliability (Kehandalan), Assurance (Keyakinan), Tangible (Tampilan), Emphaty (Empati), Responsiveness (Ketanggapan) ; Per MenPan RB Nomer 14 Tahun 2017 Survei Kepuasan Masyarakat dengan memuat 9 unsur layanan.																			
5	Definisi Operasional	: Indeks Kepuasan Masyarakat merupakan salah satu tolok ukur untuk menggambarkan persepsi penerima pelayanan publik terhadap pelayanan publik yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit Kanker Dharmais dan diukur sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Survei mencakup 9 unsur pelayanan yaitu (1) Persyaratan, (2) Sistem Mekanisme dan Prosedur; (3) Waktu Penyelesaian, (4) Biaya/Tarif; (5) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan, (6) Kompetensi Pelaksana, (7) Perilaku Pelaksana, (8) Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukkan, (9) Sarana dan Prasarana.																			
	Kriteria																				
6	a. Inklusi	: Pasien rawat inap yang dirawat minimal 2x24 jam dan pasien rawat jalan yang telah berkunjung ke unit layanan/instalasi minimal 1 kali serta mampu dan bersedia mengisi kuesioner																			
	b. Eksklusi	: Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar, pasien anak yang belum mengerti survei dan pasien dengan kondisi kritis serta pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner																			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses		<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																
8	Numerator	: Total nilai semua unsur																			
9	Denominator	: Jumlah responden X Jumlah unsur																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Total nilai semua unsur}}{\text{Jumlah responden} \times \text{Jumlah unsur}} \times 100$																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ 80</td> <td>≥ 80</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80	≥ 80
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
-	-	-	≥ 80	≥ 80																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input checked="" type="checkbox"/> Kuesioner																		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:																		
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan																		
13	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner																			
14	Besar Sampel (n)	: Sesuai Tabel Sampel Morgan dan Krejcie																			
14	Wilayah pengamatan	: Unit Kerja Pelayanan/ instalasi																			
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif																		
16	PJ Pengumpul Data	PJ Data Substansi Hukormas																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: Setiap Semester																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																	
		Lainnya :																			
19	Rencana analisis	Menggunakan <i>bar chart</i> atau <i>line chart</i>																			
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Laporan Indeks Kepuasan Masyarakat dipublikasikan melalui website rumah sakit disebarluaskan ke unit kerja dan disampaikan dalam rapat koordinasi																			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Angka survival 5 tahun pasien kanker di RS Kanker Dharmais				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Tersedianya data Survival Kanker				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Penilaian kesintasan (survival) adalah salah satu indikator keberhasilan tatalaksana kanker. Semakin dini kanker ditemukan, semakin tinggi nilai kesintasannya. Dengan adanya rujukan berjenjang, umumnya kasus kanker yang dinilai di RSKD sudah mengalami peningkatan stadium saat di re-staging. Karena itu, akan dinilai survival 10 kanker utama dengan memperhatikan stadium awal dan re-stadium untuk data HBCR secara keseluruhan				
5	Definisi Operasional	: Angka overall survival pasien kanker untuk all cancer				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: -				
	b. Eksklusi	: -				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: -				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Menggunakan perhitungan eksponensial dengan kurva Kaplan Mayer				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		46%	56%	60%	63%	66%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Form pengumpulan data survival				
14	Besar Sampel (n)	: Seluruh populasi sesuai definisi operasional yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi				
	Wilayah pengamatan	: Data registrasi kanker, seluruh area layanan dan simrs				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Pengumpul Data				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: 6 bulan				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		<input type="checkbox"/> Lainnya : hasil akhir dikumpulkan setelah setahun				
19	Rencana analisis	: Menggunakan analisa survival dengan Kaplan Mayer				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat koordinasi unit terkait, sosialisasi ke Timja terkait, dan melalui <i>performance board</i>				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mudah, terintegrasi secara digitalisasi dan menciptakan pengalaman yang baik bagi pasien				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: waktu pelayanan rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien <i>check in</i> di rumah sakit sampai menerima obat. <i>Check in</i> adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit dihitung sejak pasien <i>boarding</i> di poliklinik sesuai jadwal waktu praktik DPJP. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit.				
5	Definisi Operasional	: 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien <i>check in</i> di RS sampai dengan menerima obat. 2. <i>Check in</i> adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pasien rawat jalan yang terdaftar pada jam kerja				
6	b. Eksklusi	: 1. pasien dengan tindakan 2. pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau setelah pemanggilan sebanyak 3 kali 3. Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan 4. Masalah sistem informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS 5. Multiklinik				
		<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
7	Jenis Indikator					
8	Numerator	: Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 120 menit				
9	Denominator	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan} \leq 120 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	70%	70%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan waktu pelayanan rawat jalan				
14	Besar Sampel (n)	: minimal 286				
	Wilayah pengamatan	: Unit Poliklinik Onkologi 1,2,3, dan poli anak Instalasi Rawat Jalan				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: - PJ data IRJ				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - rapat internal unit				
		- performance board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Penundaan Waktu Operasi Elektif				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Tepat waktu		
3	Tujuan	: Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalnya operasi.				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: 1. Undang-undang tentang Rumah sakit 2. Undang-undang tentang Tenaga Kesehatan 3. 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.				
5	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.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: pasien operasi elektif				
	b. Eksklusi	: Penundaan operasi atas indikasi medis				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam				
9	Denominator	: Jumlah pasien operasi elektif				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	5%	5%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	: <input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir penjadwalan dan pelaksanaan operasi elektif				
	Besar Sampel (n)	: 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Koordinator Pelayanan Instalasi Bedah Sentral				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	
		: Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
		: Lainnya :				
19	Rencana analisis	: - Tabel - Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance Board - Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Ketepatan waktu pelayanan poliklinik				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien/ pengguna layanan		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu	<input type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Untuk memastikan/ menilai kepatuhan tenaga medis terhadap ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai waktu telah ditetapkan				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: 1. Undang-undang tentang Pelayanan Publik 2. Undang-undang tentang Rumah Sakit 3. Undang-undang tentang tenaga kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien 5. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan 6. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik 7. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan				
5	Definisi Operasional	: • Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis • Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan • Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik • Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik				
	b. Eksklusi	: Tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan				
9	Denominator	: Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	70%	70%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir laporan pelayanan poliklinik				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Rawat Jalan				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Instalasi Rawat Jalan				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: - Tabel - Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance Board - Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesiambungan	
3	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 - 14.00				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: 1. Undang-undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-undang mengenai Pelayanan Publik 3. Undang-undang mengenai Tenaga Kesehatan 4. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien				
5	Definisi Operasional	: Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Visite dokter pasien rawat inap				
	b. Eksklusi	: a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. pasien konsul				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 - 14.00				
9	Denominator	: Jumlah pasien rawat inap				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visitasi dokter pada pukul 06.00 - 14.00}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	80%	80%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Data sekunder, mohon dijelaskan: laporan visite rawat inap dalam rekam medik			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan waktu visite dokter				
14	Besar Sampel (n)	: Total sampel				
	Wilayah pengamatan	: Seluruh ruang rawat inap				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	Instalasi Rawat Inap				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: - Tabel - Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance Board - Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Jumlah Layanan Inovasi Baru					
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	: Terlaksananya layanan Inovasi baru di RS Kanker "Dharmais" yang mengutamakan keselamatan pasien, kendali mutu, kendali biaya dan/atau peningkatan pendapatan RSKD					
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Situasi dunia yang cepat berubah menuntut semua organisasi untuk melakukan inovasi agar tetap survive dan terus tumbuh. Inovasi yang dilakukan tidak hanya untuk bisnis inti organisasi tetapi kerap kali non bisnis inti justru memberikan daya ungkit pendapatan yang signifikan di sebuah organisasi. Karena itu RSKD harus terus menerus melakukan upaya-upaya terobosan berupa inovasi untuk menyelesaikan berbagai permasalahan yang dihadapi.					
5	Definisi Operasional	: Layanan Inovasi baru adalah layanan-layanan kreatif, cara-cara baru dalam pengaturan kerja, dan dilakukan dalam sebuah organisasi untuk mendorong dan mempromosikan keunggulan kompetitif. Inti dari inovasi organisasi adalah kebutuhan untuk memperbaiki atau mengubah suatu produk, proses atau jasa. (Sutarno(2012:134-135) Layanan Inovasi baru adalah layanan-layanan kreatif, tidak hanya terbatas pada produk. Inovasi dapat berupa ide, cara-cara ataupun obyek yang dipersiapkan oleh seseorang sebagai sesuatu yang baru. Inovasi juga sering digunakan untuk merujuk pada perubahan yang dirasakan sebagai hal yang baru oleh masyarakat (organisasi) yang mengalami. Kata inovasi dapat diartikan sebagai "proses" atau "hasil" Layanan Inovasi baru adalah layanan-layanan kreatif yang dibangun melalui suatu kegiatan penelitian, pengembangan, dan atau perekayasaan yang dilakukan untuk menerapkan kegiatan praktis berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sudah ada menjadi terobosan pelayanan baru yang memiliki daya ungkit bagi kemajuan organisasi (Menurut UU No. 19 Tahun 2002)					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	: Jumlah Layanan Inovasi Baru dari setiap Direktorat di RSKD yang diresmikan selama periode pengukuran					
	b. Eksklusi	: -					
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome			
8	Numerator	: Jumlah layanan Inovasi baru yang terlaksana selama periode pengukuran					
9	Denominator	: -					
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah Layanan Inovasi Baru yang terlaksana selama periode pengukuran					
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun					Direktorat terdiri dari : 1. Dirut 2. Dir PMKP. 3. Dir POU. 4. Dir SDM 5. Dir Keu
		2020	2021	2022	2023	2024	
		5 (1 per direktorat)	5 (1 per direktorat)	5 (1 per direktorat)	5 (1 per direktorat)	5 (1 per direktorat)	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner				
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :				
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:				
13	Instrumen Pengambilan Data	: Wawancara dan observasi					
14	Besar Sampel (n)	: Seluruh populasi sesuai definisi operasional yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi					
	Wilayah pengamatan	: Seluruh unit kerja di RSKD					
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik Bidang Pelayanan Penunjang					
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan		
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: 6 bulan					
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan			
		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : setiap tahun					
19	Rencana analisis	: Dengan menganalisa laporan kegiatan Inovasi pelayanan					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Melakukan diseminasi data ke unit terkait dan manajemen serta dalam rakor Bidang Pelayanan Penunjang					
Catatan : 1 inovasi per Direktorat & Dirut							



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Strategi pelayanan kesehatan saat ini mempunyai 8 pilar, dimana Pelayanan RS Rujukan terdapat dalam pilar kedua yakni meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan sekunder. Kegiatan yang diutamakan dalam pilar kedua antara lain pembangunan RS di Timur Indonesia, pelayanan penyakit prioritas termasuk kanker serta <i>partnership</i> dengan RS terkemuka dunia. Layanan unggulan adalah program pemberian layanan kesehatan dengan karakteristik utama tersedianya layanan dengan kualitas tinggi dengan mengandalkan pada mutu layanan yang berasal dari perpaduan antara kompetensi sumber daya manusia, teknologi dan komitmen untuk menjadikannya sebagai layanan yang terbaik (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 76 TAHUN 2015 TENTANG PELAYANAN WISATA MEDIS)				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas				
4	Tujuan	: Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS				
5	Definisi Operasional	: Terlaksananya layanan yang SDM atau teknologi yang digunakan merupakan suatu komitmen dengan RS luar negeri bertaraf internasional untuk meningkatkan mutu layanan				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh kerjasama luar negeri untuk peningkatan mutu layanan (SDM, teknologi, komitmen)				
	b. Eksklusi	: Kegiatan peningkatan mutu layanan unggulan yang belum dapat diterapkan				
8	Numerator	: Jumlah layanan				
9	Denominator	: Tidak Ada				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah layanan unggulan bertaraf internasional				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 Layanan	1 Layanan
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan Kegiatan, MoU			
13	Instrumen Pengambilan Data					
14	Besar Sampel (n)	: Tidak Ada				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Inap				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Gap Analysis	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke Dir PMKP	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Layanan unggulan adalah program pemberian layanan kesehatan dengan karakteristik utama tersedianya layanan dengan kualitas tinggi dengan mengandalkan pada mutu layanan yang berasal dari perpaduan antara kompetensi sumber daya manusia, teknologi dan komitmen untuk menjadikannya sebagai layanan yang terbaik (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 76 TAHUN 2015 TENTANG PELAYANAN WISATA MEDIS) Layanan unggulan VVIP, ruang isolasi radio altif (Rira) dan ruang isolasi Imunitas menurun (Riim) yang dikhususkan untuk pasien kemoterapi agresif.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas				
4	Tujuan	: Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS				
5	Definisi Operasional	: Terdapat pelayanan unggulan pada pasien di ruang rawat inap atau rawat jalan secara khusus dan eksklusif. Layanan unggulan yang dimaksud adalah layanan unggulan yang ditetapkan oleh RS				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria	: Jumlah layanan unggulan dilakukan perawatan baik di rawat inap atau rawat jalan yang bersifat khusus dan istimewa				
	a. Inklusi	: Layanan unggulan yang di rawat inap atau rawat jalan yang bersifat khusus dan istimewa				
	b. Eksklusi	: N/A				
8	Numerator	: Jumlah layanan unggulan dilakukan perawatan baik di rawat inap atau rawat jalan yang bersifat khusus dan istimewa				
9	Denominator	: N/A				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah layanan unggulan dilakukan perawatan baik di rawat inap atau rawat jalan yang bersifat khusus dan istimewa				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 layanan	1 layanan
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data					
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Inap				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Gap Analysis	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke PMKP	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1	Nama Indikator	: Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Terwujudnya inovasi produk layanan RS (<i>core & non core business</i>)				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Situasi dunia yang cepat berubah menuntut semua organisasi untuk melakukan inovasi agar tetap survive dan terus tumbuh. Inovasi yang dilakukan tidak hanya untuk bisnis inti organisasi tetapi kerap kali non bisnis inti justru memberikan daya ungkit pendapatan yang signifikan di sebuah organisasi. Karena itu RSKD harus terus menerus melakukan upaya-upaya terobosan berupa inovasi untuk meningkatkan revenue RS				
5	Definisi Operasional	: Produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah jumlah hasil penelitian translational research yang akan dijadikan layanan pemeriksaan klinik kanker				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Produk penelitian merupakan hasil dari translational research yang berupa penerapan klinik atau perbaikan standar pelayanan dari hasil penelitian				
	b. Eksklusi	: Hasil penelitian ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah jumlah hasil penelitian translational research yang akan dijadikan layanan pemeriksaan klinik kanker				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah produk penelitian RSKD yang siap dipasarkan adalah jumlah hasil penelitian translational research yang akan dijadikan layanan pemeriksaan klinik kanker				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		1	1	1	1	1
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Jumlah produk penelitian yang dapat dipasarkan		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input type="checkbox"/> Lain – lain: Data dari SIMPEL		
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan				
14	Besar Sampel (n)	: -				
	Wilayah pengamatan	: RS Kanker "Dharmais"				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data	: Kasubbag Litbang				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari		<input type="checkbox"/> Setiap minggu		
		<input type="checkbox"/> Setiap bulan		<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan		
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan		<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan		
		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		Lainnya :		
19	Rencana analisis	: Menggunakan line chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat koordinasi unit, briefing, dan melalui performance board				



