

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
Jalan Cicendo No. 4 Telepon (022) 4231280/81 Faksimile (022) 4201962 Bandung - 40117
Website : www.cicendoeyehospital.org



Nomor : PR.01.01/D.XXIV/ **1662** /2024

31 Januari 2024

Lampiran : 1 (satu) berkas

Hal : Penyampaian Laporan Kinerja/ LAKIP Tahun 2023

Yth.Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan
Jakarta

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja/ LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2023.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Direktur Utama,



Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes

NIP 197401282008122001





LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2023



Pusat Mata Nasional
Rumah Sakit Mata Cicendo

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL RS MATA CIENDO BANDUNG
TAHUN 2023

Bandung, 31 Januari 2024

Mengetahui / mengesahkan
Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung
Dewan Pengawas

Ketua



dr. Azhar Jaya, SKM, SH, MARS

Anggota



Prof. DR. dr. Tjahjono D. Gondhowiardjo, SpM(K)



Setiaji, ST, M.Si



Alfiker Siringoringo, SE, MEC



Heru Pudyo Nugroho, SE, MBA

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL RS MATA CIENDO BANDUNG
TAHUN 2023

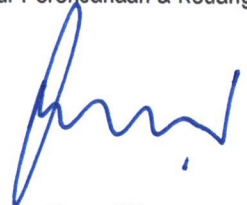
Bandung, 31 Januari 2024
Mengetahui / mengesahkan
Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung

Direktur Utama

Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M (K), M.Kes
NIP. 197401282008122001



Direktur Perencanaan & Keuangan 


Nana, SE
NIP. 919670514202310101

Direktur Medik dan Keperawatan


dr. Maya Sari Wahyu Kuntorini, Sp.M(K), M.Kes
NIP. 196705202005012012

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian


dr. Elfa Ali Idrus, Sp.M.
NIP. 197902042006052001

Plt. Direktur Layanan Operasional


Hartono, SKM, M.Kes
NIP. 196908271993031003

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dapat menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang merupakan pencapaian kinerja rumah sakit dari Bulan Januari sampai dengan Bulan Desember tahun 2023.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) ini sebagai bentuk pertanggungjawaban keberhasilan, kendala dan masalah yang dihadapi pada pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN RS Mata Cicendo Bandung.

Demikian laporan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2023.

Bandung, 31 Januari 2024

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang telah direncanakan pada tahun 2023 sesuai dengan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung 2020 – 2024.

Rencana Strategis 2020 – 2024 menjabarkan sasaran utama/strategis, strategi, program, kegiatan, target dan indikator kinerja dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja diharapkan dapat memberikan gambaran dan informasi tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengembangan kesehatan mata, serta bukti pertanggungjawaban sumber daya yang meliputi SDM, anggaran, sarana dan prasarana selama tahun 2023.

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2023 disusun melalui proses penetapan sasaran strategis, program, kegiatan, target dan indikator yang diselaraskan dengan Rencana Strategis, kemudian dilakukan pengukuran kinerja untuk menilai tingkat keberhasilan, kegagalan serta menggali permasalahan yang dihadapi untuk mendapatkan faktor penyebab yang mendasar.

Berdasarkan pengukuran kinerja, indikator kinerja tahun 2023 yang telah disepakati antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo belum seluruhnya mencapai target yang telah ditetapkan, dari 46 indikator kinerja terdapat 41 indikator atau 89,13 % yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 10,87%.

Alokasi anggaran Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2023 sebesar Rp. 242.954.675.000,-. Total realisasi penyerapan anggaran pada tahun 2023 Rp.241.257.493.091,- atau 92,25%% dari total pagu revisi sebesar Rp. 261.522.041.000,- Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2023 sebesar Rp.47.222.067.558,- atau sebesar 91,72% dan realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2023 sebesar Rp.194.035.425.533,- atau sebesar 92,38%.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan.....	3
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi	4
1. Tugas Pokok	4
2. Fungsi	4
3. Struktur Organisasi	5
D. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	13
E. Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan.....	18
F. Sistematika	19

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	21
A. Indikator-indikator.....	22
B. Rencana Kinerja Tahunan.....	23
C. Perjanjian Kinerja	31
 BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	 36
A. Capaian Kinerja Organisasi	36
1. Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2023.....	37
2. Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020-2024.....	98
3. Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja.....	122
B. Sumber Daya	123
1. Sumber Daya Manusia (SDM)	197
2. Sumber Daya Anggaran	201
3. Sumber Daya Barang Milik Negara.....	202
C. Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2023.....	206
 BAB IV KESIMPULAN	 219

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 - 2024	26
Tabel 2.2	Rencana Kinerja Tahunan.....	28
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja.....	32
Tabel 3.1	Laporan Rata-Rata jumlah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	37
Tabel 3.2	Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2023	38
Tabel 3.3	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan Tahun 2023	40
Tabel 3.4	Survey Budaya Keselamatan Tahun 2023.....	81
Tabel 3.5	Perhitungan Persentase Maturitas IT	84
Tabel 3.6	Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2023.....	93
Tabel 3.7	Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024.....	98
Tabel 3.8	Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services.....	118
Tabel 3.9	Pengembangan Layanan Inovasi Layanan Trauma Eye center.....	119
Tabel 3.10	Cicendo Aesthetic Eye Clinic.....	121
Tabel 3.11	Refractive Surgical & Lacer Center.....	122
Tabel 3.12	Pengembangan One Stop Service Low Vision.....	123
Tabel 3.13	Persentase Kejadian Endoftalmis Pasca Bedah Katarak.....	133
Tabel 3.14	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna.....	134
Tabel 3.15	Capaian Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri.....	160

Tabel 3.16	Capaian Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus Keluar Negeri.....	161
Tabel 3.17	Capaian Maturitas IT Tahun 2023.....	163
Tabel 3.18	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital.....	165
Tabel 3.19	Implementasi RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan.....	165
Tabel 3.20	Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020, 2021, 2022 dan Tahun 2023.....	179
Tabel 3.21	Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2023.....	189
Tabel 3.22	Capaian Output dan Realisasi Belanja 2023.....	196
Tabel 3.23	Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2023	197
Tabel 3.24	Distribusi SDM Menurut Golongan Tahun 2023.....	198
Tabel 3.25	Distribusi SDM Menurut pendidikan Tahun 2023.....	200
Tabel 3.26	Sumber Dana Tahun 2023	201
Tabel 3.27	Barang Milik Negara Tahun 2023.....	202
Tabel 3.28	Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2023.....	206
Tabel 3.29	Capaian Jumlah Indikator Rencana Strategis Bisnis Tahun 2023.....	218

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Tahun 2023	106
Grafik 3.2	Persentase Kepuasan Pegawai Tahun 2020-2023.....	109
Grafik 3.3	Persentase Kepuasan Peserta Didik 2020-2023.....	111
Grafik 3.4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Mutu Layanan Tahun 2020-2023.....	113
Grafik 3.5	Jumlah RS Jejaring yang Diampu Tahun 2020-2023	115
Grafik 3.6	Capaian Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan	117
Grafik 3.7	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	124
Grafik 3.8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Unggulan VVIP.....	126
Grafik 3.9	Ketersediaan Fasilitas Parkir.....	127
Grafik 3.10	Waktu Pelayanan Rawat Jalan.....	128
Grafik 3.11	Penundaan Waktu Operasi efektif.....	130
Grafik 3.12	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik.....	131
Grafik 3.13	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap.....	132
Grafik 3.14	Kepatuhan kebersihan Tangan.....	134
Grafik 3.15	Kepatuhan Penggunaan APD.....	136
Grafik 3.16	Kepatuhan Identifikasi Pasien.....	138
Grafik 3.17	Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	139
Grafik 3.18	Pelaporan Hasil kritis Laboratorium.....	141
Grafik 3.19	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.....	142
Grafik 3.20	Kepatuhan Terhadap Alur klinis.....	143

Grafik 3.21	Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....	146
Grafik 3.22	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain.....	147
Grafik 3.23	Jumlah Hasil Penelitian Yang Diimplementasikan.....	148
Grafik 3.24	Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 – 2023.....	149
Grafik 3.25	Hasil Penelitian Yang Dipatenkan / Mendapat Hak Cipta	153
Grafik 3.26	Persentase Budaya Keselamatan Tahun 2020-2023.....	156
Grafik 3.27	Laporan 13 Indikator Mutu Mencapai Target.....	157
Grafik 3.28	Laporan Insiden keselamatan Pasien.....	159
Grafik 3.29	Persentase Maturitas IT Tahun 2020-2023	162
Grafik 3.30	Persentase Pemenuhan SPA RS Vertikal.....	166
Grafik 3.31	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun Tahun 2020-2023.....	167
Grafik 3.32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 2023.....	169
Grafik 3.33	Capaian POBO Tahun 2020-2023.....	170
Grafik 3.34	Capaian Ebitda Margin Tahun 2023.....	172
Grafik 3.35	Capaian Cash Ratio $240\% < CR < 300$	174
Grafik 3.36	Realisasi Anggaran Rupiah Murni.....	175
Grafik 3.37	Realisasi Anggaran BLU 2023.....	177
Grafik 3.38	Realisasi Rekomendasi Pemeriksaan BPK 2023.....	178
Grafik 3.39	Distribusi SDM Menurut Golongan.....	199

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Perjanjian Kinerja RSB Tahun 2023
Lampiran 2	Struktur Organisasi PMN RS Mata Cicendo

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pusat Mata Nasional (PMN) Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai Rumah Sakit khusus yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan mata yang mempunyai sasaran program (Visi) ***“To Be Excellent Eye Care”*** dan mempunyai sasaran strategi (Misi) ***“Eye Care for Everyone Seeing Better World”*** yang bermakna senantiasa memberikan pelayanan kesehatan mata yang terbaik (paripurna), tidak diskriminatif kepada seluruh warga masyarakat yang mencakup pelayanan kesehatan mata baik dalam hal pencegahan, pengobatan ataupun rehabilitasi, Pendidikan, dan Penelitian.