KAMUS INDIKATOR :

1	Nama Indikator	: Cakupan deteksi dini																			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan																
3	Tujuan	: Mengetahui cakupan dari pasien pasien yang melakukan deteksi dini kanker dengan hasil curiga keganasan yang melakukan tindak lanjut untuk konfirmasi diagnosis																			
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Kasus kanker yang ditemukan secara dini mempunyai peluang kesembuhan yang besar bila dilakukan penanganan yang sesuai, sehingga kegiatan deteksi dini kanker harus diikuti konfirmasi diagnosis.																			
5	Definisi Operasional	: Cakupan deteksi dini adalah jumlah klien yang dilayani di deteksi dini																			
6	Kriteria																				
	a. Inklusi	: Semua klien yang dilayani oleh deteksi dini																			
	b. Eksklusi	: -																			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																	
8	Numerator	:																			
9	Denominator	:																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: jumlah klien yang dilayani di deteksi dini																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> <th rowspan="3">Ket: Capaian Target x 100%</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>				Tahun					Ket: Capaian Target x 100%	2020	2021	2022	2023	2024	70%	75%	80%	85%	90%
Tahun					Ket: Capaian Target x 100%																
2020	2021	2022	2023	2024																	
70%	75%	80%	85%	90%																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																		
		<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :																		
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:																		
13	Instrumen Pengambilan Data	: Ceklist melalui Rekam medis, SIMPEL & telepon.																			
14	Besar Sampel (n)	: Populasi Pasien di Poliklinik Deteksi Dini Kanker																			
	Wilayah pengamatan	: Poliklinik Deteksi Dini Kanker																			
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif																		
16	PJ Pengumpul Data	:																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																	
		<input type="checkbox"/> Lainnya :																			
19	Rencana analisis	: Menggunakan bar chart atau line chart																			
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat koordinasi unit, briefing, dan melalui performance board																			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1	Nama Indikator	: Jumlah Kurikulum Pelatihan Bidang Onkologi Yang Terakreditasi Direktorat Jenderal Tenaga Kerja																			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan																	
3	Tujuan	: Untuk dapat menyelenggarakan pelatihan sesuai standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan (BPPSDM)																			
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Sebagai Pusat Kanker Nasional, RSKD harus melakukan Program Pelatihan untuk meningkatkan kompetensi di bidang Onkologi untuk berbagai profesi tenaga kesehatan. Pelatihan ini harus mempunyai Kurikulum yang terstandarisasi oleh Direktorat Jenderal Tenaga Kerja																			
5	Definisi Operasional	: Sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan yang telah terakreditasi, RS Kanker Dharmais harus terus menambah jenis kurikulum pelatihan di bidang onkologi yang terakreditasi BPPSDM, agar dapat meningkatkan daya saing sebagai penyelenggara pelatihan.																			
6	Kriteria																				
	a. Inklusi	: Kurikulum Pelatihan Baru di bidang Onkologi yang terakreditasi BPPSDM																			
	b. Eksklusi	: -																			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																	
8	Numerator	: Kurikulum Pelatihan Baru di bidang Onkologi yang terakreditasi Ditjen Nakes dihitung secara kumulatif setiap tahun																			
9	Denominator	: -																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah Kurikulum Pelatihan Baru di bidang Onkologi yang terakreditasi Ditjen Nakes dihitung secara kumulatif setiap tahun																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>14</td> <td>16</td> <td>18</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	12	14	16	18	20
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
12	14	16	18	20																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan Jumlah Kurikulum yang terakreditasi BPPSDM																	
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Lain – lain: Data dari SIMPEL																		
		<input type="checkbox"/> SIMRS																			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Data SIAKPEL (Sistem Informasi Akreditasi Pelatihan) dari Puslat Ditjen Nakes																			
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada																			
	Wilayah pengamatan	: Bagian Pendidikan dan Penelitian																			
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif																			
16	PJ Pengumpul Data	: Kepala Sub Bagian Pengelolaan Diklat																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																			
		Yang lain, Mohon disebutkan:																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																			
		Lainnya :																			
19	Rencana analisis	: Menggunakan analisis grafik batang																			
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Dilaporkan dalam laporan bulanan																			



KAMUS INDIKATOR : KOMITE KOORDINASI PENDIDIKAN

1	Nama Indikator	Jumlah pendidikan kedokteran dan non kedokteran																			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kestinambungan																	
3	Tujuan	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Center and Cancer Registry & Monitoring</i> sebagai salah satu sasaran strategis untuk mencapai Tujuan Strategis RS Kanker "Dharmais" 2024																			
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Tujuan Strategis RS Kanker "Dharmais" 2024 adalah terwujudnya RS Kanker "Dharmais" menjadi <i>Caring and Smart National Cancer Center</i> . Agar tujuan ini dapat tercapai dalam pandangan <i>stakeholder</i> inti, maka manajemen RS akan berfokus meningkatkan performa pada tiga tema strategis (<i>strategic-theme</i>) yang dirancang, yaitu meningkatkan <i>cost-leadership</i> , penguatan misi nasional, dan <i>business growth</i> . Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Center and Cancer Registry & Monitoring</i> merupakan salah satu bentuk sasaran strategis yang ingin dicapai dalam rangka merealisasikan tema penguatan misi nasional. Agar sasaran strategis tersebut tercapai, dibutuhkan suatu Indikator Kinerja Utama atau <i>Key Performance Indicator</i> yang mendukung, dan 'Jumlah Pendidikan Kedokteran dan Non Kedokteran' adalah salah satu KPI yang dapat menggambarkan capaian sasaran strategis yang dimaksud.																			
5	Definisi Operasional	Jumlah pendidikan kedokteran dan non kedokteran adalah jumlah perjanjian kerja sama yang dilakukan antara institusi																			
6	Kriteria																				
	a. Inklusi	Seluruh perjanjian kerja sama antara Institusi Pendidikan pemerintah dan atau swasta dengan RS Kanker "Dharmais"																			
	b. Eksklusi	Usulan / rencana perjanjian kerja sama antara Institusi Pendidikan pemerintah dan atau swasta dengan RS Kanker "Dharmais" yang belum diresmikan																			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																	
8	Numerator	-																			
9	Denominator	-																			
10	Cara Pengukuran / Formula	Jumlah pendidikan kedokteran dan non kedokteran																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	11	12	13	14	15
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
11	12	13	14	15																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> SIMRS		<input type="checkbox"/> Kuesioner <input type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan <input checked="" type="checkbox"/> Lain - lain : Laporan Daftar PKS antara RS Kanker "Dharmais" dengan institusi pendidikan yang diresmikan, beserta lampiran data dukung isi PKS dan fotokopi surat keterangan akreditasi intitusi pendidikan/ program studi yang dimaksud																	
13	Instrumen Pengambilan Data	Rekapitulasi jumlah perjanjian kerja sama pendidikan kedokteran dan non kedokteran yang dilakukan RS Kanker "Dharmais"																			
14	Besar Sampel (n)	Total populasi																			
15	Wilayah pengamatan	RS Kanker Dharmais																			
16	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif																	
17	PJ Pengumpul Data	Petugas pengumpul data (para koordinator)																			
18	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu		<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan																	
		Yang lain, mohon disebutkan :																			
19	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																	
		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya : Setiap Tahun																			
20	Rencana analisis	Menggunakan analisis grafik batang																			
20	Cara hasil-hasil data akan disebarluaskan pada staf	Disampaikan pada rapat internal, kemudian hasil pengelolaan data dilaporkan kepada Direktur Utama dan Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian dalam bentuk <i>hardcopy</i> sesuai <i>template</i> yang berlaku.																			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	: Jumlah 14 wilayah Provinsi Population Based Cancer Registry (PBCR) dengan kualitas data setara CI5					
2	Dimensi mutu (pilih yang sesuai)	: <input type="checkbox"/> Efisiensi		: <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		: <input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		: <input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas		: <input type="checkbox"/> Keselamatan		: <input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Tercapainya kualitas data beban kanker PBCR di 14 wilayah Provinsi sesuai dengan standar <i>Cancer Incidence in Five Continents (CI5) WHO-IARC</i>					
4	Dasar pemikiran / Literatur	: Dalam rangka Program Penanggulangan Kanker Nasional dan mendapatkan informasi yang akurat tentang data beban kanker, maka diperlukan kualitas data beban kanker tingkat populasi yang bermutu dan bertaraf internasional.					
5	Definisi operasional	: Jumlah 14 wilayah Provinsi PBCR yang memiliki data beban kanker setara dengan standar CI5. Data beban kanker PBCR yang dimaksud adalah data frekuensi, insiden dan mortalitas kasus kanker di wilayah Provinsi tahun 2018 - 2020 yang memenuhi standar CI5.					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	: Data insiden dan data mortalitas kasus kanker di 14 wilayah Provinsi PBCR pada tahun 2018-2020					
	b. Eksklusi	: -					
7	Jenis indikator	: <input type="checkbox"/> Struktur		: <input checked="" type="checkbox"/> Proses		: <input type="checkbox"/> Outcome	
8	Numerator	: -					
9	Denominator	: -					
10	Cara pengukuran / Formula	: Jumlah wilayah Provinsi dengan kualitas data setara CI5					
11	Target pencapaian Indikator	: Tahun					Ket: Jumlah wilayah Provinsi dengan kualitas data setara CI5
		2020	2021	2022	2023	2024	
		1	3	6	10	14	
12	Sumber data :(pilih yang sesuai)	: <input type="checkbox"/> Observasi		: <input type="checkbox"/> Kuesioner			
		: <input checked="" type="checkbox"/> Rekam medis		: <input checked="" type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan dari RS Jejaring			
		: <input checked="" type="checkbox"/> SIMRS		: <input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain : Laporan dari RS Jejaring di DKI Jakarta			
13	Instrumen pengambilan data	: Formulir SRiKanDI dan Laporan					
14	Besar sampel (n)	: Total populasi					
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Pengendali Data Beban Kanker dan Jejaring Kanker Nasional					
15	Metodologi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent		: <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Data					
17	Frekuensi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Setiap hari		: <input type="checkbox"/> Setiap minggu		: <input type="checkbox"/> Setiap bulan	
		: <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan					
		: <input type="checkbox"/> Yang lain, mohon disebutkan:					
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	: <input type="checkbox"/> Setiap bulan		: <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan		: <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		: <input type="checkbox"/> Lainnya :					
19	Rencana analisis	: Menggunakan <i>run chart</i>					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Dilaporkan dalam rapat bulanan dan performance board					