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung merupakan Rumah Sakit Khusus Mata milik Pemerintah Republik Indonesia yang memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 87 unit pada tanggal 15 Januari 2007 telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Khusus Mata kelas A dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 045/Menkes/Per/I/2007 dan pada tahun 2009 Menteri Kesehatan RI dengan surat Keputusan Nomor 059/MenKes/SK/I/2009 tanggal 16 Januari 2009, menetapkan Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sebagai Pusat Mata Nasional (PMN). Dengan demikian dalam melaksanakan pelayanannya, Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan disamping kegiatan pendidikan, pelatihan, pengkajian, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan mata sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sebagai institusi milik pemerintah dibawah Kementerian Kesehatan RI, RS Mata Cicendo perlu menyusun laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (Lakip) dalam upaya mewujudkan good clinical governance dan good corporate governance sesuai amanat Inpres no. 7 tahun 1999 tentang akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang mewajibkan setiap instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas, fungsi, dan peranannya dalam pengelolaan sumber daya dan kebijakan yang dipercayakan kepadanya berdasarkan perencanaan strategis dan indikator kinerja lainnya yang sudah ditetapkan, dan PERMENKES RI no.2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja Dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan. Sebagai landasan dalam Menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja ini mengacu pada PERMENPAN RI nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintahan.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan pertanggungjawaban kinerja yang sudah disepakati pada Perjanjian Kinerja tahun 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung yang meliputi Indikator Kinerja sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2020 - 2024, yang dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kinerja di masa yang akan datang.

Laporan ini disusun secara obyektif, efisien dan efektif yang diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan mata dan penyelenggaraan negara yang bersih bebas kolusi, korupsi dan nepotisme. Penyusunan LAKIP ini meliputi pengelolaan sumber daya, keuangan, sarana dan parasarana serta sumber daya manusia yang merangkum suatu proses di mana setiap unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan, permasalahan dalam mencapai kinerja selama tahun 2023. Hasil evaluasi ini dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan serta langkah-langkah perbaikan baik dalam proses maupun manajemennya serta dapat dilakukan analisa untuk mendapatkan faktor penyebab yang mengakibatkan ketidakberhasilan.

Laporan Kinerja Akuntabilitas tahun 2023 ini merupakan suatu proses yang sistematis dan berkesinambungan antara program dan kegiatan selama 1 (satu) tahun yang meliputi Sasaran Utama/Strategi, Program, Kegiatan, Target dan Indikator Kinerja yang disesuaikan dengan Rencana Strategis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dan dilakukan Pengukuran Kinerja dengan menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan target yang ditetapkan dan alokasi anggarannya dan juga membandingkan realisasi tahun sebelumnya.

Penyusunan LAKIP tahun 2023, mengacu pada ketentuan dan peraturan perundang-undangan, yaitu :

1. Undang-Undang No.28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas dari KKN
2. TAP MPR No. XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas KKN
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang SAKIP
4. Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Inpres No. 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
6. PermenPAN dan RB No.29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. PermenPAN 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah
8. Permenkes RI Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

9. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK 02.04//1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Juknis Penyusunan TAPJA dan LAK UPT
10. PermenPAN dan RB No. 35 Tahun 2011 Tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
11. Rencana Strategi (Renstra) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 – 2024
12. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2023

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dibangun dalam rangka upaya mewujudkan *good governance* dan sekaligus *result oriented government*. SAKIP merupakan sebuah sistem dengan pendekatan manajemen berbasis kinerja (*Performance Based Management*) untuk penyediaan informasi kinerja. Sedangkan untuk meningkatkan penyelenggaraan pemerintah yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab, serta wujud pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu penyusunan laporan akuntabilitas pada setiap akhir tahun sebagai alat ukur pelaksanaan kegiatan di unit pemerintah.

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2023 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud dan Tujuan penyusunan LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2023 adalah :

1. Sebagai alat untuk pengukuran dan evaluasi kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi untuk mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis
2. Untuk memberikan informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun yang meliputi keberhasilan dan permasalahan sehingga dapat dipergunakan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan kinerja.

C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 026 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, mempunyai tugas pokok dan fungsi :

1. Tugas Pokok

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan di bidang penyakit mata.

2. Fungsi

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut PMN Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai fungsi :

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di bidang penyakit mata;
- c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
- d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit mata;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dengan kekhususan pelayanan kesehatan dibidang penyakit mata;
- g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
- i. pengelolaan sumber daya manusia;
- j. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- k. pelaksanaan kerja sama;
- l. pengelolaan sistem informasi;
- m. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan;
- n. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

3. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, terdiri dari :

- a. Direktur Utama
- b. Direktorat Medik dan Keperawatan
- c. Direktorat Perencanaan dan Keuangan
- d. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- e. Direktorat Layanan Operasional
- f. Dewas
- g. Satuan Pemeriksa Internal (SPI)
- h. Komite
- i. KSM
- j. Instalasi
- k. Unit Layanan Pengadaan Barang dan Jasa (ULP)

Struktur organisasi secara lengkap dapat dilihat di Daftar Lampiran 1.

Adapun susunan dan tugas dari masing-masing struktur organisasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Susunan Dewan Pengawas

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.01.07/MENKES/2074/2023, tanggal 5 Oktober 2023 susunan Dewan Pengawas adalah sebagai berikut :

Ketua : dr. Azhar Jaya, SKM, SH, MARS

Anggota : a. Prof. DR. dr. Tjahyono D. Gondhowiardjo, Sp.M(K)

b. Setiaji, ST, M.Si

c. Alfiker Siringoringo, SE, MEC

d. Heru Pudyo Nugroho, SE., MBA.

Sekretaris : Ballada Santi, SKM, MKM.

Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan,
- b. Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh pejabat Pengelola BLU
- c. Mengikuti perkembangan kegiatan BLU dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLU
- d. Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terjadi menurunnya kinerja BLU
- e. Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola BLU dalam melaksanakan pengurusan BLU.

2. **Susunan Direksi**

Rumah Sakit Mata Cicendo dipimpin oleh seorang direktur utama dan 4 orang direktur, dengan susunan sebagai berikut :

- | | |
|--|--|
| a. Direktur Utama | : Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes |
| b. Direktur Medik dan Keperawatan | : dr. Maya Sari Wahyu K, Sp.M.(K). M.Kes |
| c. Direktur Perencanaan dan Keuangan | : Nana, SE |
| d. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian | : dr. Elfa Ali Idrus, Sp.M. |
| e. Plt. Direktur Layanan Operasional | : Hartono SKM., M.Kes. |

3. **Komite Medik**

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun standar pelayanan medis, pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan medis, hak klinis khusus kepada Staf Medis Fungsional, program pelayanan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan

- | | |
|---------------|---|
| a. Ketua | : Dr. dr.Feti Karfiati Memed, SpM(K), M.Kes.. |
| b. Sekretaris | : dr. Sesy Caesarya, SpM(K) |

- 1) Sub Komite Kredensial
 - a) Ketua : Dr. dr.M. Rinaldi Dahlan,Sp.M (K)
 - a) Anggota : dr. Patriotika Muslima, Sp.M
dr. Dian Hendriani,Sp.PK.
- 2) Sub Komite Mutu Profesi
 - a) Ketua : dr R. Maula Rifada, SpM(K)
 - b) Anggota : dr. Raudatul Janah,Sp.PA.
dr. Dianita Veulina Ginting, Sp.M
dr. Joan Sherlone T. Hutabarat, Sp.M
- 3) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
 - b) Ketua : dr. Primawita o. Amiruddin, SpM(K), M.Kes.
 - c) Anggota : dr. Lily Cahyani Tandililing, Sp.A

4. Komite Etik dan Hukum RS Mata Cicendo Bandung

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun dan merumuskan medicoelikolegal dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit, serta pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan “ Hospital by Laws serta Medical Staff by Laws “ gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.

- a. Ketua : Dr. dr. Karmelita Satari, SpM(K)
- b. Anggota : dr. Grimaldi Ihsan, Sp.M
Noeraida Fatma, SH, MH.Kes
Zulham Efendi, SST, MM
Titing Sulastri, S.Kep, Ners.
Teti Larissa Sidauruk, A.Md.RO.

5. Komite Mutu

Ketua Komite Mutu bertugas : Mengkoordinasikan kegiatan penilaian mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan oleh Tim Akreditasi, Sub Komite Peningkatan Mutu, Sub Komite Manajemen Risiko, dan Sub Komite Keselamatan Pasien, serta bertanggung jawab atas kualitas mutu pelayanan rumah sakit.

- a. Ketua : dr. Susanti Natalya Sirait, Sp.M(K), M.Kes
- b. Sekretaris : Ballada Santi, SKM, MKM

Komite Mutu terdiri dari beberapa sub komite yaitu:

1) Sub Komite Peningkatan Mutu

- a) Ketua : dr. Emmy Dwi Sugiarti, SpM(K)., M.Kes
- b) Anggota : Widya Fatimatussolihah, S, Psi., MM

2) Sub Komite Manajemen Risiko

- a) Ketua : dr. Adli Boesoirie, SpAn., M.Kes.
- b) Anggota : Anisa Rohimah Pasaribu, SKM

3) Sub Komite Keselamatan Pasien

- a) Ketua : dr. Arief Akhdestira Mustaram, Sp.M(K)
- b) Anggota : Dewanti Widya Astari, S.Kep, Ners. M.Kep.

6. Komite Etik Penelitian Kesehatan

- a. Ketua : Dr. dr. Shanti F. Boesoirie, Sp.M(K), M.Kes
- b. Sekretaris 1 : dr. Niluh Ali Idrus, Sp.M

7. Komite Keperawatan

- a. Ketua : Neni Rostieni, S.Kep, Ners
- b. Sekretaris : Linda Kartika Mulyadi, S.Kep
- c. Sub Komite Kredensial
 - Ketua : Maya Lesmana, S.Kep, Ners
- d. Sub Komite Mutu Profesi
 - Ketua : Teti Sugiarti, S.Kep, Ners, M.Kep
- e. Sub Komite Etik Disiplin Profesi
 - Ketua : Titing Sulastri, S.Kep, Ners

8. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

- a. Ketua : dr. Angga Fajriansyah, Sp.M(K)
- b. Sekretaris : Gina Gursita, AMd.Kep.
- c. IPCN : M. Iqbal Nasrulloh, S.Kep, Ners.
- d. IPCD : dr. Teguh Tri Wardana, Sp.PD
dr. Shinta Stri Ayuda Nur Setyaningsih, Sp.PK
dr. Dian Hendriani, Sp.PK

9. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Satuan Pemeriksa Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama sebagai satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit.

- a. Ketua : Raden Sjaefudin, SKM, MKM
- b. Sekretaris : Saifulloh, SKM
- Anggota : Yandri Achmad S, S.Apt.

Susunan Unit-unit dalam organisasi sebagai berikut :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri dari :
 - a. Manajer Pelayanan Medik
 - 1) Asisten Manajer Pelayanan Medik
 - b. Manajer Pelayanan Penunjang
 - 1) Asisten Manajer Penunjang Medik
 - 2) Asisten Manajer Penunjang Non Medik
 - c. Manajer Pelayanan Keperawatan
 - 1) Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan
 - d. Instalasi :
 - 1) Instalasi Rawat Jalan
 - 2) Instalasi Rawat Inap
 - 3) Instalasi Eksekutif
 - 4) Instalasi Day Care
 - 5) Instalasi Gawat Darurat
 - 6) Instalasi Kamar Bedah
 - Sub Instalasi Anestesi
 - 7) Instalasi Farmasi
 - 8) Instalasi Penunjang
 - 9) Instalasi Laboratorium Terpadu
 - 10) Instalasi Gizi
 - 11) Instalasi Optik

2. Direktorat Layanan Operasional terdiri dari :
 - a. Manajer Tata Usaha dan Rumah Tangga
 - 1) Asisten Manajer Tata Usaha
 - 2) Asisten Manajer Rumah Tangga
 - b. Manajer Hukum dan Humas
 - 1) Asisten Manajer Hukum dan Humas
 - c. Instalasi :
 - 1) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
 - 2) Instalasi Promosi Kesehatan
 - 3) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS
 - Sub Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS
 - 4) Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS
 - 5) Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
 - 6) Instalasi Rekam Medik
3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan terdiri dari :
 - a. Manajer Perencanaan dan Evaluasi Program
 - 1) Asisten Manajer Perencanaan dan Evaluasi Program
 - b. Manajer Perencanaan Anggaran
 - 1) Asisten Manajer Perencanaan Anggaran
 - c. Manajer Akuntansi dan BMN
 - 1) Asisten Manajer Akuntansi

- 2) Asisten Manajer Pengelolaan BMN
 - d. Manajer Pelaksanaan Anggaran Keuangan
 - 1) Asisten Manajer Pelaksanaan Perbendaharaan
 - 2) Asisten Manajer Pelaksanaan Anggaran
 - e. Instalasi :
 - 1) Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Klaim
 - Sub Instalasi Verifikasi dan Administrasi Pasien
4. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian terdiri dari :
- a. Manajer Organisasi dan SDM
 - 1) Asisten Manajer Administrasi dan Organisasi SDM
 - 2) Asisten Manajer Pengembangan SDM
 - b. Manajer Pendidikan dan Pelatihan
 - 1) Asisten Manajer Pendidikan dan Pelatihan
 - c. Manajer Penelitian
 - 1) Asisten Manajer Penelitian
 - d. Instalasi :
 - a) Instalasi Oftalmologi Komunitas
5. KSM terdiri dari :
- a. KSM Vitreoretina
 - b. KSM Glaukoma
 - c. KSM Katarak Bedah Refraktif
 - d. KSM Pediatrik Oftalmologi dan Strabismus

- e. KSM Neuro Oftalmologi
 - f. KSM Refraksi, Low Vision, Lensa Kontak
 - g. KSM Infeksi dan Imunologi
 - h. KSM Rekontruksi, Onkologi dan Okuloplasti
 - i. KSM Oftalmologi Komunitas
 - j. KSM Penyakit Dalam
 - k. KSM Anak
 - l. KSM Patologi Klinik
 - m. KSM Patologi Anatomi
 - n. KSM Umum
 - o. KSM Radiologi
 - p. KSM Anestesi
- 6. Unit Layanan Pengadaan
 - 7. UPF Klinik Utama Garut
 - 8. UPF Balai Kesehatan Mata Masyarakat Cikampek

D. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Untuk mewujudkan agar tujuan dan sasaran strategis dapat dicapai, ada serangkaian strategi yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo melalui program-program kerja strategis yang akan dilaksanakan pada tahun 2023 sebagai berikut :

1. Perspektif Pelanggan

Sasaran Strategis :

Meningkatkan kepuasan stakeholder

KPI :

- a. Persentase kepuasan pasien
- b. Persentase kepuasan pegawai
 - 1) Persentase kepuasan dan budaya kerja pegawai
 - 2) Persentase pegawai yang melakukan medical check up
 - 3) Persentase peningkatan pengembangan SDM
 - 4) Persentase pengembangan sistem kepegawaian
- c. Persentase kepuasan peserta didik
 - 1) Persentase kepuasan peserta didik PPDS, PSPD, Fellowship
 - 2) Persentase kepuasan peserta didik non dokter

Program Kerja Strategis :

- a. Peningkatan kepuasan pasien
 - 1) Survei kepuasan pasien IRJ, RI, LASIK & Paviliun
 - 2) IHT service excellent/komunikasi efektif
 - 3) Call center & pengelolaan handling complain melalui medsos 24 Jam (penambahan 2 orang SDM pengelola diluar jam kerja)
- b. Peningkatan budaya kerja cicendo
- c. Medical check up pegawai
- d. Peningkatan pengembangan SDM
- e. Pengembangan sistem kepegawaian melalui Pengembangan sistem kontrol lisensi tenaga kesehatan (SIKONTES) melalui *early warning system* dan pengembangan Sistem Informasi Kepegawaian dengan *Early Warning System* (SIGALING)
- f. Program *excellence coaching* : Pelatihan *excellence coaching*
- g. Program pelatihan *clinical instructor* : pelatihan *preceptorship*

2. Perspektif Proses Bisnis

Sasaran Strategis :

- a. Mewujudkan pendidikan yang terintegrasi
- b. Menyelenggarakan pelayanan bermutu
- c. Menghasilkan penelitian yang inovatif

KPI :

- a. Persentase PPDS lulus tepat waktu
- b. Persentase PPDS yang melaksanakan Standar Keselamatan Pasien (SKP)
 - Persentase PPDS yang melaksanakan cuci tangan
- c. Pengampunan RS/Balai Kesehatan
- d. Persentase pemenuhan standar pelayanan (Ketepatan waktu pelayanan)
 - Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)
- e. Layanan unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services*
- f. Pengembangan layanan inovasi : *Trauma Eye Center, Cicendo Aesthetic Eye Clinic dan Refractive Surgical & Laser Center*
- g. Pengembangan layanan : *Pengembangan One Stop Service Low Vision*
- h. Terakreditasi internasional
- i. Jumlah hasil penelitian yang diimplementasikan
- j. Jumlah publikasi nasional/internasional
- k. Hasil penelitian yang dipatenkan

Program Kerja Strategis :

- a. Program peningkatan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata :
 - Monitoring dan evaluasi kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata

- Workshop penyusunan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata
- b. Program peningkatan budaya cuci tangan sesuai WHO : pelatihan/refreshment cuci tangan
- c. Kunjungan dan identifikasi kebutuhan RS yang akan di ampu
- d. Percepatan aaktu pelayanan : peningkatan kompetensi SDM untuk EMR, optimaliasasi penjadwalan dokter, monitoring penanggung jawab unit dalam pelayanan, pemenuhan sarana dan prasarana EMR
- e. Layanan unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services*
 - Pengembangan Layanan
 - Pengembangan SDM
 - *Education & Research*
 - Sarpras
- f. Pengembangan layanan inovasi : *Trauma Eye Center, Cicendo Aesthetic Eye Clinic dan Refractive Surgical & Laser Center*
 - Pengembangan Layanan
 - Pengembangan SDM
 - *Education & Research*
 - Sarpras
- g. Pengembangan layanan : Pengembangan *One Stop Service Low Vision*
 - Pengembangan Layanan
 - Pengembangan SDM
 - *Education & Research*
 - Sarpras
- h. Survei verifikasi akreditasi KARS internasional, pelatihan internal dan eksternal, pit stop, revisi buku saku akreditasi.
- i. Peningkatan kemampuan penelitian translational
- j. Peningkatan kemampuan publikasi nasional dan internasional pada jurnal yang terstandar