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	: Jumlah RS rujukan nasional yang sudah menjalankan program penanggulangan kanker								
2	Dimensi mutu (pilih yang sesuai)	: <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas <input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien <input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Kestinambungan								
3	Tujuan	: Melaksanakan implementasi pengampuan Program Penanggulangan Kanker Nasional pada RS Rujukan Nasional								
4	Dasar pemikiran / Literatur	: Pemerataan dalam bidang kesehatan termasuk onkologi belum merata di Indonesia. Sebaran dokter spesialis, subspesialis, serta tenaga ahli di bidang onkologi lainnya, serta sarana dan prasarana masih terpusat pada kota besar terutama di Pulau Jawa. Pusat Kanker Nasional memiliki tanggung jawab yang besar dalam berupaya mengurangi kesenjangan permasalahan yang ada melalui Program Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan melalui optimalisasi jejaring layanan kanker.								
5	Definisi operasional	: Jumlah RS yang berkontribusi mengikuti kegiatan dalam rangka pengampuan untuk mendukung Program Penanggulangan Kanker Nasional menurut WHO. Program Penanggulangan Kanker Nasional yang dimaksud yaitu 1. Promotif dan Preventif ; 2. Deteksi Dini dan Skrining; 3. Diagnostik dan Terapi; 4. Surveilans dan Registrasi Kanker; 5. Penelitian; 6. Paliatif; 7. Terapi Suportif dan Rehabilitasi								
6	Kriteria									
	a. Inklusi	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi dalam Program Penanggulangan Kanker Nasional. RS Rujukan Nasional yang dimaksud yaitu: 1. RSUP H. Adam Malik Medan; 2. RSUP Dr. M. Djamil Padang; 3. RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang; 4. RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta; 5. RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung; 6. RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta; 7. RSUP Dr. Kariadi Semarang; 8. RSUD Dr. Soetomo Surabaya; 9. RSUP Sanglah Denpasar, Bali; 10. RSUD Dr. Soedarso Pontianak; 11. RSUD H. Abdul Wahab Sjahrane Samarinda; 12. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar; 13. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado; 14. RSUD Jayapura;								
	b. Eksklusi	: -								
7	Jenis indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome								
8	Numerator	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional								
9	Denominator	: -								
10	Cara pengukuran / Formula	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional								
11	Target pencapaian Indikator	Tahun								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">14</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	3	6	9
2020	2021	2022	2023	2024						
3	6	9	12	14						
12	Sumber data :(pilih yang sesuai)	: <input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Kuesioner								
		: <input type="checkbox"/> Rekam medis <input checked="" type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan dari RS Jejaring								
		: <input type="checkbox"/> SIMRS <input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain : Laporan dari unit kerja								
13	Instrumen pengambilan data	: Survey, Laporan kerja								
14	Besar sampel (n)	: Total populasi								
	Wilayah pengamatan	: Wilayah kerja 12 RS Rujukan Nasional sesuai inklusi dan RS Kanker Dharmais								
15	Metodologi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif								
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Data								
17	Frekuensi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan								
		: <input type="checkbox"/> Yang lain, mohon disebutkan:								
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	: <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan								
		: <input type="checkbox"/> Lainnya :								
19	Rencana analisis	: Analisis deskriptif menggunakan excel/spss								
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Dilaporkan dalam rapat koordinasi dan performance board								



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1	Nama Indikator	: Jumlah Penelitian Multicenter				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	✓ Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kestinambungan		
3	Tujuan	: Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan, dan penelitian nasional dan internasional sebagai salah satu sasaran strategis dalam Rencana Strategis Bisnis RS Kanker "Dharmais" 2024				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Penelitian MultiCenter (PMC) adalah suatu penelitian dengan ruang lingkup yang lebih luas daripada penelitian biasa. Penelitian ini dilakukan di lebih dari satu pusat kesehatan atau klinik. Kebanyakan uji klinis besar, terutama uji coba Fase III, dilakukan di beberapa institusi penelitian : Manfaat penelitian multicenter mencakup jumlah peserta yang lebih banyak, lokasi geografis yang berbeda, kemungkinan dimasukkannya kelompok populasi yang lebih luas, dan kemampuan untuk membandingkan hasil antar institusi, yang semuanya meningkatkan kemampuan evaluasi hasil penelitian				
5	Definisi Operasional	: Penelitian multicenter adalah penelitian yang berbasis jejaring atau kerjasama tingkat nasional dan internasional yang berkaitan dengan penerapan klinik atau perbaikan standar pelayanan dari hasil penelitian ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Hasil penelitian manajemen rumah sakit, ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik				
	b. Eksklusi	: -				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	✓ Outcome		
8	Numerator	: Penelitian manajemen rumah sakit, ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah penelitian, meliputi penelitian manajemen rumah sakit, ilmu kedokteran dasar, terapan, epidemiologi maupun pengembangan teknologi kedokteran, meskipun belum terbukti memberikan manfaat klinik baik diagnostik maupun terapeutik				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		2	2	2	2	2
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	✓ Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Jumlah penelitian multicenter			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	Lain – lain:			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Jumlah penelitian				
14	Besar Sampel (n)	: -				
	Wilayah pengamatan	: RS Kanker "Dharmais"				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	✓ Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data	: Kasubbag Litbang Bagian Diklit				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	✓ Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	✓ Setiap 3 bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Menggunakan line chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Dilaporkan dalam laporan bulanan				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM DAN PENELITIAN

1	Judul Indikator	: Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi paripurna																			
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pemerataan dalam bidang kesehatan termasuk onkologi belum merata di Indonesia. Sebaran dokter spesialis, subspecialis, serta tenaga ahli di bidang onkologi lainnya, serta sarana dan prasarana masih terpusat pada kota besar terutama di Pulau Jawa. Pusat Kanker Nasional memiliki tanggung jawab yang besar dalam berupaya mengurangi kesenjangan permasalahan yang ada melalui Program Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan melalui optimalisasi jejaring layanan kanker.																			
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	<input type="checkbox"/> Integritas																
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil																		
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu																			
4	Tujuan	: Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan dan penelitian nasional dan Internasional																			
5	Definisi Operasional	: Jumlah RS yang berkontribusi mengikuti kegiatan dalam rangka pengampunan untuk mendukung Program Penanggulangan Kanker Nasional Menurut WHO . Program Penanggulangan Kanker Nasional yang dimaksud yaitu 1. Promotif dan Preventif; 2. Deteksi Dini dan Skrining; 3. Diagnostik dan Terapi; 4. Surveilans dan Registrasi Kanker; 5. Penelitian; 6. Paliatif; 7. Terapi Suportif dan Rehabilitasi																			
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome																	
7	Kriteria																				
	a. Inklusi	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi dalam Program Penanggulangan Kanker Nasional. RS Rujukan Nasional yang dimaksud yaitu: 1. RSUO H. Adam Malik Medan; 2. RSUP Dr. M. Djamil Padang; 3. RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang; 4. RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta; 5. RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung; 6. RSUP dr. Sardjito Yogyakarta; 7. RSUP dr. Kariadi Semarang; 8. RSUD dr. Soetomo Surabaya; 9. RSUP Sanglah Denpasar Bali; 10. RSUD dr. Soedarso Pontianak; 11. RSUD H. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda; 12. dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar; 13. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado; 14. RSUD Jayapura.																			
	b. Eksklusi	: -																			
8	Numerator	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional																			
9	Denominator	: -																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	1	1
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
-	-	-	1	1																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan dari RS Jejaring																		
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan dari unit kerja																		
13	Instrumen Pengambilan Data	Survey, Laporan Kerja																			
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi																			
	Wilayah pengamatan	: Wilayah kerja 12 RS Rujukan Nasional sesuai inklusi dan RS Kanker Dharmais																			
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif																		
16	PJ Data	PJ Data																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																
		Yang lain, Mohon disebutkan:																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																	
		<input type="checkbox"/> Lainnya :																			
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Analisis Deskriptif menggunakan Excel/spss																
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input type="checkbox"/> Rapat Internal Unit		<input type="checkbox"/> Briefing																	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Rapat Koordinasi																	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM DAN PENELITIAN

1	Judul Indikator	: RS Umum Vertikal yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan yang melaksanakan layanan kanker minimal strata utama				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pemerataan dalam bidang kesehatan termasuk onkologi belum merata di Indonesia. Sebaran dokter spesialis, subspecialis, serta tenaga ahli di bidang onkologi lainnya, serta sarana dan prasarana masih terpusat pada kota besar terutama di Pulau Jawa. Pusat Kanker Nasional memiliki tanggung jawab yang besar dalam berupaya mengurangi kesenjangan permasalahan yang ada melalui Program Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan melalui optimalisasi jejaring layanan kanker.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan dan penelitian nasional dan Internasional				
5	Definisi Operasional	: Jumlah RS yang berkontribusi mengikuti kegiatan dalam rangka pengampunan untuk mendukung Program Penanggulangan Kanker Nasional Menurut WHO . Program Penanggulangan Kanker Nasional yang dimaksud yaitu 1. Promotif dan Preventif; 2. Deteksi Dini dan Skrining; 3. Diagnostik dan Terapi; 4. Surveilans dan Registrasi Kanker; 5. Penelitian; 6. Paliatif; 7. Terapi Suportif dan Rehabilitasi				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi dalam Program Penanggulangan Kanker Nasional. RS Rujukan Nasional yang dimaksud yaitu: 1. RSUO H. Adam Malik Medan; 2. RSUP Dr. M. Djamil Padang; 3. RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang; 4. RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta; 5. RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung; 6. RSUP dr. Sardjito Yogyakarta; 7. RSUP dr. Kariadi Semarang; 8. RSUD dr. Soetomo Surabaya; 9. RSUP Sanglah Denpasar Bali; 10. RSUD dr. Soedarso Pontianak; 11. RSUD H. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda; 12. dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar; 13. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado; 14. RSUD Jayapura.				
	b. Eksklusi	: -				
8	Numerator	: Jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: jumlah RS Rujukan Nasional yang berkontribusi kegiatan penanggulangan kanker nasional				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1	1
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan dari RS Jejaring			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan dari unit kerja			
13	Instrumen Pengambilan Data	Survey, Laporan Kerja				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Wilayah kerja 12 RS Rujukan Nasional sesuai inklusi dan RS Kanker Dharmais				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	PJ Data				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Chart <input type="checkbox"/> Pareto Chart <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Analisis Deskriptif menggunakan Excel/spss				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Rapat Koordinasi			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	: Jumlah RSUD yang di bina menjadi Utama Sesuai dengan binaan yang ditetapkan				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesinambungan		
3	Tujuan	: Terbentuknya Jejaring RS Nasional yang di bina RS Kanker Dharmais dalam menjalankan Program Penanggulangan Kanker				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: KMK HK.01.07/MBNKS/1337/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kanker				
5	Definisi Operasional	: Jumlah RSUD Provinsi yang di bina menjadi strata utama dalam hal penanggulangan kanker nasional sesuai dengan kemampuan rumah sakit.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: RSUD Provinsi				
	b. Eksklusi	: Rumah Sakit Vertikal Strata Utama				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	:-				
9	Denominator	:-				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah Rumah Sakit Provinsi yang menjadi Strata Utama dalam proses pengampunan jejaring layanan kanker.				
11	Target Pencapaian Indikator					
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1	1
12	Sumber Data : (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon di jelaskan: Laporan dari RS Jejaring			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain Lain			
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: 38 RS yang telah ditetapkan Kemakes untuk menjadi Strata Utama				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent		<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data					
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input type="checkbox"/> lainnya, Sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data di sebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit			<input checked="" type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board			<input type="checkbox"/> lainnya Sebutkan:	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	Patient Management Time				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	Mengetahui persentase <i>Patient Management Time</i> yang sesuai standar				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Untuk memberikan pelayanan kanker yang baik, perlu dinilai apakah ada delay akses (sejak pasien ada gejala hingga datang ke RS), delay patient (diagnosis minimal 2 minggu dari kedatangan pertama), delay treatment (mulai diagnosis ditetapkan hingga mulai terapi pertama) dan waktu yang dibutuhkan hingga akhir tatalaksana (Overall Treatment Time = OTT) (hidup atau meninggal). Saat ini prioritas pemantauan dilaksanakan untuk Kanker Payudara dan Kanker Serviks karena merupakan kasus terbanyak pada dewasa dan Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) karena merupakan kasus terbanyak pada anak. Tiga penyakit kanker ini merupakan arah pengembangan IDB s/d 2030				
5	Definisi Operasional	<i>Patient Management Time</i> adalah keseluruhan waktu yang dibutuhkan pasien mulai dari pasien datang pertama untuk diagnosis dan penetapan stadium sampai mendapat terapi pertama (definitif/suportif) sesuai kondisi pasien (stadium dan keadaan umum) dalam waktu ≤ 3 bulan terhitung hari kalender. Laporan pada bulan berjalan adalah pasien baru skrining rawat jalan (RJ) pada bulan n-4.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	Semua pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dari skrining rawat jalan (RJ) dan diikuti hingga mendapatkan terapi pertama (definitif/suportif)				
	b. Eksklusi	Loss to follow up; meninggal sebelum mendapatkan terapi pertama (definitif/ suportif)				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	Jumlah pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dari skrining RJ mendapatkan terapi pertama (definitif/suportif) sesuai stadium/kondisi pasien (stadium dan keadaan umum) dalam waktu ≤ 3 bulan kalender				
9	Denominator	Jumlah pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dari skrining RJ pd bln pemantauan				
10	Cara Pengukuran / Formula	$\frac{\text{Jml pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yang masuk dr skrining RJ mendapatkan terapi pertama (definitif/suportif) sesuai stadium/kondisi pasien (stadium dan keadaan umum) dalam waktu } \leq 3 \text{ bulan kalender}}{\text{Jumlah Pasien Kanker Payudara, Kanker Serviks dan LLA Anak yg masuk dari skrining RJ pd bln pemantauan}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		NA	60%	70%	80%	95%
12	Sumber Data : (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain:			
13	Instrumen Pengambilan Data	Form Evaluasi Patient Management Time yang sesuai standar				
14	Besar Sampel (n)	Seluruh Populasi sesuai definisi operasional yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi				
14	Wilayah pengamatan	Unit Kerja yang Menyelenggarakan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Unit Kerja yang Menyelenggarakan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	Concurrent <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	Kepala Seksi Penunjang Medik Bidang Pelayanan Penunjang				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :Hasil akhir dikumpulkan setelah setahun				
19	Rencana analisis	Menggunakan analisis dengan grafik batang dan garis				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	Rapat koordinasi unit terkait, briefing, dan melalui performance board, sosialisasi tertulis.				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i> setiap kelompok Staf Medik				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Clinical Pathway adalah alur tatalaksana atau prosedur yang dilakukan dalam pelayanan pasien yang merupakan turunan dari PPK (Panduan Praktik Klinik) dimana variasi tidak ada atau sedikit. Clinical Pathway, juga dikenal sebagai care pathway, integrated care pathway, critical pathway, atau care map, adalah salah satu alat utama yang digunakan untuk mengelola kualitas dalam perawatan kesehatan mengenai standarisasi proses perawatan. Masing masing MSF mempunyai PPK dan seharusnya mempunyai Clinical Pathway.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas				
4	Tujuan	: Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien				
5	Definisi Operasional	: Kepatuhan setiap staf medik terhadap clinical pathway yang disusun bersama sesuai PPK				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh pasien dengan CP				
	b. Eksklusi	: 1. Pasien pulang atas kemauan sendiri 2. Pasien dengan perubahan kondisi/ perburukan 3. Pasien dengan varian				
8	Numerator	: Jumlah KSM yang patuh menggunakan CP				
9	Denominator	: Jumlah KSM yang mempunyai CP				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah KSM yang patuh menggunakan CP}}{\text{Jumlah KSM yang mempunyai CP}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥80%	≥80%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data					
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Cara Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Data	Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Jalan				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	: <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		: <input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Gap Analysis	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke PMKP	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN						
1	Judul Indikator	: Tercapainya target indikator klinis layanan kanker				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	PPK menjadi dasar pembuatan alur klinis. Yang dinilai adalah: 1. Kepatuhan kemoterapi payudara (3 hari) 2. Kepatuhan bedah mastektomi (5 hari) 3. Kepatuhan kemoterapi payudara ODC 4. Kepatuhan OTT radiasi eksternal payudara				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman		<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input checked="" type="checkbox"/> Adil		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien				
5	Definisi Operasional	: Presentase kepatuhan 3 modalitas layanan kanker payudara				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome				
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pasien dengan ICP Payudara di rawat inap, rawat sehari dan radioterapi				
	b. Eksklusi	: Terdapat fase perbaikan keadaan umum dalam episode penilaian, pasien meninggal/putus pengobatan ketika periode ICP belum selesai serta terdapat varian atau terdapat kondisi bencana.				
8	Numerator	: Total presentase kepatuhan kemoterapi payudara (3 hari), Kepatuhan bedah mastektomi (5 hari), Kepatuhan kemoterapi payudara ODC, Kepatuhan OTT radiasi eksternal payudara				
9	Denominator	: 4				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Total presentase Kepatuhan Kemoterapi payudara (3 hari), Kepatuhan bedah mastektomi (5 hari), Kepatuhan kemoterapi payudara ODC, Kepatuhan OTT radiasi}}{4} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	80%	80%
12	Sumber Data : (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Form Pemantauan ICP			
13	Instrumen Pengambilan Data	Form Pemantauan Pasien dengan menggunakan Form Pemantauan ICP				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Terkait				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Data	Substansi Pelayanan Medik				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Chart <input type="checkbox"/> Pareto Chart <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke Dir MK dan Feedback ke Timja Paru , Prostat, Pankreas dan Payudara	