3. Perspektif *Learning and Growth*

Sasaran Strategis :

1. Membangun Budaya Quality First
2. Meningkatkan Kompetensi SDM
3. Membangun Sistem IT yang mandiri dan terpadu

KPI :

- a. Persentase budaya keselamatan
- b. Jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus di luar negeri
- c. Jumlah tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus di luar negeri
- d. Persentase maturitas IT

Program Kerja Strategis :

- a. Survey dan sosialisasi budaya keselamatan pasien
- b. Program peningkatan kompetensi tenaga medik dokter spesialis. pengiriman tenaga dokter spesialis
- c. Program peningkatan kompetensi tenaga kesehatan pengiriman tenaga kesehatan
- d. Otomatisasi manajemen,
- e. Peningkatan keamanan
- f. Sistem dashboard

4. Perspektif *Financial*

Sasaran Strategis :

- a. Meningkatkan revenue
- b. Meningkatkan efisiensi
- c. Menjamin ketersediaan anggaran

KPI :

- a. Persentase peningkatan pendapatan per tahun
- b. POBO
- c. Cash Ratio

Program Kerja Strategis :

- a. Penyesuaian tarif
- b. Optimalisasi aset & inovasi lainnya
- c. Kerjasama pola pembiayaan pelayanan (bank, asuransi, penjaminan lain/non BPJS)
- d. Efisiensi belanja operasional tidak lebih dari 7% PAGU anggaran belanja
- e. Memprioritaskan belanja modal untuk kegiatan yang menghasilkan pendapatan
- f. Akselerasi Belanja Operasional (AKSI BEJO) dengan menjaga agar Hutang Jangka Pendek tidak lebih dari 36% dari kas dan setara kas yang dimiliki
- g. Manajemen kas dengan menjaga jumlah kas dan setara kas tidak lebih dari 300% dari kewajiban yang dimiliki salah satunya dengan cara investasi jangka panjang (deposito berjangka ≥ 6 bulan)

E. Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan

1. Permasalahan / Hambatan

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menghadapi masalah dan hambatan yang perlu ditindak lanjuti pemecahannya, diantaranya:

- a. Beberapa Indikator Kinerja Utama (IKU) belum tercapai yaitu rendahnya nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang menyebabkan indikator Persentase Kepuasan Pasien tidak mencapai target.

- b. Belum optimalnya pengembangan Inovasi Layanan.
- c. Kendala pada pengembangan sistem *Single Sign On* yang direncanakan yaitu penyelesaian akhir pengembangan sistem dan ujicobanya.
- d. Kurang tertibnya penerapan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Pencairan Dana (RPD) yang telah ditetapkan sehingga menghambat penyerapan anggaran.

2. Upaya Tindak Lanjut

Upaya untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan strategi yang merupakan terobosan/ inovasi dalam rangka pencapaian target yang ditetapkan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo, antara lain adalah:

- a. IKU yang belum tercapai telah dilakukan monitoring dan evaluasi, penanggungjawab IKU diharapkan menindaklanjuti terkait kekurangan capaian program tahun 2023 di tahun mendatang.
- b. Merencanakan pemenuhan sarana prasarana yang dibutuhkan di tahun 2024.
- c. Melakukan penyempurnaan sistem informasi rumah sakit dan Maturitas IT sesuai kebutuhan.
- d. Melaksanakan penyusunan anggaran berbasis kinerja dan berbasis rencana strategis rumah sakit.
- e. Menerapkan *cost reduction* dan efisiensi biaya.
- f. Koordinasi dengan para penanggungjawab kegiatan serta melakukan evaluasi dan menyusun langkah-langkah percepatan penyerapan anggaran.

F. Sistematika

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung disusun sebagai berikut :

Ikhtisar Eksekutif, menjelaskan rangkuman dari seluruh isi Laporan Akuntabilitas Kinerja, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra, keberhasilan dan kegagalan, permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian indikator kinerja dan usul pemecahan masalah.

Bab I Pendahuluan menjelaskan latar belakang, maksud dan tujuan penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja, tugas pokok dan fungsi PMN Rumah Sakit mata Cicendo Bandung, Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran, Permasalahan/hambatan serta sistematika penulisan laporan

- Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja** menjelaskan tentang gambaran singkat sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai dalam 5 tahun dan sasaran pada tahun berjalan, indikator dan targetnya, kebijakan strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai kesinambungan antara Perjanjian Kinerja dengan Renstra.
- Bab III Akuntabilitas Kinerja**, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja, membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun berjalan, membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun, Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi, membandingkan realisasi tahun ini dengan standar nasional (jika ada), analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan dan analisis atas efisiensi sumber daya yang mendukung dalam pencapaian kinerja (SDM, anggaran, sarana dan prasarana).
- Bab IV Simpulan**, menguraikan kesimpulan dari Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

Lampiran-lampiran, berisi lampiran SOTK, Perjanjian Kinerja, SK Tim Lakip, kertas kerja evaluasi LAKIP.

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Perencanaan dan Perjanjian Kinerja merupakan penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada tahun 2023. Adapun tujuan pokok dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah untuk menentukan arah strategi dan prioritas selama lima tahun mendatang, untuk menetapkan rencana pelaksanaan kegiatan sesuai sasaran strategis dan sebagai pedoman penyusunan perencanaan anggaran dalam pencapaian sasaran strategis.

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran utama / strategis diarahkan pada program, kegiatan, target serta indikator kinerja yang diharapkan, sehingga Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menjadi rumah sakit berstandar internasional dengan visinya. Visi dan Misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam kurun waktu 5 (lima) periode tahun 2020-2024 sebagai berikut :

“To Be Excellence Eye Care”, mempunyai strategi **“Eye Care for Everyone Seeing Better World”** Memberikan pelayanan kesehatan mata, Pelayanan yang tidak diskriminatif, kepada seluruh warga masyarakat yang mencakup segala perkembangan ilmu kesehatan mata baik dalam hal pencegahan, pengobatan ataupun rehabilitasi.

Dalam rangka kelancaran melakukan misi untuk mewujudkan visi maka PMN Rumah Sakit mata Cicendo Bandung menerapkan nilai-nilai integritas, proaktif, inovatif, visioner, istiqomah, profesional.

Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode tahun 2020-2024 dapat menjadi pedoman utama bagi penilaian kemajuan PMN RS Mata Cicendo dalam pencapaian visi dan target kinerja serta sekaligus untuk mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan mata yang berlangsung di PMN RS Mata Cicendo. Sedangkan untuk tercapainya visi dan misi PMN RS Mata Cicendo Bandung menetapkan 10 sasaran strategis yang akan dicapai dalam tahun 2020-2024 sebagai berikut:

1. Terciptanya kepuasan *stakeholder*.
2. Terwujudnya Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan.
3. Terwujudnya Pelayanan Unggulan dan Inovasi Pelayanan.
4. Terwujudnya penelitian yang inovatif.
5. Terwujudnya budaya *quality first*.

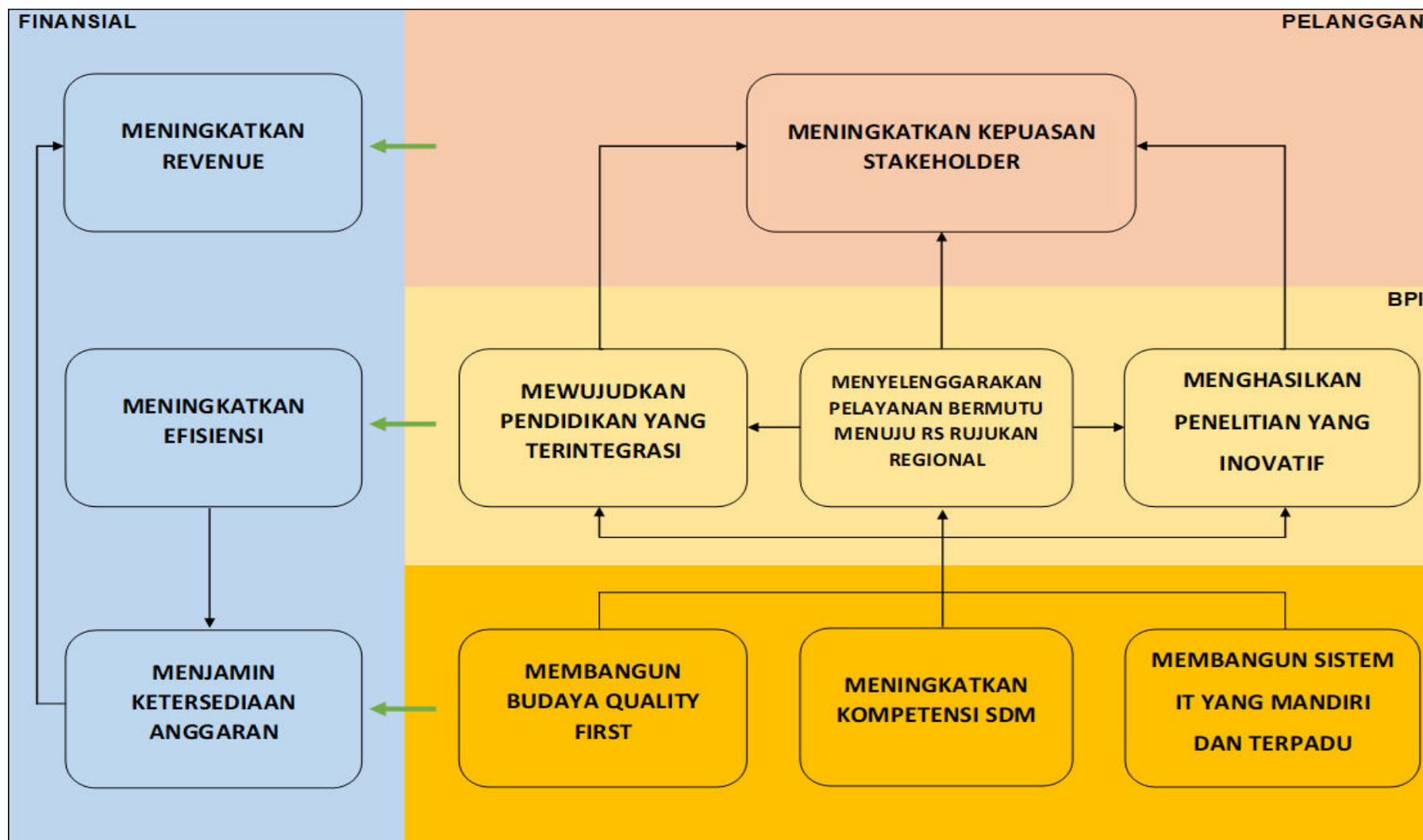
6. Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal.
7. Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM.
8. Terwujudnya sistem IT yang mandiri dan terpadu.
9. Terwujudnya peningkatan *revenue*.
10. Terwujudnya efisiensi.

A. Indikator-Indikator

1. Komponen Pelayanan
 - a. Persentase Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan).
 - b. Pengembangan Layanan Unggulan: *Advanced Diabetic Retina Services*
 - c. Pengembangan Inovasi Layanan : Trauma Eye Center
 - d. *Cicendo Aesthetic Eye Clinic*
 - e. *Refractive Surgical dan Lacer Center*
 - f. Pengembangan Layanan *One Stop Service Low Vision*
2. Komponen Keuangan
 - a. Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun
 - b. POBO
 - c. Cash Ratio $240\% < CR < 300\%$
3. Komponen Umum, SDM dan Pendidikan
 - a. Tingkat kepuasan pasien.
 - b. Tingkat kepuasan pegawai.
 - c. Tingkat kepuasan peserta didik.
 - d. Pengampuan RS Rujukan Nasional/Regional.

- e. Jumlah Hasil Penelitian yang di Implementasikan.
 - f. Jumlah Publikasi Nasional/Internasional.
 - g. Jumlah Hasil Penelitian yang Dipatenkan.
 - h. Jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan luar negeri.
 - i. Jumlah tenaga kesehatan dan Non Kesehatan Lainnya yang mengikuti pendidikan luar negeri.
 - j. Persentase Maturitas IT.
4. Komponen Mutu
- a. Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan.
 - b. Persentase Budaya Keselamatan.

Untuk lebih jelasnya akan disajikan peta strategi PMN RS Cicendo untuk periode tahun 2020-2024 di bawah ini:



Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi PMN RS Mata Cicendo, yakni ***“To Be Excellent Eye Care”*** dan misi ***“Eye Care for Everyone Seeing Better World”***. Peta strategi ini menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategi pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning and growth*, dan perspektif *financial*. Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2020-2024. Penentuan program kerja strategis PMN Rumah Sakit Mata untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

1. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pemantapan:

Tujuan dari diusulkan program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2020-2024.

2. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Perbaikan:

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

3. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pengembangan

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

Tabel 2.1
Rencana Strategis Bisnis
Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2020 – 2024

No.	Sasaran Strategis	IKU		Bobot	Satuan	Target				
						2020	2021	2022	2023	2024
	Perspektif Pelanggan									
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	5%	Persentase	80%	80,50%	86%	87%	89%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	5%	Persentase	86%	87%	88%	89%	90%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	5%	Persentase	87%	87,50%	88%	88,50%	89%
	Bisnis Proses Internal									
1	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	4%	Persentase	77%	84%	93%	95%	100%
2	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu Menuju RS Rujukan Regional	5	Pengampunan RS / Balai Kesehatan	4%	Jumlah	2	2	2	2	2
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	5%	Menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit
			Pengembangan Layanan Unggulan							
		7	- Advanced Diabetic Retina Services	5%	Persentase	20%	30%	100%	100%	100%
			Pengembangan Inovasi Layanan							
		8	- Trauma Eye Center	5%	Persentase			100%	100%	100%
		9	- Cicendo Aesthetic Eye Clinic	5%	Persentase			100%	100%	100%
		10	- Refractive Surgical & Laser Center	5%	Persentase			100%	100%	100%
			Pengembangan Layanan							
		11	- Pengembangan One Stop Service Low Vision	5%	Persentase	20%	30%	100%	100%	100%
3	Menghasilkan penelitian yang inovatif	12	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	5%	Jumlah	2	2	2	2	2
		13	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	4%	Jumlah	10	10	10	10	10
		14	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	5%	Jumlah	1	1	1	1	1

No.	Sasaran Strategis	IKU		Bobot	Satuan	Target				
						2020	2021	2022	2023	2024
	Learn & Growth									
1	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	15	Persentase Budaya Keselamatan	5%	Persentase	70%	70%	75%	75%	80%
2	Meningkatkan Kompetensi SDM	16	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus di Luar Negeri	5%	Jumlah	0	0	1	2	2
		17	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Nakes Lainnya yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/ Kursus di Luar Negeri	5%	Jumlah	0	0	1	2	2
3	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	18	Maturitas IT	5%	Persentase	40%	70%	Advance Tahap I 100%	Advance Tahap II 100%	Advance Tahap III 100%
	Financial									
4	Meningkatkan <i>Revenue</i>	19	Persentase Peningkatan Pendapatanper Tahun	5%	Persentase	0%	1%	2%	6%	3%
5	Meningkatkan Efisiensi	20	POBO	4%	Persentase	65%	65%	75%	85%	86%
6	Menjamin Ketersediaan Anggaran	21	Cash Ratio 240%<CR<300%	4%	Persentase	100%	100%	100%	100%	100%

B. RENCANA KINERJA TAHUNAN

Rencana Kinerja Tahunan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2023 merupakan indikator langkah strategi yang disusun dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, setiap direktorat, bagian/instalasi melaksanakan kegiatan mengacu pada indikator-indikator yang ditetapkan dalam Rencana Kinerja Tahunan.

Adapun Rencana Kinerja Tahunan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2
Rencana Kinerja Tahunan

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo

Tahun Anggaran : 2023

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2023
	Perspektif Pelanggan			
1	Meningkatkan kepuasanStakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	87%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	89%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88,5%
	Bisnis Proses Internal			
2	Mewujudkan IntegrasiPelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didikdalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan(Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit
		7	Pengembangan Layanan Unggulan	
			<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET2023
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI	≥ 80%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%
		22	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
		23	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		24	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 85%
		25	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
		26	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10
		29	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	1

NO	SASARAN STRATEGIS		IKU	TARGET2023
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%
6	Meningkatkan KompetensiSDM	31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12
		33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	2
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan NonKesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	35	Persentase Maturitas IT	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	100%
8	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	95%
	Financial			
9	Meningkatkan <i>Revenue</i>	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	6%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
10	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	85%
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%

NO	SASARAN STRATEGIS		IKU	TARGET2023
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	43	Cash Ratio $240\% < CR < 300\%$	100%
		44	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

C. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja merupakan rencana kinerja yang telah ditetapkan antara Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai Penetapan Kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2023.

Tabel 2.3

Perjanjian Kinerja

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung

Tahun Anggaran : 2023

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2023
	Perspektif Pelanggan			
1	Meningkatkan kepuasanStakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	87%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	89%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88,5%
	Bisnis Proses Internal			
2	Mewujudkan IntegrasiPelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didikdalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan(Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit
		7	Pengembangan Layanan Unggulan	
			<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2023
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI	≥ 80%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%
		22	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
		23	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		24	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 85%
		25	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
		26	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10
		29	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	1
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2023
		33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	2
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan NonKesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	35	Persentase Maturitas IT	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	100%
8	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	95%
	Financial			
9	Meningkatkan <i>Revenue</i>	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	6%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
10	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	85%
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	43	<i>Cash Ratio</i> 240%<CR<300%	100%
		44	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

Total Pagu Anggaran Tahun 2023 adalah sebesar Rp. 261.522.041.000,- terdiri dari :

- Program Pelayanan Kesehatan dan JKN – Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes Rp. 210.035.423.000,-
- Program Dukungan Manajemen – Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan Rp. 51.486.618.000,-

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pelaksanaan pengukuran kinerja sebagai salah satu cara untuk mengetahui kegiatan manajemen rumah sakit khususnya dalam membandingkan kinerja yang dicapai dengan rencana atau target kinerja sesuai indikator kinerja yang telah ditetapkan. Salah satu kegiatan pengukuran kinerja adalah membandingkan antara capaian dengan target yang sudah ditetapkan, sehingga akan diperoleh gambaran tingkat keberhasilan dari masing-masing indikator sebagai acuan pada kegiatan yang akan datang untuk lebih baik lagi capaiannya.