KAMUS INDIKATOR :

1	Nama Indikator	: Jumlah pasien baru non BPJS																			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien																	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan																	
3	Tujuan	: Peningkatan jumlah pasien baru non BPJS dari perusahaan/asuransi/umum																			
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Rumah sakit dalam meningkatkan prosentase pertumbuhan pasien baru non BPJS (perusahaan/asuran dan dan umum)																			
5	Definisi Operasional	: Jumlah pasien baru non BPJS yaitu pasien non BPJS yang baru pertama kali datang berobat ke RSKD.																			
	Kriteria																				
6	a. Inklusi	: 1. Pasien dengan pembayaran jaminan perusahaan/asuransi. 2. Pasien umum/tunai																			
	b. Eksklusi	: Pasien BPJS Kesehatan																			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome																	
8	Numerator	: Jumlah pasien baru non BPJS periode berjalan																			
9	Denominator	: -																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah pasien baru non BPJS periode berjalan																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4,807</td> <td>6,400</td> <td>8,000</td> <td>4,500</td> <td>5,000</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	4,807	6,400	8,000	4,500	5,000
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
4,807	6,400	8,000	4,500	5,000																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :																		
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:																		
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan Kegiatan																			
14	Besar Sampel (n)	: Jumlah pasien baru non BPJS																			
	Wilayah pengamatan	: Unit Kerja Pelayanan																			
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif																		
16	PJ Pengumpul Data	: IPPU																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																	
		<input type="checkbox"/> Lainnya :																			
19	Rencana analisis	: Menggunakan bar chart atau line chart																			
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat koordinasi, briefing dan melalui performance board																			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Presentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	Layanan unggulan adalah program pemberian layanan kesehatan dengan karakteristik utama tersediannya layanan dengan kualitas tinggi dengan mengandalkan pada mutu layanan yang berasal dari perpaduan antara kompetensi sumber daya manusia, teknologi dan komitmen untuk menjadikannya sebagai layanan yang terbaik (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 76 TAHUN 2015 TENTANG PELAYANAN WISATA MEDIS) Pelayanan unggulan yang berhasil akan menyebabkan peningkatan jumlah yang dilayani. Lokasi layanan unggulan yang akan dinilai pada periode ini adalah jumlah layanan di rawat inap VVIP, RIRA dan RIMM				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas				
4	Tujuan	: Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif				
5	Definisi Operasional	: Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, RIIM dan RIRA terhadap periode yang sama pada tahun sebelumnya				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome				
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh pasien yang dilayani di VVIP, RIIM dan RIRA				
	b. Eksklusi	: Pasien komplain				
8	Numerator	: Selisih pasien yang dilayani tahun ini				
9	Denominator	: Total pasien yang dilayani dalam periode yang sama tahun yang lalu				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{(\text{pasien yang dilayani di VVIP+RIRA+RIIM thn ini}) - (\text{Pasien yang dilayani di VVIP+RIRA+RIIM periode sama tahun lalu})}{\text{Pasien yang dilayani di VVIP+RIRA+RIIM periode yang sama thn lalu}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	10%	10%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data					
14	Besar Sampel (n)	: Tidak ada				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Data	Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Jalan				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Chart <input type="checkbox"/> Pareto Chart <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Gap Analysis				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke PMKP	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SUMBER DAYA MANUSIA

1	Nama Indikator	: Tingkat Kepuasan Staf			
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Keselambungan	
3	Tujuan	: Terwujudnya Stakeholder Engagement			
4	Dasar Pemikiran /Literatur	: Mengukur tingkat kepuasan pegawai terhadap remunerasi			
5	Definisi Operasional	: Tingkat kepuasan Staf Terhadap Remunerasi merupakan survei Kepuasan staf terhadap remunerasi yang diterima dan harapannya			
6	Kriteria				
	a. Inklusi	: Pegawai RSKD			
	b. Eksklusi	: -			
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome	
8	Numerator	: Hasil survei terhadap tingkat kepuasan remunerasi			
9	Denominator	: Jumlah seluruh pegawai BLU			
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Hasil survei terhadap tingkat kepuasan remunerasi}}{\text{Jumlah Seluruh pegawai BLU}} \times 100\%$			
11	Target Pencapaian Indikator	2020	2021	2022	2023
		-	-	-	≥50%
12	Sumber Data (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi		<input checked="" type="checkbox"/> Kuesioner	
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:	
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan	
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Survey Remunerasi			
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi			
	Wilayah pengamatan	: RSKD			
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent		<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	
16	PJ Pengumpul Data				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: 1 Tahun			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		lainnya :			
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan
20	Cara hasil-hasil data di sebarluaskan pada staf	<input type="checkbox"/> Rapat Internal unit		<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya Sebutkan: Sosialisasi hasil Survey	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	Indeks Budaya Kinerja RS				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksebilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kestinambungan		
3	Tujuan	Terwujudnya budaya kinerja				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Implementasi budaya organisasi RS Kanker "Dharmais" masih rendah walaupun telah disosialisasikan.				
5	Definisi Operasional	Indeks Budaya Korporat adalah hasil pengukuran pegawai yang telah mengikuti pelatihan internalisasi budaya dengan nilai-nilai budaya RSKD adalah Profesional, Care, Continuous Improvement dan Synergy (PRO Care CS)				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	Pegawai RS Kanker "Dharmais" yang mengikuti pelatihan internalisasi budaya				
	b. Eksklusi	-				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan internalisasi budaya				
9	Denominator	Jumlah seluruh pegawai				
10	Cara Pengukuran / Formula	Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan internalisasi budaya				$SKOR = \frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$
		Jumlah seluruh pegawai				
11	Target Pencapaian Indikator	2020	2021	2022	2023	2024
		83%	85%	87%	89%	91%
		Baseline: 81%				
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan :			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain : Hasil Survey			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Survey				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker "Dharmais"				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Restrospektif			
16	PJ Data	: Penanggung Jawab Data SDM				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap Hari	<input type="checkbox"/> Setiap Minggu	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: setiap tahun				
18	Periode waktu pelaporan :	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 Bulan	Lainnya : setiap akhir tahun	
19	Rencana Analisis	: Menggunakan line chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Sosialisasi Hasil Survey				



KAMUS INDIKATOR KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1	Nama Indikator	Indeks Budaya Keselamatan					
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	Mengetahui Tingkat Budaya Keselamatan Pasien di RS. Kanker Dharmais					
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Rumah sakit merupakan institusi yang kompleks sehingga berisiko untuk terjadinya suatu kejadian yang tidak diharapkan. Untuk meminimalisir terjadinya hal tersebut sangat diperlukan untuk membangun budaya keselamatan pasien. Langkah pertama yang dilakukan adalah menilai tingkat maturitas budaya keselamatan pasien menggunakan MaPSaF (Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool) yang dipublikasikan oleh NPSA (National Patient Safety Agency) pada tahun 2006.					
5	Definisi Operasional	Pengukuran tingkat maturitas budaya keselamatan pasien rumah sakit yang menggambarkan 5 tingkatan budaya keselamatan pasien, yaitu: patologis, reaktif, birokratif, proaktif, dan generatif. Patologis berarti tidak ada sistem untuk pengembangan budaya patient safety; reaktif berarti sistemnya masih terpecah-pecah, dikembangkan sebagai bagian dari regulasi atau permintaan akreditasi atau untuk merespon insiden yang terjadi; birokratif berarti terdapat pendekatan sistematis terhadap patient safety, tetapi implementasinya masih terkotak kotak, dan analisis terhadap insiden masih terbatas pada situasi ketika insiden terjadi; proaktif berarti terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya patient safety, sedangkan generatif berarti pembentukan dan maintenance budaya patient safety adalah bagian sentral dari misi organisasi, efektifitas intervensi selalu dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman yang salah maupun yang berhasil, dan mengambil tindakan-tindakan yang berarti untuk memperbaiki situasi. Sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien yaitu komitmen menyeluruh dan berkelanjutan (dimensi 1), prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (dimensi 2), kesalahan sistem dan tanggung jawab individu (dimensi 3), perekaman insiden dan best practices (dimensi 4), evaluasi insiden dan best practices (dimensi 5), pembelajaran dan perubahan efektif (dimensi 6), komunikasi tentang isu keselamatan pasien (dimensi 7), manajemen kepegawaian dan isu keselamatan (dimensi 8), pendidikan dan pelatihan staf (dimensi 9), serta kerjasama tim (dimensi 10).					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	Staf yang mengikuti survey budaya keselamatan pasien menggunakan MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework)					
	b. Eksklusi	-					
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses		<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	-					
9	Denominator	-					
10	Cara Pengukuran / Formula	Hasil Survey dengan menggunakan instrumen Minimal 7 dari 10 dimensi yang diukur mencapai tingkat maturitas yang ditargetkan. Base Line : Reaktif					
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun					Ket : Capaian x 100%
		2020	2021	2022	2023	2024	
		Reaktif	Proaktif	Proaktif	Level 4	Level 5	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS		<input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain:			
13	Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner MaPSaF					
14	Besar Sampel (n)	128					
	Wilayah pengamatan	Lingkungan RS Kanker Dharmais					
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data						
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari		<input type="checkbox"/> Setiap minggu			
		<input type="checkbox"/> Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan			
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain,Mohon disebutkan: Tahunan					
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan			
		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan					
		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya :					
19	Rencana analisis	Bar Chart					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	Data dilaporkan kepada direktur utama dan disebarluaskan kepada staf melalui rapat koordinasi					



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, OPERASIONAL DAN UMUM

1	Judul indikator	Persentase Integrasi data antrian pendaftaran, dan medical record				
2	Dasar pemikiran / Literatur	1. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis 2. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik				
3	Dimensi mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Berorientasi pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>				
5	Definisi operasional	Integrasi Data Antrian, Pendaftaran, dan Medical Record				
6	Jenis indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	Data Antrian, Pendaftaran dan Medical Record				
	b. Eksklusi					
8	Numerator	Jumlah integrasi yang telah dibangun				
9	Denominator	Jumlah integrasi yang harus dibangun				
10	Cara pengukuran / Formula	$\frac{\text{Jumlah integrasi yang telah dibangun}}{\text{Jumlah integrasi yang harus dibangun}} \times 100\%$				
11	Target pencapaian Indikator	TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-		-	100%	100%
12	Sumber data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam medis	<input type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain: laporan perjanjian pendaftaran pasien rawat jalan			
13	Instrumen pengambilan data	formulir pengumpulan data perjanjian pendaftaran pasien rawat jalan				
14	Besar sampel (n)	Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	Unit Kerja terkait				
15	Cara pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	PJ Data Instalasi SIMRS				
17	Frekuensi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar chart	<input type="checkbox"/> Pareto chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance board			<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan :	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN ORGANISASI DAN UMUM

1	Judul Indikator	: Terseleenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Perkembangan baru dalam teknologi informasi dan komunikasi (ICT) khususnya teknologi digital berpotensi untuk meningkatkan kecepatan, keandalan dan jangkauan surveillans, pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi. Teknologi digital dapat meningkatkan kemampuan mendeteksi dan merespon terhadap wabah secara real-time, selain juga menjadi sumber informasi yang akurat dalam penyebaran informasi kepada masyarakat. (European Center for Disease Prevention and Control (2021). Digital technologies for the surveillance, prevention and control of infectious diseases. Available from: www.ecdc.europa.eu)				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman		<input type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Terwujudnya Sistem ICT yang terintegrasi sistem informasi surveilans berbasis digital				
5	Definisi Operasional	: Integrasi surveillans berbasis digital adalah pengisian data surveillans penyakit infeksi di RS Kanker Dharmais ke dalam sistem surveilans digital yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan RI.				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Semua sistem surveilans penyakit infeksi yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan				
	b. Eksklusi	: Tidak Ada				
8	Numerator	: Jumlah sistem surveilans penyakit infeksi Kemenkes yang dilaporkan datanya secara digital oleh RS Kanker Dharmais				
9	Denominator	: Target integrasi, yaitu 1 sistem.				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah sistem surveilans penyakit infeksi Kemenkes yang dilaporkan datanya secara digital oleh RS Kanker Dharmais}}{\text{Target integrasi, yaitu 1 sistem}}$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 Sistem	1 Sistem
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: hasil ceklis pemenuhan standar			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> lain lain :			
13	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pengambilan data				
14	Besar Sampel (n)	: Semua sistem surveilans penyakit infeksi yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan				
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Laboratorium Terpadu				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Data	PJ Pengumpul data ILT				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Tabel	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input checked="" type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board			<input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan:	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN, MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

1	Judul indikator	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi				
2	Dasar pemikiran / Literatur	1. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis 2. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik				
3	Dimensi mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman		<input type="checkbox"/> Berorientasi pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	Terwujudnya Sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>				
5	Definisi operasional	Proses integrasi data pasien dan tata laksana dari seluruh unit pelayanan dalam implementasi rekam medik elektronik				
6	Jenis indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<i>Outcome</i>		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	Target kinerja modul yang diusulkan				
	b. Eksklusi					
8	Numerator	Modul yang telah terintegrasi yang diajukan dan telah disetujui				
9	Denominator					
10	Cara pengukuran / Formula	Jumlah modul yang telah terintegrasi yang terlaksana				
11	Target pencapaian Indikator	TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	100%	100%
12	Sumber data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam medis		<input type="checkbox"/> Sistem pelaporan, mohon dijelaskan:		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input checked="" type="checkbox"/> Lain – lain: Laporan Ujicoba Aplikasi/Modul Baru		
13	Instrumen pengambilan data	Formulir Ujicoba Aplikasi/Modul Baru				
14	Besar sampel (n)	Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	Unit Kerja terkait				
15	Cara pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> <i>Concurrent</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Data	PJ Data Instalasi SIMRS				
17	Frekuensi pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari		<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		Yang lain, mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan		<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Bar chart</i>	<input type="checkbox"/> <i>Pareto chart</i>	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat internal unit			<input type="checkbox"/> <i>Briefing</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>Performance board</i>			<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan :	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit sesuai standar				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman		<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input checked="" type="checkbox"/> Adil		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu				
	Tujuan	: Tercapainya pelayanan yang komprehensif, efisien, efektif kepada seluruh pasien				
	Dasar Pemikiran / Literatur	: Terpenuhinya Standar Pemenuhan Sarana Prasarana Alat Kesehatan di setiap unit layanan				
5	Definisi Operasional	: Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: sarana, prasarana, alat kesehatan				
	b. Eksklusi	: -				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Persentase SPA ditambah Persentase Kalibrasi				
9	Denominator	: 2				
10	Cara Pengukuran / Formula	1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100% 2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100% 3. Menghitung Hasil akhir/Persentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	95%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			: <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya: ASPAK dan Survey lapangan
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: RKKL			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan BMN			
13	Instrumen Pengambilan Data	RKKL dan Laporan BMN				
14	Besar Sampel (n)	:				
	Wilayah pengamatan	: Seluruh unit kerja				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	Sub Koordinator Pengelolaan BMN				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	: <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	Run chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Rapat internal unit				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM

1	Nama Indikator	Level Pencapaian Green hospital					
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan		
3	Tujuan	Terwujudnya RS yang berwawasan Lingkungan serta berbasis kenyamanan dan keamanan lingkungan RS					
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Konsep baru dalam perancangan dan manajemen dalam environmental response guna menciptakan lingkungan yang berkelanjutan serta ikut berkontribusi dalam proses hemat energy, dan pengelolaan lingkungan					
5	Definisi Operasional	Pemenuhan implementasi elemen penilaian Green Hospital secara bertahap dengan pencapaian yang terus meningkat setiap tahunnya. Sehingga pencapaian sebagai berikut : - Tahun 2020 85% capaian elemen penilaian GH yang dapat dipenuhi - Tahun 2021 90% capaian elemen penilaian GH yang dapat dipenuhi - Tahun 2022 90% capaian elemen penilaian GH yang dapat dipenuhi - Tahun 2023 95% capaian elemen penilaian GH yang dapat dipenuhi - Tahun 2024 95% capaian elemen penilaian GH yang dapat dipenuhi					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	Seluruh area di lingkungan RS Kanker Dharmais					
	b. Eksklusi						
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome			
8	Numerator	Jumlah elemen yang dapat di capai / memenuhi standart penilaian Green Hospital					
9	Denominator	Jumlah seluruh penilaian elemen Standart Green Hospital					
10	Cara Pengukuran / Formula	Jumlah elemen yang dapat di capai / memenuhi standart penilaian Green Hospital _____ x 100% Jumlah seluruh penilaian elemen Standart Green Hospital					
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun					Ket : Capaian Target x 100%
		2020	2021	2022	2023	2024	
		85%	90%	90%	95%	95%	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner				
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan :				
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain – lain:				
13	Instrumen Pengambilan Data	Semua pencatatan data					
14	Besar Sampel (n)	Tidak ada					
	Wilayah pengamatan	Seluruh area RSKD					
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	PJ data tiap satker terkait dan PJ Green Hospital secara keseluruhan					
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan		
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan:					
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan			
		<input type="checkbox"/> Lainnya :					
19	Rencana analisis	Menggunakan Run Chart					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	- Rapat koordinasi unit					
		- Melalui Performance Board					



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	Persentase Karyawan dengan Indeks Profesionalitas Tinggi dan Sangat Tinggi					
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksebilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien			
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kesinambungan			
3	Tujuan	Tercapainya kinerja excellent di Unit kerja					
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Terwujudnya SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik					
5	Definisi Operasional	<p>Karyawan dengan Indeks Profesionalitas tinggi dan sangat tinggi adalah karyawan yang mempunyai kompetensi dan capaian kinerja secara nyata melebihi standar rata-rata yang telah ditetapkan.</p> <p>Akumulasi perhitungan karyawan dengan indeks profesionalitas tinggi dan sangat tinggi meliputi penilaian:</p> <p>1. Kehadiran (maksimal akumulasi keterlambatan dalam 1 tahun 12 jam), indeks profesionalitas pegawai minimal dalam kategori tinggi, dan penilaian kinerja kualitas (IKI > 100%)</p> <p>2. Unsur penilaian :</p> <p>a. Kehadiran penilaian, meliputi : jumlah sakit, izin, terlambat, alpa/mangkir dalam satuan hari, termasuk keberadaan pegawai di rumah sakit.</p> <p>b. Indeks profesionalitas pegawai minimal dalam kategori tinggi</p> <p>c. Penilaian kinerja IKI > 100% (Kapan sedang-tinggi, mengukur indeks memakai apa)</p>					
6	Kriteria						
	a. Inklusi	Seluruh pegawai					
	b. Eksklusi	-					
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome			
8	Numerator	Pegawai berkinerja excellent					
9	Denominator	Seluruh pegawai					
10	Cara Pengukuran / Formula	jumlah pegawai berkinerja excellent	x 100%				SKOR = $\frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$
		Seluruh pegawai					
11	Target Pencapaian Indikator	2020	2021	2022	2023	2024	Baseline: N/A
		10%	11%	12%	13%	14%	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner				
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan :				
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Lain-lain : Hasil Survey				
13	Instrumen Pengambilan Data	Rekap absensi, rekap PIP, rekap IKI					
14	Besar Sampel (n)	Seluruh pegawai					
	Wilayah pengamatan	Rumah Sakit Kanker "Dharmais"					
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Restrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Prospektif			
16	PJ Data	Penanggung Jawab Data SDM					
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap Hari	<input type="checkbox"/> Setiap Minggu	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan		
		<input type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: 1 Tahun					
18	Periode waktu pelaporan :	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 Bulan	Lainnya : setiap 1 tahun		
19	Rencana Analisis	menggunakan line chart					
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	Diumumkan per triwulan pegawai yang berkinerja excellent dan mendapatkan apresiasi					



KAMUS INDIKATOR : DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

1	Nama Indikator	Tingkat pemenuhan SDM Unit Kerja				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)					
		<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Akseibilitas	<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kestinambungan		
3	Tujuan	Memenuhi kebutuhan SDM Unit Kerja				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Analisa Beban Kerja (ABK) Unit Kerja				
5	Definisi Operasional	Terpenuhinya dan tersedianya SDM di Unit Kerja sesuai Analisa Beban Kerja dan kompetensi di bidang pekerjaannya				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	SDM di Unit Kerja				
	b. Eksklusi	-				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	SDM yang tersedia (existing)				
9	Denominator	Jumlah kebutuhan SDM sesuai perhitungan ABK				
10	Cara Pengukuran / Formula	SDM yang tersedia x 100%			SKOR = $\frac{\text{Capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$	
		Jumlah kebutuhan SDM				
11	Target Pencapaian Indikator					
		2020	2021	2022	2023	2024
		70%	75%	80%	85%	90%
		Baseline: N/A				
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan :			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain : Hasil Survey			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Analisis Beban Kerja Unit Kerja				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit kanker "Dharmais"				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Restrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Prospektif		
16	PJ Data	: Penanggung Jawab Data SDM				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap Hari	<input type="checkbox"/> Setiap Minggu	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		<input checked="" type="checkbox"/> Yang lain, Mohon disebutkan: 1 Tahun				
18	Periode waktu pelaporan :	<input type="checkbox"/> Setiap Bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 Bulan Lainnya :		
19	Rencana Analisis	Menggunakan line chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	Pop up di Simpeg				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Kewajiban RS UPT Vertikal dalam menyampaikan evaluasi pelaksanaan SISRUDE di rumah sakit				
5	Definisi Operasional	: Persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh kasus yang masuk ke RSKD melalui SISRUDE				
	b. Eksklusi	:				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam				
9	Denominator	: Total kasus yang ditindaklanjuti				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		53%	60%	70%	85%	100%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> Laporan SISRUDE			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Laporan SISRUDE				
14	Besar Sampel (n)	: Total				
	Wilayah pengamatan	: RS Kanker Dharmais				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: Koordinator Administrasi dan Keuangan Instalasi Gawat Darurat				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: 1. Melalui rapat koordinasi 2. Melalui <i>performance board</i>				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Presentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit																			
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Kematian pasien kanker di RS sangat tinggi. Beberapa NCC di Asia mempunyai angka kematian 60-70 permil, jauh lebih tinggi dari standar kematian di RS menurut Nasional yakni 25 per mil. Kondisi ini akan diperberat dengan posisi RS Kanker Dharmais yang merupakan rujukan tertinggi. Kematian di RS akan dapat berkurang jika program paliatif dapat berjalan di seluruh area di Indonesia, dimana pasien dengan stadium akhir atau sudah DNR dapat dipulangkan dan meninggal dengan dignity di tengah keluarga.																			
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien																	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi																	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas																			
4	Tujuan	: Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik																			
5	Definisi Operasional	: Presentase penurunan jumlah Kematian di rumah Sakit adalah presentase menurunnya jumlah yang meninggal di RS setelah perawatan lebih dari 48 jam baik karena peningkatan ketrampilan petugas maupun peningkatan pemahaman DNR dan paliatif dimana pasien dan keluarga bersedia untuk meninggal di rumah dengan <i>dignity</i>																			
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome																	
7	Kriteria																				
	a. Inklusi	: Pasien yang meninggal di ruang rawat inap setelah perawatan > 48 jam																			
	b. Eksklusi	: Pasien yang meninggal bukan karena proses dying (bunuh diri, kecelakaan, kekerasan senjata, bencana dll)																			
8	Numerator	: Presentase angka kematian pada bulan lalu - Presentase angka kematian pada bulan ini																			
9	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dirawat pada waktu tertentu																			
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Presentase angka kematian pada bulan lalu} - \text{Presentase angka kematian pada bulan ini}}{\text{Presentase angka kematian pada bulan lalu}} \times 100\%$																			
11	Target Pencapaian Indikator	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2,5%</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table>					Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	2,5%	3%
Tahun																					
2020	2021	2022	2023	2024																	
-	-	-	2,5%	3%																	
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner																		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:																		
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan Keuangan																		
13	Instrumen Pengambilan Data	Data kematian > 48 jam rawat inap																			
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi																			
	Wilayah pengamatan	: Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Inap																			
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif																			
16	PJ Data	Sub Koordinator Pelayanan Medik Rawat Inap																			
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan																			
		Yang lain,Mohon disebutkan:																			
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan <input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan																			
		<input type="checkbox"/> Lainnya :																			
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Chart <input type="checkbox"/> Pareto Chart <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Gap Analysis																			
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit		<input type="checkbox"/> Briefing																	
		<input type="checkbox"/> Performance Board		<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke PMKP																	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: PERMENKES Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/1/0522/2022 tanggal 24 Januari 2022 tentang Pedoman Pelaksanaan Audit Klinis di Rumah Sakit				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Integrasi	
		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik				
5	Definisi Operasional	: Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis/ Audit Klinis setiap 6 bulan adalah Laporan dan rekomendasi tindak lanjut hasil Audit Medis/ Audit Klinis yang masuk dalam 9 layanan prioritas dengan topik dan kriteria aydit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh kasus pasien yang masuk kriteria audit medis/ audit klinis				
	b. Eksklusi	: -				
8	Numerator	: Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang dilaksanakan				
9	Denominator	: Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang harus dilaksanakan				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang dilaksanakan}}{\text{Jumlah Laporan Audit Medis / Audit Klinis yang masuk 9 Layanan Prioritas yang harus dilaksanakan}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	2 Kali	2 Kali
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> lain lain :			
13	Instrumen Pengambilan Data	SIRS, SIMPEL, SIMRS dan aplikasi pendukung E-MR lainnya				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi sesuai kriteria audit				
	Wilayah pengamatan	: Data pasien dalam SIMPEL dan aplikasi pendukung E-MR di RSKD				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	Ketua Komite Medik				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: Tabel	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board			<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Rakor KSM/ Timja	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR UTAMA