Tahun 2023 merupakan tahun ke empat program Rencana Strategis Bisnis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dari tahun 2020 -2024, di mana Rencana Strategis yang sudah ditetapkan dan sebagai kontrak kerja akan diukur secara bertahap sampai 5 tahun yang akan datang dan untuk mengetahui sampai sejauh mana capaian kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sesuai dengan target yang sudah ditetapkan dalam program tersebut.

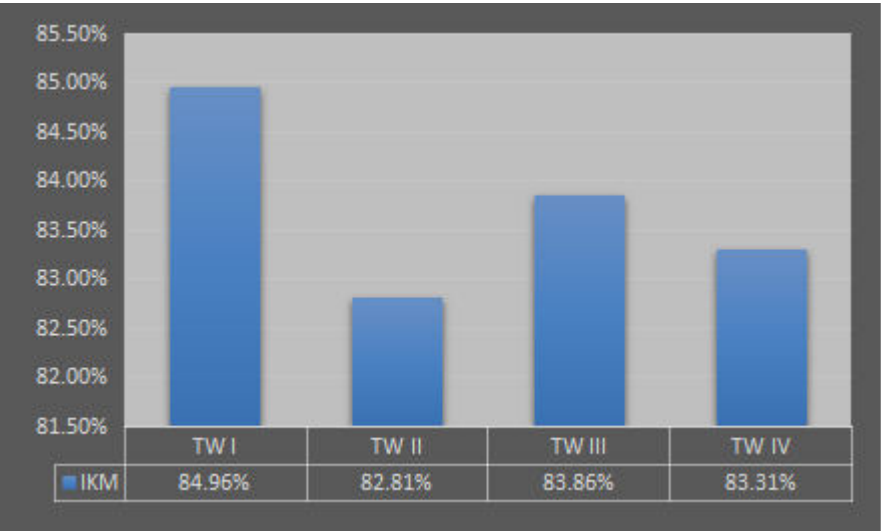
Berdasarkan pengukuran kinerja akan dihasilkan informasi masing-masing indikator kinerja, dianalisa keberhasilan dan kegagalannya, sehingga dapat digunakan untuk menetapkan langkah-langkah tindak lanjut perencanaan program dan kegiatan pada tahun mendatang. Informasi tersebut merupakan bahan masukan yang sangat berguna bagi pimpinan rumah sakit dalam perencanaan program dan kegiatan tahun mendatang supaya berjalan lebih efektif dan efisien.

Pengukuran kinerja ini sekaligus untuk dapat mengetahui kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dibandingkan dengan target dan indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis dan dapat memberikan gambaran kepada pihak internal maupun eksternal tentang pelaksanaan organisasi dalam rangka mewujudkan visi dan misinya.

1. Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2023

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan															
			2023	Satuan																	
1	2	3	4	5	6	7															
1	Meningkatkan Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Pasien	87%	%	83,74%	Kepuasan pasien merupakan gambaran dari hasil pelayanan dan fasilitas yang didapat pasien, sehingga perlu dilakukan penilaian melalui survei kepuasan pasien/pelanggan. Presentase kepuasan pasien tahun 2023 belum mencapai target sebesar 83,74% dari target capaian sebesar 87%. Tabel 3.1 Laporan Rata-rata Jumlah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2023 <table><tr><th>No.</th><th>Pelayanan</th><th>Nilai IKM</th></tr><tr><td>1.</td><td>Rawat Jalan Reguler</td><td>81,18%</td></tr><tr><td>2.</td><td>Rawat Jalan Eksekutif</td><td>85,98%</td></tr><tr><td>3.</td><td>Rawat Inap</td><td>84,08%</td></tr><tr><td colspan="2">Rata-rata IKM Tahun 2023</td><td>83,74%</td></tr></table> Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2023 Berdasarkan Tabel 3.1 di atas terlihat bahwa rata-rata IKM Tahun 2023 tertinggi adalah Rawat Jalan Eksekutif sebesar 85,98% dan terendah adalah Rawat Jalan Reguler sebesar 81,18%.	No.	Pelayanan	Nilai IKM	1.	Rawat Jalan Reguler	81,18%	2.	Rawat Jalan Eksekutif	85,98%	3.	Rawat Inap	84,08%	Rata-rata IKM Tahun 2023		83,74%
No.	Pelayanan	Nilai IKM																			
1.	Rawat Jalan Reguler	81,18%																			
2.	Rawat Jalan Eksekutif	85,98%																			
3.	Rawat Inap	84,08%																			
Rata-rata IKM Tahun 2023		83,74%																			
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan															

			2023	Satuan																																																																																										
1	2	3	4	5	6	7																																																																																								
						Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) berdasarkan pelayanan sebagai berikut: Tabel 3.2 Indeks Kepuasan Masyarakat PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2023 <table><tr><th rowspan="2">No</th><th rowspan="2">Bulan</th><th colspan="3">Layanan</th></tr><tr><th>Rawat Jalan Reguler</th><th>Eksekutif</th><th>Rawat Inap</th></tr><tr><td>1</td><td>Januari</td><td>83,36 %</td><td>89,67 %</td><td>86,61 %</td></tr><tr><td>2</td><td>Februari</td><td>82,27 %</td><td>90,10 %</td><td>85,49 %</td></tr><tr><td>3</td><td>Maret</td><td>77,95 %</td><td>83,85 %</td><td>83,25 %</td></tr><tr><td colspan="2">IKM TW I</td><td colspan="3">84,96 %</td></tr><tr><td>4</td><td>April</td><td>78,47 %</td><td>85,22 %</td><td>83,36 %</td></tr><tr><td>5</td><td>Mei</td><td>79,09 %</td><td>82,11 %</td><td>81,27 %</td></tr><tr><td>6</td><td>Juni</td><td>80,36 %</td><td>84,63 %</td><td>84,67%</td></tr><tr><td colspan="2">IKM TW II</td><td colspan="3">82,81 %</td></tr><tr><td>7</td><td>Juli</td><td>85,05 %</td><td>80,08 %</td><td>82,70 %</td></tr><tr><td>8</td><td>Agustus</td><td>84,40 %</td><td>83,58 %</td><td>83,10 %</td></tr><tr><td>9</td><td>September</td><td>80,12 %</td><td>85,38 %</td><td>85,70 %</td></tr><tr><td colspan="2">IKM TW III</td><td colspan="3">83,86%</td></tr><tr><td>10</td><td>Oktober</td><td>79,06 %</td><td>85,63 %</td><td>82,08 %</td></tr><tr><td>11</td><td>November</td><td>78,08 %</td><td>84,85 %</td><td>82,97 %</td></tr><tr><td>12</td><td>Desember</td><td>81,18 %</td><td>85,98 %</td><td>84,08 %</td></tr><tr><td colspan="2">IKM TW IV</td><td colspan="3">83,31%</td></tr></table> Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2023	No	Bulan	Layanan			Rawat Jalan Reguler	Eksekutif	Rawat Inap	1	Januari	83,36 %	89,67 %	86,61 %	2	Februari	82,27 %	90,10 %	85,49 %	3	Maret	77,95 %	83,85 %	83,25 %	IKM TW I		84,96 %			4	April	78,47 %	85,22 %	83,36 %	5	Mei	79,09 %	82,11 %	81,27 %	6	Juni	80,36 %	84,63 %	84,67%	IKM TW II		82,81 %			7	Juli	85,05 %	80,08 %	82,70 %	8	Agustus	84,40 %	83,58 %	83,10 %	9	September	80,12 %	85,38 %	85,70 %	IKM TW III		83,86%			10	Oktober	79,06 %	85,63 %	82,08 %	11	November	78,08 %	84,85 %	82,97 %	12	Desember	81,18 %	85,98 %	84,08 %	IKM TW IV		83,31%		
No	Bulan	Layanan																																																																																												
		Rawat Jalan Reguler	Eksekutif	Rawat Inap																																																																																										
1	Januari	83,36 %	89,67 %	86,61 %																																																																																										
2	Februari	82,27 %	90,10 %	85,49 %																																																																																										
3	Maret	77,95 %	83,85 %	83,25 %																																																																																										
IKM TW I		84,96 %																																																																																												
4	April	78,47 %	85,22 %	83,36 %																																																																																										
5	Mei	79,09 %	82,11 %	81,27 %																																																																																										
6	Juni	80,36 %	84,63 %	84,67%																																																																																										
IKM TW II		82,81 %																																																																																												
7	Juli	85,05 %	80,08 %	82,70 %																																																																																										
8	Agustus	84,40 %	83,58 %	83,10 %																																																																																										
9	September	80,12 %	85,38 %	85,70 %																																																																																										
IKM TW III		83,86%																																																																																												
10	Oktober	79,06 %	85,63 %	82,08 %																																																																																										
11	November	78,08 %	84,85 %	82,97 %																																																																																										
12	Desember	81,18 %	85,98 %	84,08 %																																																																																										
IKM TW IV		83,31%																																																																																												
NO	Sasaran Utama	KPI	Target	Realisasi	Keterangan																																																																																									

			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Berdasarkan Tabel 3.2 terlihat capaian tingkat kepuasan pasien tahun 2023 sebesar 83,74 % termasuk pada kategori “Baik”. Dilihat dari capaian tingkat kepuasan nilai tertinggi diperoleh oleh instalasi Eksekutif.  Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2023 Berdasarkan Grafik 3.1 terlihat, tingkat kepuasan tertinggi pada Triwulan I (84,96%) dan tingkat kepuasan terendah pada Triwulan II (82,81%).
NO	Sasaran Utama	KPI	Target	Realisasi	Keterangan	