1	Judul Indikator	: Jumlah laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pengukuran 12 Indikator Nasional Mutu di Rumah sakit perlu dukungan dari semua unit kerja agar pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan Indikator Nasional Mutu dapat mencapai target dari masing masing indikator. Komite Mutu sebagai salah satu unit kerja di rumah sakit memastikan seluruh Indikator Nasional Mutu terlaksana dengan baik.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input checked="" type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan				
5	Definisi Operasional	: Jumlah pelaporan 12 Indikator Mutu Nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome				
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Indikator Nasional Mutu				
	b. Eksklusi	: -				
8	Numerator	: Pelaporan Indikator Nasional Mutu yang dibuat dan dilaporkan				
9	Denominator	: Pelaporan Indikator Nasional Mutu tiap bulannya				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah pelaporan INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, September, Oktober, November, Desember				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	2 Kali	2 Kali
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Laporan INM dan Aplikasi SIMAR		
13	Instrumen Pengambilan Data	Target Indikatorer Nasional Mutu				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Komite Mutu				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Data	Komite Mutu				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	: <input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	: <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		: <input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	: <input type="checkbox"/> Run Chart <input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart <input type="checkbox"/> Pareto Chart <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:line Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: <input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		: <input checked="" type="checkbox"/> Performance Board			<input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan:	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI, DAN UMUM						
1	Nama Indikator	: Kepatuhan kebersihan tangan				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> berorientasi pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
3	Tujuan	: Tercapainya keselamatan pasien, terselenggaranya pelayanan yang optimal dan pengurangan biaya				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: <p>1. World Health Organization tahun 2016 mengemukakan bahwa 15% dari total pasien rawat inap merupakan bagian dari kejadian HAIs dengan angka kejadian mencapai 75% berada pada Asia Tenggara dan Subshara Afrika, dimana ditemukan 4-56% merupakan penyebab kematian neonates. Kasus HAIs tahun 2014 berada pada kisaran 722.000 kasus dengan 75.000 pasien di rumah sakit meninggal dengan HAIs (CDC, 2016). Angka kasus HAIs mencapai 4,8 – 15,5% dengan kejadian di Indonesia berada pada angka 15,75% melampaui negara maju (Sapardi, 2018). Upaya untuk pencegahan terjadinya infeksi HAIs salah satunya dengan melakukan cuci tangan.</p> <p>2. Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes, pasal 3 ayat 1 setiap Fasyankes harus melakukan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).</p> <p>3. Studi terbaru yang dilakukan di Eropa melaporkan angka prevalensi seluruh rumah sakit dari pasien yang terkena HAIs itu berkisar dari 4,6% sampai 9.3%. Diperkirakan lima juta HAIs setidaknya terjadi di rumah sakit perawatan akut di Eropa setiap tahun, berkontribusi pada 135.000 kematian per tahun.</p> <p>4. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.HL.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid+19).</p>				
5	Definisi Operasional	: Hand Hygiene adalah membersihkan tangan dengan sabun dan air (handwash) atau handrub berbasis alcohol yang bertujuan mengurangi atau mencegah berkembangnya mikro organisme ditangan (WHO,2009). Kepatuhan cuci tangan adalah derajat seseorang mengikuti aturan yang telah diatur oleh organisasi/ rumah sakit dalam melakukan Hand Hygiene untuk melindungi dirinya dari kecelakaan atau penyakit dan berakibat merugikan dirinya atau orang lain.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan				
	b. Eksklusi	: Tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan				
9	Denominator	: Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode obeservasi				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode obeservasi}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 90%	≥ 90%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir Audit Kepatuhan Hand Hygiene (E-PPI)				
14	Besar Sampel (n)	: <ul style="list-style-type: none"> • minimal 200 peluang per unit • non probability sampling – consecutive sampling 				
	Wilayah pengamatan	: Unit Pelayanan dan non pelayanan				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: PPI				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
19	Rencana analisis	: Bar Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - rapat internal unit				
		: - permornace board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR UTAMA																
1	Nama Indikator : Kepatuhan penggunaan APD															
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai) <input checked="" type="checkbox"/> Aman <input type="checkbox"/> Aksesibilitas <input checked="" type="checkbox"/> berorientasi pasien <input type="checkbox"/> Efektivitas <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Integrasi															
3	Tujuan 1. Menggatur kepatuhan Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi															
4	Dasar Pemikiran / Literatur 1. Penggunaan alat pelindung diri (APD) merupakan salah satu bagian dari kewaspadaan standar, sesuai pedoman Permenkes No.27/2017 tentang penggunaan APD di fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) 3. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) dalam menghadapi wabah Covid-19 (Dirjen Yankes tahun 2020) 4. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur															
5	Definisi Operasional 1. Alat Pelindung Diri (APD) adalah pernakat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara atau penyebaran infeksi atau penyakit. 2. APD digunakan sesuai standard an indikasi 3. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membrane mukosa 4. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai standar dan 5. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian yang dilakukan terhadap petugas kesehatan dalam menggunakan APD saat melakukan tindakan atau prosedur pelayanan kesehatan.															
6	Kriteria a. Inklusi : Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD b. Eksklusi : Tidak ada															
7	Jenis Indikator <input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome															
8	Numerator : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi															
9	Denominator : Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD															
10	Cara Pengukuran / Formula $\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$															
11	Target Pencapaian Indikator <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tahun</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Tahun					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	100%	100%
Tahun																
2020	2021	2022	2023	2024												
-	-	-	100%	100%												
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai) <input checked="" type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Kuesioner <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: <input type="checkbox"/> SIMRS <input type="checkbox"/> Laporan Keuangan															
13	Instrumen Pengambilan Data : Formulir Audit Kepatuhan Penggunaan APD (E-PPI)															
	Besar Sampel (n) : 128															
	Wilayah pengamatan : Rumah Sakit Kanker Dharmais															
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu) <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Retrospektif															
16	PJ Pengumpul Data : PJ Data PPI															
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu) <input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan Yang lain,Mohon disebutkan:															
18	Periode waktu pelaporan / Analisis : <input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan Lainnya :															
19	Rencana analisis : Bar Chart															
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf - rapat internal unit - performance board - breafing															



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Kepatuhan identifikasi pasien				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Mengidentifikasi dengan benar pada pasien yang akan dilakukan tindakan, mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Identifikasi pasien adalah proses pengumpulan data tentang bukti diri dari seorang pasien. Proses identifikasi yang dilakukan di rumah sakit dilakukan dengan minimal 2 cara seperti nama pasien, nomor identifikasi, gelang, barcode pasien atau cara lain. Nomor kamar kamar pasien atau lokasi pasien tidak dapat dijadikan pros identifikasi pasien. (JCI Accreditation Standard for Hospitals 6th ed).				
5	Definisi Operasional	: Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit. Disebut patuh bila proses pasien dilakukan secara benar oleh petugas pada saat, antara lain: 1. pemberian obat 2. pemberian pengobatan termasuk nutrisi 3. pemberian darah dan produk obat 4. pengambilan specimen 5. sebelum melakukan tindakan diagnostik/ therapeutic				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Semua pemberian pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan				
	b. Eksklusi	: -				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/>	<i>Outcome</i>	
8	Numerator	: Jumlah pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan				
9	Denominator	: jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	100%	100%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: data dikumpulkan tiap bulan			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: formulir indikator mutu identifikasi pasien				
14	Besar Sampel (n)	:				
	Wilayah pengamatan	: IRI, HCU, ICU, PICU, Anyelir				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent	<input type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Data Substansi Pelayanan Keperawatan				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
19	Rencana analisis	: Run chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Performance board - Rapat internal unit				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Waktu tunggu rawat jalan				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Tepat Waktu	
3	Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Waktu tunggu pelayanan merupakan salah satu unsur yang dapat mempengaruhi terhadap tingkat kepuasan pasien. Dengan demikian ketepatan dalam memberikan pelayanan di poliklinik merupakan hal yang penting yang akan berpengaruh terhadap waktu tunggu rawat jalan				
5	Definisi Operasional	: Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran ke petugas rawat jalan sesuai jadwal praktik yang telah ditentukan dalam surat perjanjian konsultasi sampai mendapatkan pelayanan dokter/ dokter spesialis.				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: jumlah pasien arawat jalan yang diobservasi				
	b. Eksklusi	: Pasien medical check up, pasien poli gigi, pasien yang mendaftar online atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit waktu yang sudah ditentukan, pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya.				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤60 menit				
9	Denominator	: Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: formulir ceklist waktu tunggu pasien IRJ			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	Form pengumpulan data WTRJ				
14	Besar Sampel (n)	: minimal 286				
	Wilayah pengamatan	: Unit Poliklinik Onkologi 1 & 2 - Instalasi Rawat Jalan				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	PJ Dara IRJ				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance Board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Pelaporan hasil kritis Laboratorium				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Aman		<input type="checkbox"/> Kestinambungan	
3	Tujuan	: Memastikan keselamatan pasien				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pemeriksaan ini diminta untuk pasien dengan kondisi kritis atau darurat yang memerlukan penatalaksanaan sesegera mungkin. Hasil dalam rentang kritis merupakan indikasi kondisi yang mungkin mengancam jiwa dan memerlukan penatalaksanaan sesegera mungkin.				
5	Definisi Operasional	: Waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil kritis sejak hasil di otorisasi sampai hasil dilaporkan ke unit yang meminta pemeriksaan kemudian tercatat di sistem LIS				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis				
	b. Eksklusi	: Tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit				
9	Denominator	: Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	100%	100%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: LIS			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Formulir pengumpulan data waktu lapor hasil kritis laboratorium ≤ 30 menit				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Laboratorium Patologi Klinik dan Mikrobiologi RS Kanker Dharmais				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Data ILT				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	Setiap <input type="checkbox"/> 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	Setiap <input type="checkbox"/> bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance board - Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR UTAMA

1	Nama Indikator	: Kepatuhan Penggunaan formularium nasional				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Agar staf medis memberikan peresepan dan terapi sesuai Formularium Nasional untuk pasien				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Fornas adalah daftar obat yang digunakan dalam pelayanan pasien JKN. Penyusunan FORNAS dibuat dengan pertimbangan kendali mutu dan kendali biaya. Dengan menjalankan FORNAS diharapkan penggunaan obat-obatan untuk pasien JKN dilakukan seefisien mungkin agar RS terhindar dari risiko kerugian.				
5	Definisi Operasional	: Kepatuhan staf medis dalam membuat peresepan obat berdasarkan daftar obat yang digunakan				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Resep yang dibuat staf medis untuk pasien JKN				
	b. Eksklusi	: - Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur - Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional				
9	Denominator	: Jumlah R/ recipe dalam lembar reep yang diobservasi				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar reep yang diobservasi}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 90%	≥ 90%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input checked="" type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Rekapitulasi kepatuhan formularium nasional SIMRS				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker Dharmais				
15	Metodologi Pengumpulan Data :(Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Data KFT				
17	Frekuensi Pengumpulan data :(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Performance Board				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Integrated Clinical Pathway)				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Integrated Clinical Pathway (ICP) merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayan dengan mencegah adanya variasi pelayanan yang tidak perlu. ICP merupakan panduan tatalaksana pasien secara multi disiplin . Seluruh multi disiplin yang terlibat dalam ICP wajib memenuhi proses alur klinis sesuai bidang ilmunya , baik DPJP utama, DPJP pendamping, perawat, farmasi, rehab medik dan gizi. Dokter umum dilibatkan sebagai monitoring dan Kepala Ruangan serta MPP sebagai penanggung jawab ICP di areanya. ICP yang dinilai berasal dari rawat inap (bedah dan kemoterapi payudara dan paru; bedah pankreas dan TURP prostat), rawat jalan (Kemoterapi Payudara <i>One Care day</i>), radioterapi eksternal payudara, kemoterapi induksi leukimia akut anak.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektif	<input checked="" type="checkbox"/> Adil	<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi		
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas				
4	Tujuan	: Menguatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan				
5	Definisi Operasional	: Presentase pasien yang dilayani oleh berbagai PPA sesuai dengan alur klinis ICP yang telah ditentukan . Kesesuaian yang dimaksud adalah sesuai langkah -langkah harian yang terdapat dalam panduan ICP				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pasien dengan ICP Kanker prioritas				
	b. Eksklusi	: Terdapat fase perbaikan keadaan umum dalam episode penilaian ICP , pasien meninggal/putus pengobatan ketika periode ICP belum selesai serta terdapat varian atau terdapat kondisi bencana.				
8	Numerator	: Jumlah pasien yang dilayani sesuai alur klinis ICP oleh multi disiplin				
9	Denominator	: Jumlah pasien kanker yang dilayani dengan ICP prioritas				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani sesuai alur klinis ICP oleh multi disiplin}}{\text{Jumlah pasien kanker yang dilayani dengan ICP prioritas}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥85%	≥85%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Form Pemantauan ICP			
13	Instrumen Pengambilan Data	Form Pemantauan Pasien dengan menggunakan Form Pemantauan ICP				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Terkait				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Data	Substansi Pelayanan Medik				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan: Laporan ke Dir MK dan Feedback ke Timja Paru , Prostat Pankreas dan Payudara			



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG

1	Nama Indikator	: Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kesinambungan	
3	Tujuan	Upaya melakukan evaluasi risiko pasien terhadap jatuh dan segera bertindak untuk mengurangi risiko jatuh dan mengurangi risiko cedera akibat jatuh				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	Terjadinya cedera di rawat inap dan rawat jalan banyak disebabkan karena jatuh. Risiko jatuh sangat berkaitan dengan pasien, situasi dan lokasi pasien. Risiko yang berhubungan dengan pasien dapat termasuk riwayat jatuh pasien, riwayat pengobatan sebelumnya, konsumsi alkohol, gangguan keseimbangan atau berjalan, gangguan penglihatan, perubahan status mental dan lainnya.				
5	Definisi Operasional	Upaya pencegahan jatuh meliputi: 1. Skrining di rawat jalan/ IGD 2. Asesmen awal risiko jatuh 3. Asesmen ulang risiko jatuh 4. edukasi pencegahan pasien jatuh				
		Disebut patuh apabila melakukan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS. Catatan: 1. Asesmen awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap 2. untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan skiring				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Semua kasus berisiko jatuh				
	b. Eksklusi	: Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak edukasi				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input checked="" type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome	
8	Numerator	: Jumlah kasus yang mendapatkan upaya pencegahan pasien jatuh				
9	Denominator	: Jumlah kasus yang berisiko jatuh				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah kasus yang mendapatkan upaya pencegahan pasien jatuh}}{\text{Jumlah kasus yang berisiko jatuh}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	100%	100%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: data dikumpulkan tiap bulan			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	Formulir indikator mutu risiko jatuh				
14	Besar Sampel (n)	: IRI				
	Wilayah pengamatan	: IRI, API, ITS, IGD				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	: <input type="checkbox"/> Concurrent <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif				
16	PJ Pengumpul Data	: PJ Bidang Pelayanan Keperawatan				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> Setiap minggu <input type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan				
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan <input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan <input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan				
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit				
		- Performance board				
		- Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR PERENCANAAN, ORGANISASI, DAN UMUM

1	Nama Indikator	: Kecepatan waktu tanggap komplain				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Efisiensi	<input type="checkbox"/> Aksesibilitas	√ Berorientasi kepada pasien		
		<input type="checkbox"/> Efektivitas	<input type="checkbox"/> Keselamatan	√ Kesinambungan		
3	Tujuan	: kepuasan pelanggan				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit				
5	Definisi Operasional	: Kecepatan respon terhadap complain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi complain baik tertulis, lisan, email atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time complain tersebut sesuai dengan grading/ dampak risiko. Warna merah : cenderung berhubungan dengan polisi, dll Warna kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll. Warna hijau : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun inmaterial. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam; komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari; Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Komplain yang tertulis, lisan, email atau media social				
	b. Eksklusi	: Tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	√ Proses	<input type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading				
9	Denominator	: Jumlah komplain yang disurvei				
10	Cara Pengukuran / Formula	: $\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	√ Observasi		<input type="checkbox"/> Kuesioner		
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis		√ Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan:		
		<input type="checkbox"/> SIMRS		√ Lain-lain: kotak saran, form pengaduan		
13	Instrumen Pengambilan Data	: Rekapitulasi kecepatan respon terhadap komplain				
14	Besar Sampel (n)	: Total populasi				
	Wilayah pengamatan	: Area Rumah Sakit				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent		√ Retrospektif		
16	PJ Pengumpul Data	PJ data IPPU				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	√ Setiap hari		<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	√ Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Run Chart				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: - Rapat internal unit - Performance Board - Briefing				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR UTAMA

1	Nama Indikator	: Jumlah laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				
2	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi	<input checked="" type="checkbox"/> Aksesibilitas		<input checked="" type="checkbox"/> Fokus kepada pasien	
		<input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan		<input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan	
3	Tujuan	: Keselamatan pasien				
4	Dasar Pemikiran / Literatur	: Rumah sakit merupakan institusi yang kompleks sehingga berisiko untuk terjadinya suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) bahkan sampai kejadian sentinel. Kejadian sentinel adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan pasien. Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal berikut: Kematian, cedera permanen, cedera berat yang bersifat sementara/ reversible (STARKEs, PMK No.HK.01.07/MENKES/ /2022 : Standar Akreditasi Rumah Sakit				
5	Definisi Operasional	: Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil				
6	Kriteria					
	a. Inklusi	: Kejadian sentinel				
	b. Eksklusi	: tidak ada				
7	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
8	Numerator	: (-)				
9	Denominator	: (-)				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	12 laporan	12 laporan
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> Laporan Keuangan			
13	Instrumen Pengambilan Data	: Ceklis pemenuhan indikator yang telah ditetapkan				
14	Besar Sampel (n)	:				
	Wilayah pengamatan	:				
15	Metodologi Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Concurrent	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif			
16	PJ Pengumpul Data	: Sub Komite Keselamatan Pasien				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan
		: Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan		<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan	
		: Lainnya :				
19	Rencana analisis	: Analisis hasil kejadian sentinel				
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	: Hasil analisis dan tindak lanjut didiseminasi melalui Buletin Mutu RSKD				



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN

1	Judul Indikator	: Terselenggaranya Layanan Kanker Berbasis <i>Genomic</i>				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Pada era <i>precision medicine</i> dibutuhkan berbagai pemeriksaan genomik untuk mendukung pemberian terapi pada pasien kanker, pemantauan serta penentuan prognosis selain diagnosis yang lebih tajam				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input checked="" type="checkbox"/> Aman	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Integrasi	
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi				
5	Definisi Operasional	: Tersedianya layanan genomik kanker mulai dari proposal penelitian, <i>ethical clearance</i> , SOP/ Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, pelatihan SDM, perekrutan sampel sampai pemeriksaan <i>sequencing genome</i>				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: Pemeriksaan berbasis genomik yang dilaksanakan oleh laboratorium terpadu				
	b. Eksklusi	: Pemeriksaan tidak dapat berjalan karena kesulitan logistik				
8	Numerator	: Jumlah jenis layanan genomik yang tersedia				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah jenis layanan genomik yang tersedia				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1	1
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: hasil Checklist pemenuhan standar			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input type="checkbox"/> lain lain :			
13	Instrumen Pengambilan Data	Layanan kanker berbasis genomik				
14	Besar Sampel (n)	: Total Populasi				
	Wilayah pengamatan	: Instalasi Laboratorium Terpadu				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Data	PJ Pengumpul Data ILT				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain,Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input checked="" type="checkbox"/> Briefing	
		<input checked="" type="checkbox"/> Performance Board			<input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan:	



KAMUS INDIKATOR : DIREKTUR SDM PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

1	Judul Indikator	: Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS				
2	Dasar Pemikiran / Literatur	: Kolaborasi mempengaruhi kuantitas dan kualitas penelitian karena memerlukan banyak sampel yang dikumpulkan dari berbagai unit. Untuk tercapainya pengumpulan sampel sesuai target yang telah ditentukan, maka membutuhkan sistem collecting biobank yang terintegrasi. Oleh karena itu, sistem biobank dan kolaborasi dengan para klinisi dan jejaring diperlukan dalam mengumpulkan jumlah sampel (jaringan atau darah) sesuai dengan target yang telah ditentukan.				
3	Dimensi Mutu (pilih yang sesuai)	<input checked="" type="checkbox"/> Efisien	<input type="checkbox"/> Aman		<input checked="" type="checkbox"/> Berorientasi Pasien	
		<input type="checkbox"/> Efektif	<input type="checkbox"/> Adil		<input checked="" type="checkbox"/> Integrasi	
		<input type="checkbox"/> Tepat Waktu				
4	Tujuan	: Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi				
5	Definisi Operasional	: Tersedianya layanan genomik kanker mulai dari proposal penelitian, <i>ethical clearance</i> , SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, pelatihan SDM, perekrutan sampel sampai pemeriksaan <i>sequencing genome</i>				
6	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Outcome		
7	Kriteria					
	a. Inklusi	: terbentuknya sistem yang mendukung pengumpulan sampel BGSI, dan terkoleksinya sampel darah dan jaringan				
	b. Eksklusi	: -				
8	Numerator	: -				
9	Denominator	: -				
10	Cara Pengukuran / Formula	: Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya				
11	Target Pencapaian Indikator	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1.500	1.500
12	Sumber Data :(pilih yang sesuai)	<input type="checkbox"/> Observasi	<input type="checkbox"/> Kuesioner			
		<input type="checkbox"/> Rekam Medis	<input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan, mohon dijelaskan: sistem collecting sample <i>biobank</i>			
		<input type="checkbox"/> SIMRS	<input checked="" type="checkbox"/> lain lain : Jumlah sampel yang terkumpul			
13	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kolaborasi Penelitian				
14	Besar Sampel (n)	: Jumlah Sampel: 1500 darah				
	Wilayah pengamatan	: Rumah Sakit Kanker Dharmais				
15	Cara Pengumpulan Data : (Pilih salah satu)	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent		<input type="checkbox"/> Retrospektif		
16	PJ Data	PJ Data Litbang				
17	Frekuensi Pengumpulan data : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Setiap hari	<input type="checkbox"/> Setiap minggu	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 Bulan	
		Yang lain, Mohon disebutkan:				
18	Periode waktu pelaporan / Analisis :	<input type="checkbox"/> Setiap bulan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap 3 bulan	<input type="checkbox"/> Setiap 6 bulan		
		<input type="checkbox"/> Lainnya :				
19	Rencana analisis	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input checked="" type="checkbox"/> Bar Chart	<input type="checkbox"/> Pareto Chart	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	
20	Cara hasil-hasil data disebarluaskan pada staf	<input checked="" type="checkbox"/> Rapat Internal Unit			<input type="checkbox"/> Briefing	
		<input type="checkbox"/> Performance Board			<input type="checkbox"/> Lainnya, Sebutkan:	

LAMPIRAN E – ANALISIS RISIKO

Pemetaan risiko dilakukan terhadap setiap sasaran strategis yang telah dirumuskan pada Peta Strategi. Analisis risiko dimaksudkan untuk memitigasi faktor-faktor yang mungkin akan menghambat pencapaian sasaran strategis tersebut yang ujungnya akan berdampak kepada pencapaian visi dan misi.