			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Tabel 3.3 Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2023
1.	Rawat Jalan Reguler	3,26	81,44	B	Baik	
2.	Rawat Jalan Eksekutif	3,43	85,68	B	Baik	
3.	Rawat Inap	3,37	84,17	B	Baik	
Nilai Rata-rata IKM		3,35	83,76	B	Baik	
Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2023						
Berdasarkan Tabel 3.3 terlihat nilai interval konversi kepuasan cenderung baik pada masing-masing unit pelayanan, dan apabila dibandingkan dengan target sebesar 83,76% maka capaian semua unit belum semuanya tercapai.						
Bila dilihat berdasarkan Pelayanan Nilai Indeks kepuasan sebagai berikut:						
1. Untuk pelayanan rawat jalan Reguler, form kuesioner diisi sebanyak 772 kuesioner dan dari nilai Index Kepuasan Masyarakat/ IKM (81,44) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan untuk Instalasi Rawat Jalan Reguler adalah B dengan kinerja unit Baik .						
NO	Sasaran Utama	KPI	Target	Realisasi	Keterangan	

			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu penanganan pengaduan, sedangkan unsur nilai terendah waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat jalan regular adalah Kecepatan Waktu Pelayanan. 2. Untuk pelayanan rawat jalan Eksekutif form kuesioner diisi sebanyak 753 kuesioner dan dari nilai Index Kepuasan Masyarakat/ IKM (85,68) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan untuk Instalasi Rawat Jalan Eksekutif adalah B dengan kinerja unit Baik. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu Penanganan Pengaduan, sedangkan unsur nilai terendah Biaya/ Tarip Pelayanan dan Sarana dan Prasarana, sehingga yang perlu diperhatikan pada pelayanan Eksekutif adalah Biaya/ Tarip Pelayanan yang lebih jelas dan pasti serta kelengkapan sarana dan prasarana yang tersedia. 3. Untuk pelayanan rawat inap, form kuesioner diisi sebanyak 696 kuesioner dan dari nilai interval konversi SKM (84,17) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan Instalasi Rawat Inap adalah B dengan kinerja unit Baik. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu Penanganan Pengaduan, sedangkan unsur nilai terendah Waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat inap adalah kecepatan prosedur pelayanan yang lebih jelas dan pasti.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan

			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah tidak dapat menyebarkan kuesioner dengan google form melalui Wa blast dikarenakan keterbatasan dalam aplikasi WA. Disamping itu terdapat kendala, beberapa pasien dan juga keluarga pasien terkadang sulit untuk diminta mengisi form kuesioner yang diberikan petugas Humas dikarenakan pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sedangkan ada beberapa kendala pada keluarga pasien atau yg mengantar pasien menolak bahkan mengabaikan mengisi kuesioner dikarenakan lebih fokus terhadap kondisi pasien sambil menunggu pemeriksaan. Untuk perbaikan pelayanan dan meningkatkan kualitas pelayanan maka perlu dilakukan perbaikan: 1. Saran dan kritik yang masuk ke dalam lembar kuesioner baik mengenai Sumber Daya Manusia, Pelayanan dan Fasilitas harus ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu Rumah Sakit. 2. Dalam peningkatan kualitas pelayanan, diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap di pertahankan. 3. Nilai Unsur terendah di rawat Jalan Reguler & Rawat Inap yaitu waktu tunggu pelayanan, maka perlu menindaklanjutinya sebagai berikut :
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
						a. Koordinasi dengan Manajer Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan pihak terkait lainnya. b. Waktu tunggu rawat jalan belum memenuhi target dan masih rendah. Tingkat persentase pasien dengan waktu tunggu dibawah 60 menit belum mencapai 100 % sehingga waktu tunggu pasien pada saat menunggu masih diatas 60 menit. Terutama di Poli Retina dan Glaukoma yang memang pasien setiap harinya banyak dan pemeriksaan juga perlu dikaji ulang, ketika dilakukan pelebaran pada mata. Hal ini sudah beberapa kali terjadi kesalahpahaman, karena pasien mengira ada nomor antrian yang didahulukan sedangkan pasien dengan datang ke poli lebih awal dipanggil ke ruang periksa belakangan. c. Saat ini juga telah diberlakukan Whatsapp Gateway yang diharapkan pasien control dapat menggunakan aplikasi terbaru ini untuk daftar control system ini lebih cepat merespon pasien. Pasien control yang telah mendapatkan nomor antrian dan sudah terdaftar untuk control berikutnya melalui WA Gateway, pada saat control buku rekam medik sudah berada di poli dan pasien datang sesuai jam yang telah ditentukan sehingga pasien tidak menunggu pada saat pendaftaran dan pemeriksaan. Dengan adanya system ini diharapkan ke depannya dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						Pada saat di lobby pintu masuk regular pasien yang menunggu di pendaftaran harus sesuai dengan waktu control yang telah ditetapkan pada saat reservasi online sehingga pelayanan pasien lebih teratur dari mulai awal pendaftaran sampai ke pengambilan obat dan diharapkan dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan. d. Begitu juga dengan waktu tunggu di rawat inap telah ditindaklanjuti dengan melakukan koordinasi antara Manajer Pelayanan Medik dan Kepala Rawat inap yaitu memberikan informasi kepada pasien terkait apa yang harus dipersiapkan atau dilakukan pasien dan keluarga pasien sebelum dan sesudah operasi juga kepastian waktu tunggu pasien saat pemulihan dan mengkaji penyediaan fasilitas loker untuk barang-barang pasien di rawat inap. 4. Nilai unsur terendah di rawat jalan Eksekutif yaitu biaya / tarif pelayanan, untuk itu perlu dikaji kembali tarif pelayanan di Instalasi Eksekutif dan LASIK sehingga tarif layanan dapat dijangkau oleh pengguna layanan. Selain biaya/ tarif unsur terendah lain yaitu sarana dan prasarana terkait lahan parkir di area rumah sakit sebagian besar diprioritaskan untuk pasien dan keluarga pasien dan sisanya untuk dokter konsulen. Sedangkan bagi pegawai yang membawa kendaraan pribadi parkir dialokasikan ke tempat lain dekat rumah sakit.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						Menurut Peraturan Menteri Pemberdayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Untuk survei Kepuasan pasien yang dilakukan oleh pihak eksternal BLU yaitu oleh MARKPLUS.INC. Hasil riset kepuasan pelanggan yang telah dilakukan oleh MARKPLUS.INC. Riset ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan terhadap layanan Rumah Sakit Mata Cicendo. SAMPLING PELAKSANAAN SURVEI KEPUASAN MarkPlus melakukan survei dengan metode Computer Assisted Telephone Interview (CATI) kepada 300 responden <table><tr><th colspan="2">COMPUTER ASSISTED TELEPHONE INTERVIEW</th></tr><tr><td> Catatan: 1. Maksimum 30 pertanyaan akan diberikan kepada pasien (termasuk Screening) 2. Database pasien akan diberikan oleh RSM Cicendo minimal 5x jumlah target responden yaitu 1325 orang Kriteria Umum: Umur: 20-55 tahun SEC: A, B, C Jenis Kelamin: Perempuan & Laki-laki Kriteria Spesifik: • Merupakan pasien rawat jalan/inap/VIP atau penanggung jawab pasien (misalnya orang tua, anak, kerabat) RSM Cicendo dalam 6 bulan terakhir yang sudah menerima pelayanan hingga selesai • Menjadi pengambil keputusan dalam memilih rumah sakit • Responden/anggota keluarga yang pernah tidak bekerja di perusahaan riset/media massa/ rumah sakit </td><td><table><tr><th>KATEGORI</th><th>JUMLAH RESPONDEN</th></tr><tr><td>Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo</td><td>130</td></tr><tr><td>Pasien Rawat Inap RSM Cicendo</td><td>100</td></tr><tr><td>Pasien VIP RSM Cicendo</td><td>70</td></tr><tr><td>Total</td><td>300 Responden</td></tr></table> KRITERIA RESPONDEN </td></tr></table>	COMPUTER ASSISTED TELEPHONE INTERVIEW		 Catatan: 1. Maksimum 30 pertanyaan akan diberikan kepada pasien (termasuk Screening) 2. Database pasien akan diberikan oleh RSM Cicendo minimal 5x jumlah target responden yaitu 1325 orang Kriteria Umum: Umur: 20-55 tahun SEC: A, B, C Jenis Kelamin: Perempuan & Laki-laki Kriteria Spesifik: • Merupakan pasien rawat jalan/inap/VIP atau penanggung jawab pasien (misalnya orang tua, anak, kerabat) RSM Cicendo dalam 6 bulan terakhir yang sudah menerima pelayanan hingga selesai • Menjadi pengambil keputusan dalam memilih rumah sakit • Responden/anggota keluarga yang pernah tidak bekerja di perusahaan riset/media massa/ rumah sakit	<table><tr><th>KATEGORI</th><th>JUMLAH RESPONDEN</th></tr><tr><td>Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo</td><td>130</td></tr><tr><td>Pasien Rawat Inap RSM Cicendo</td><td>100</td></tr><tr><td>Pasien VIP RSM Cicendo</td><td>70</td></tr><tr><td>Total</td><td>300 Responden</td></tr></table> KRITERIA RESPONDEN	KATEGORI	JUMLAH RESPONDEN	Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo	130	Pasien Rawat Inap RSM Cicendo	100	Pasien VIP RSM Cicendo	70	Total	300 Responden
COMPUTER ASSISTED TELEPHONE INTERVIEW																				
 Catatan: 1. Maksimum 30 pertanyaan akan diberikan kepada pasien (termasuk Screening) 2. Database pasien akan diberikan oleh RSM Cicendo minimal 5x jumlah target responden yaitu 1325 orang Kriteria Umum: Umur: 20-55 tahun SEC: A, B, C Jenis Kelamin: Perempuan & Laki-laki Kriteria Spesifik: • Merupakan pasien rawat jalan/inap/VIP atau penanggung jawab pasien (misalnya orang tua, anak, kerabat) RSM Cicendo dalam 6 bulan terakhir yang sudah menerima pelayanan hingga selesai • Menjadi pengambil keputusan dalam memilih rumah sakit • Responden/anggota keluarga yang pernah tidak bekerja di perusahaan riset/media massa/ rumah sakit	<table><tr><th>KATEGORI</th><th>JUMLAH RESPONDEN</th></tr><tr><td>Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo</td><td>130</td></tr><tr><td>Pasien Rawat Inap RSM Cicendo</td><td>100</td></tr><tr><td>Pasien VIP RSM Cicendo</td><td>70</td></tr><tr><td>Total</td><td>300 Responden</td></tr></table> KRITERIA RESPONDEN	KATEGORI	JUMLAH RESPONDEN	Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo	130	Pasien Rawat Inap RSM Cicendo	100	Pasien VIP RSM Cicendo	70	Total	300 Responden									
KATEGORI	JUMLAH RESPONDEN																			
Pasien Rawat Jalan RSM Cicendo	130																			
Pasien Rawat Inap RSM Cicendo	100																			
Pasien VIP RSM Cicendo	70																			
Total	300 Responden																			
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan														
			2023	Satuan																
1	2	3	4	5	6	7														