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan	Dir Keu	1. Pembayaran BPJS yang tidak tepat waktu	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	Pengembangan sistem untuk memastikan berkas pengajuan klaim lengkap
			2. Meningkatnya belanja operasional RS	Besar	Medium	Tinggi	Pengembangan sistem untuk memastikan belanja sesuai dengan perencanaan
			3. Belanja modal naik (Aset Medik dan Non Medik)	Besar	Medium	Tinggi	RKBMN dua tahun yang akan datang
			4. Diberlakukannya <i>single tarif</i> dari BPJS	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	Meningkatkan pasien non BPJS
			5. Promosi kurang	Sedang	Minor	Moderat	Penguatan peran pengembangan usaha dan pemasaran
			6. Sistem rujukan berjenjang	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	Advokasi (Program penanggulangan Kanker Nasional) ke Dirjen Yankes Kemkes
2	Terwujudnya Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Dir Keu	1. Ketidak efisienan kegiatan operasional	Besar	Medium	Tinggi	Membangun sistem monitoring kendali biaya perunit kerja

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
			2. Ketidapatuhan personil terhadap SOP	Sedang	Minor	Moderat	
3	Terwujudnya <i>Stakeholder Engagement</i>	Dir SDM	1. Kurang disiplinnya tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan medis	Besar	Medium	Tinggi	1. Memastikan penyempurnaan berkala mekanisme kerja (pedoman kerja, panduan, tupoksi, SPO dan dukungan data base) koordinasi terkait kedisiplinan nakes dalam melayani pasien 2. Membudayakan penegakan disiplin sikap dan perilaku tenaga medis 3. Penegakan secara konsekuen <i>reward and consequences</i>
			2. Kurang disiplinnya tenaga kesehatan non medis dalam pelaksanaan tugasnya	Besar	Medium	Tinggi	
4	Terwujudnya kemandirian BLU	Dir Keu	1. Menurunnya pendapatan rumah sakit	Sedang	Medium	Tinggi	Meningkatkan efektifitas sistem kendali biaya
			2. Meningkatnya kebutuhan belanja rumah sakit	Sedang	Medium	Tinggi	Memastikan belanja sesuai dengan perencanaan
			3. Keterbatasan <i>cash flow</i>	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	Menyempurnakan <i>early warning system</i> terkait resiko finansial
5	Terwujudnya <i>Customer Experience</i>	Dir PMKP	1. Rujukan berjenjang tidak berjalan baik	Besar	Mayor	Ekstrim	1. Advokasi (Program penanggulangan Kanker Nasional) ke Dirjen Yankes Kemkes

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
			2. Bisnis proses tidak terkelola degan baik	Besar	Mayor	Ekstrim	2. Penguatan peran dan mutu kelembagaan follow up pasien
			3. Follow up pasien lemah	Besar	Mayor	Ekstrim	
6	Terwujudnya peningkatan layanan unggulan RS	Dir PMKP	1. Ketidakpedulian tentang spesifikasi alat medik dan non medik sarana dan prasarana	Besar	Medium	Tinggi	1. Standarisasi bisnis proses 2. Re-edukasi mekanisme pengadaan barang dan jasa
			2. Anggaran tidak tersedia	Besar	Medium	Tinggi	
			3. Bisnis proses pelayanan belum standar	Besar	Medium	Tinggi	
7	Terwujudnya inovasi produk layanan RS (<i>core&non-core business</i>)	Dir SDM	1. Kurangnya minat dan motivasi staf untuk melakukan inovasi dan penelitian	Besar	Medium	Tinggi	Penyempurnaan sistem remunerasi dengan memasukkan komponen inovasi dan penelitian
			2. Kebijakan yang kurang mendukung untuk melakukan inovasi dan penelitian	Sedang	Minor	Moderat	Penyusunan SK Dirut untuk implementasi sistem remunerasi
8	Terwujudnya sistem deteksi dini dan terapi cepat & tepat	Dir PMKP	Promosi kurang	Sedang	Minor	Moderat	Penguatan peran pengembangan usaha dan pemasaran

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
9	Terwujudnya <i>Learning-Research Cancer Control Center and Cancer Registry & Monitoring</i>	Dir SDM	1. Kurangnya dukungan kebijakan yang memayungi bahwa semua data HBCR dan PBCR harus sesuai standar dan dilaporkan Ke PKN-RSKD (Revisi SK Menkes)	Sedang	Mayor	Ekstrim	1. Mengusulkan kebijakan/ legalitas tentang kewajiban RS untuk melaporkan kasus kanker sesuai standar. 2. Revisi SK PKN-RSKD sebagai pengumpul data kanker seluruh Indonesia
			2. Kesulitan akses informasi data mortalitas pasien	Besar	Mayor	Ekstrim	1. Membangun sistem follow up aktif/mandiri oleh pasien 2. Membangun sistem pencatatan mortalitas yang baik di RSKD. Disarankan 1 pintu di ILT-PAPJ
			3. Keterbatasan SDM untuk melakukan validasi data HBCR dan PBCR	Sedang	Minor	Moderat	Rekrutmen SDM sebagai verifikator
			4. Kurangnya minat dan motivasi staf untuk mengembangkan kurikulum pelatihan	Besar	Medium	Tinggi	Penyempurnaan sistem remunerasi dengan memasukkan komponen pengembangan kurikulum pelatihan
10	Terwujudnya jejaring pelayanan, pendidikan & penelitian nasional & internasional	Dir SDM	1. Belum ada payung hukum yang memayungi bahwa PKN - RSKD dapat melakukan pembinaan untuk 7 program kanker (saat ini baru ada PKS	Besar	Mayor	Ekstrim	Mengusulkan revisi SK menkes agar PKN-RSKD dapat melakukan pembinaan kepada 14 RS rujukan nasional agar tercapai 7 program NCCP

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
			dalam registrasi kanker)				
			2. Belum tersedianya sistem informasi untuk pelaporan 7 program kanker	Besar	Medium	Tinggi	Penugasan penanggung jawab pengumpul data di unit terkait dan di RS Rujukan Nasional
			3. Terbatasnya mitra yang melakukan kerjasama untuk penelitian	Besar	Medium	Tinggi	Membangun jejaring kerjasama dengan mitra untuk penelitian
11	Terwujudnya Sistem Penanganan Kanker Komprehensif & Terintegrasi	Dir PMKP	1. Data tidak lengkap	Sangat Besar	Medium	Ekstrim	1. Pengembangan pedoman, panduan untuk pengambilan data
			2. Kekurangan tenaga kompeten (jumlah dan kompetensi)				2. Pengembangan SDM
12	Terwujudnya sistem layanan sesuai dengan CP yang efisien	Dir PMKP	1. Data kurang lengkap	Besar	Mayor	Ekstrim	1. Integrasi data lintas unit layanan
			2. Ketidaksiplinan mengisi ICP	Besar	Mayor	Ekstrim	2. Pelatihan berkala pengisian data ICP 3. Monev pelaksanaan ICP

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
13	Optimalisasi sistem pemasaran yang efektif	Dir Keu	1. Komitmen pelayanan belum terbangun dengan baik	Sedang	Mayor	Ekstrim	Peningkatan efektifitas sistem reward dan konsekuensi
			2. Belum optimalnya strategi pemasaran	Besar	Medium	Tinggi	Pemetaan profil pasien saat ini dan potensi pasien non BPJS
			3. Kurang efektifnya promosi produk layanan	Besar	Medium	Tinggi	Membangun kompetensi organisasi dalam pemasaran
14	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang profesional dan kompetitif	Dir SDM	1. Kurangnya minat pegawai untuk melakukan pengembangan diri	Sedang	Medium	Tinggi	Asesmen dan pemetaan ulang kompetensi pegawai
			2. Tidak adanya kesesuaian antara kompetensi dan posisi yang ditempati	Sedang	Mayor	Tinggi	Asesmen dan pemetaan ulang kompetensi pegawai
			3. Kurangnya dukungan dari staf dalam implementasi sistem manajemen kinerja	Sedang	Mayor	Tinggi	Adanya audit untuk menilai sistem manajemen kinerja
15	Terwujudnya perbaikan proses bisnis RS yang terukur dan <i>lean</i> (SMART HOSPITAL)	Dir POU	1. Tidak tersedianya anggaran untuk proyek perbaikan	Sedang	Minor	Moderat	
			2. Proyek perbaikan tidak didukung oleh unit atau direktorat terkait	Besar	Medium	Tinggi	Review kebijakan sebelum pelaksanaan proyek apabila diperlukan
			3. Proyek perbaikan bertentangan dengan kebijakan yang telah	Sedang	Medium	Tinggi	

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
			ditetapkan sebelumnya				
			4. Proyek perbaikan bertentangan dengan kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya	Sedang	Minor	Moderat	1. Menetapkan PIC proyek perbaikan 2. Supervisi pelaksanaan proyek perbaikan
16	Terwujudnya budaya kinerja	Dir SDM	1. Kurang efektifnya sistem reward dan konsekuensi dalam penerapan budaya kinerja	Sedang	Mayor	Tinggi	Revitalisasi tim budaya kinerja RS
			2. Kurang efektif dan konsistennya monitoring dan evaluasi penerapan budaya kinerja	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Revitalisasi tim budaya kinerja RS
17	Terwujudnya sistem ICT yang terintegrasi dan <i>user-friendly</i>	Dir POU	1. Keterbatasan dana untuk pengembangan sistem IT	Sedang	Minor	Moderat	
			2. Keterbatasan SDM IT	Sedang	Mayor	Tinggi	1. Rekrutmen SDM IT 2. Kerjasama dengan Instansi pendidikan untuk pengembangan IT

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
			3. Aplikasi yang dikembangkan sendiri oleh unit kerja yang menyulitkan integrasi dalam skala RS	Sedang	Minor	Moderat	
			4. Tidak berfungsinya sistem IT karena force majeure	Kecil	Mayor	Tinggi	Menyusun IT DRP (Disaster Recovery Plan)
18	Terwujudnya sarana dan prasarana yang andal dan efisien (<i>GREEN HOSPITAL</i>)	Dir POU	1. Ketidapatuhan personil dan institusi terhadap standar operasional dan pemeliharaan sarpras yang ditetapkan	Sedang	Mayor	Tinggi	Melakukan audit operasional dan pemeliharaan prefentif
			2. Ketidaksesuaian kebutuhan dengan realisasi pengadaan pada saat pengadaan	Kecil	Medium	Moderat	
			3. Ketidaksinkronan kebijakan supra sistem lintas kementerian dan lembaga	Kecil	Minor	Rendah	
			4. Keterbatasan dana untuk pemenuhan standar sarana dan prasarana	Sedang	Minor	Moderat	
19	Terwujudnya pemenuhan jumlah dan	Dir SDM	1. Terbatasnya jumlah	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Advokasi kepada pemangku

No	Sasaran Strategis	PIC	Risiko	Kemungkinan	Dampak	Level Risiko	Mitigasi
	kompetensi SDM		formasi				kebijakan terkait
			2. Belum adanya dukungan kebijakan untuk rekrutmen tenaga BLU secara mandiri	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Advokasi kepada pemangku kebijakan terkait
			3. Tidak tervalidasinya hasil analisis beban kerja yang dilakukan oleh unit kerja	Sedang	Mayor	Tinggi	Membentuk tim validasi analisis beban kerja

LAMPIRAN F – ESTIMASI PENDAPATAN PNBP TAHUN 2020-2024

NO	Sumber Pendapatan	Baseline Thn. 2019	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
1	Pendapatan Jasa Layanan Umum	38.972.800.000	551.422.800.000	612.385.500.000	686.143.500.000	594.590.000.000	679.621.000.000
2	Pendapatan Hibah BLU	110.400.000	225.600.000	126.200.000	141.400.000	136.000.000	136.000.000
3	Pendapatan Hasil Kerjasama Perorangan	441.600.000	4.794.000.000	189.300.000	212.100.000	324.000.000	243.000.000
4	Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga / Badan Usaha	2.649.600.000	-	6.625.500.000	7.423.500.000	9.000.000.000	9.000.000.000
5	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat Dalam Satu Kementrian Negara / Lembaga	772.800.000	451.200.000	189.300.000	212.100.000	600.000.000	1.000.000.000
6	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	9.052.800.000	7.106.400.000	11.484.200.000	12.867.400.000	5.350.000.000	10.000.000.000
7	Jumlah Pendapatan	552.000.000.000	564.000.000.000	631.000.000.000	707.000.000.000	610.000.000.000	700.000.000.000

LAMPIRAN G – ESTIMASI ANGGARAN OPERASIONAL TAHUN 2020-2024

NO	Jenis Kegiatan	Baseline Thn. 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
I	Rupiah Murni (RM)	129.660.086.752	257.718.128.000	161.730.521.000	98.006.741.104	64.163.816.000	92.761.646.287,-
II	BLU	599.958.575.572	564.000.000.000	631.000.000.000	707.000.000.000	792.000.000.000	887.000.000.000
	Layanan Operasional	350.646.582.458	362.088.000.000	436.336.500.000	467.185.600.000	526.996.800.000	594.290.000.000
	Obatan-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	211.995.008.410	192.324.000.000	188.416.600.000	228.431.700.000	252.410.400.000	278.784.100.000
	Layanan Dukungan Manajemen Satker	7.237.463.997	9.588.000.000	6.246.900.000	11.382.700.000	12.592.800.000	13.925.900.000
Total		729.618.662.324	821.718.128.000	792.730.531.000	805.006.741.104	856.163.816.000	979.761.646.287

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

**PUSAT KANKER NASIONAL
RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS**

Jalan Let.Jend. S. Parman Kav.84-86, Jakarta 11420
Telepon +62 21 5681570
Website : www.dharmais.co.id Email : dharmais@dharmais.co.id