						langsung pada pihak yang melakukan pembayaran dan Penanganan Pengaduan yang tidak menargetkan sampling responden yang pernah melakukan pengaduan. 2. <i>Customer satisfaction index</i> RSM mengalami penurunan di tahun 2023 (4,16) jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya (4,28), dengan skor tertinggi ada pada dimensi Kompetensi dan Perilaku Petugas (4,53), lalu skor terendah pada dimensi Tarif Pelayanan (3,68). 3. Meskipun Tarif Pelayanan memiliki nilai kepuasan yang rendah, namun mayoritas dari responden (64,4%) sudah menganggap tarif pelayanan dari RSM Cicendo masih tergolong murah. 4. Terkait dengan Penanganan Pengaduan, penyebab utama ketidakpuasan dari responden adalah terkait ketidakjelasan dalam tindak lanjut atau progress dari pengaduan. Sedangkan untuk Prosedur Pelayanan, responden mengharapkan adanya perbaikan dari sisi proses antrian. 5. Kemudahan informasi Anti-Korupsi meningkat di tahun 2023 (4,08), serta tingkat korupsi di RSM Cicendo juga menurun di tahun 2023 (1,03). Terkait ESG, Mayoritas responden menilai bahwa RSM Cicendo sudah menjalankan ESG dengan baik (skor rata-rata 4,32).
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Rekomendasi

						Perlu ada perubahan dalam penentuan sampling responden sehingga dapat memperoleh responden yang representatif, terutama untuk menysasar responden yang dapat melakukan penilaian terhadap Tarif Pelayanan dan Penanganan Pengaduan. Fokus pada perbaikan aspek Penanganan Pengaduan dengan cara: 1. Menyediakan lokasi pengaduan secara langsung di RSM Cicendo 2. Meningkatkan pelayanan pengaduan secara digital, terutama dalam responsivitas dari petugas pengaduan 3. Menyediakan informasi yang dapat dipantau secara berkala oleh pasien terkait proses penyelesaian dari pengaduan Fokus pada perbaikan aspek Prosedur Pelayanan dengan cara: 1. Menyederhanakan proses pendaftaran <i>online</i> dan mensosialisasikan proses pendaftaran <i>online</i> kepada pasien 2. Meningkatkan informasi dan ketepatan waktu terkait jadwal pelayanan
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						3. Memperbanyak petugas layanan terutama di loket antrian RSM Cicendo konsisten dalam menyediakan informasi Anti-Korupsi dan dapat meningkatkan paparan informasi tersebut khususnya di layanan Aesthetic Eye Care . Terkait dengan ESG, RSM Cicendo dapat menyediakan informasi terkait tindakan ESG yang sudah dilakukan untuk meningkatkan awareness pada pasien.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

2	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Pesentase Kepuasan Pegawai	89%	%	90,75%	Survey Kepuasan Pegawai Tahun 2023 ini dilaksanakan melalui pengisian kuesioner Google Form terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Setelah dilakukan survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form mengenai kepuasan tupoksi, kepuasan pendapatan, kepuasan atasan langsung, kepuasan rekan kerja dan kepuasan promosi terhadap seluruh pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, didapatkan data dari total 501 orang pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, yang mengisi survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form adalah 373 orang (74,45%). Dari hasil survey 373 orang secara keseluruhan dapat di ambil rata-rata bahwa persentase kepuasan pegawai di PMN RS PMN Mata Cicendo Bandung terhadap tupoksi 82,47%, pendapatan 89,66%, atasan langsung 94,21%, rekan kerja 96,99%, dan promosi 90,43%. apabila direrata tingkat kepuasan dari ke 5 (lima) aspek penilaian tersebut mempunyai nilai adalah 90,75%. Dari hasil survei periode Semester II Tahun 2023 faktor- faktor yang mempengaruhi kepuasan pegawai dan berdampak pada penurunan kinerja pegawai yang perlu mendapat perhatian adalah indicator tupoksi, pendapatan dan promosi pegawai. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan angka persentase kepuasan pegawai adalah:
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						a. Agar dilakukan penempatan posisi yang tepat, sesuai dengan beban kerja dan tanggungjawab pegawai. b. Untuk meningkatkan kinerja hendaknya diadakan pelatihan-pelatihan yang mendorong pegawai lebih semangat. c. Semua pegawai bekerja secara profesional dan proporsional, objektif, saling menghargai peran dan posisi masing masing. Melayani dan saling menolong dengan ikhlas tanpa pandang bulu. Bekerja bersama-sama, sejahtera bersama-sama d. Meningkatkan kesadaran masing-masing individu atas tanggung jawab dalam kerja tim, menambah SDM, mengurangi human <i>error</i>.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

3	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88,50%	%	92,2%	Persentase kepuasan peserta didik diukur dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan ke peserta didik (residen). Kriteria penilaian kepuasan peserta didik terbagi dalam 6 kriteria penilaian yaitu sistem pengajaran, organisasi dan manajemen, konten pembelajaran, sistem penilaian, beban Pendidikan dan beban non akademik. Presentase tingkat kepuasan peserta didik berdasarkan kriteria penilaian yang ditetapkan adalah 92,2%. Perhitungan Kepuasan Peserta Didik PPDS $= \frac{\text{Jumlah responden yang puas}}{\text{Jumlah total responden}} \times 100\%$ $= \frac{59}{64} \times 100\%$ $= 92,2\%$ Presentase Kepuasan Peserta Didik PPDS Semester II adalah 92,2% Rencana tindak lanjut memperbaiki manajemen waktu untuk memberikan pengarahan dan kegiatan pembelajaran terjadwal dengan baik.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

4	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%	%	95,10%	Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung. Cuci tangan sesuai <i>Hand Hygiene</i> WHO 2009 bagi peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan. Formula = $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$ Denominator - Numerator : 1014 Jumlah Tindakan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (<i>Five Moment</i>). - Denominator : 1066 Jumlah kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (<i>Five Moment</i>). = $\frac{1014}{1066} \times 100\%$ = 95,10%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						Terdapat 1014 peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan dan melakukan Tindakan cuci tangan sesuai <i>Hand Hygiene</i> WHO 2009 pada 5 waktu (Five Moment) dari 99 kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment). Ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang sudah patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga tidak terjadinya infeksi. Adapun langkah strategis yang bisa terus dilakukan adalah: - Edukasi dan pelatihan. - Pengawasan dan pemantauan. - Pengingat. - Penyediaan sarana.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

5	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	Jumlah	2	Pengampuan rumah sakit jejaring adalah pengampuan yang bersifat peningkatan stratifikasi rumah sakit yang diampu sesuai dengan kriteria yang ditetapkan berdasarkan Kemampuan Penyelenggaraan dan Penanganan Pelayanan Mata, Kompetensi SDM, dan Sarana Prasarana. Kegiatan monev starifikasi pengampuan layanan mata pada RS Jejaring terdapat 2 (dua) RS jejaring yang diampu pada Tahun 2023 dan telah mencapai target yang ditetapkan sebanyak 1 RS jejaring, yaitu: 1. RS Mata Provinsi Kalimantan Timur, tanggal 24-26 Juli 2023 2. RS Mata Provinsi Sulawesi Utara, tanggal 14-16 Agustus 2023
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

6	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	Pemenuhan standar Pelayanan (ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	Menit	44,93 Menit	Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Indikator mutu waktu tunggu rawat jalan telah melampaui target 60 menit dimana capaian yang telah berhasil dilaksanakan adalah selama 44,93 menit, walaupun telah tercapai, tentunya hasil ini masih dapat dioptimalkan guna meningkatkan kepuasan pasien dan mewujudkan pelayanan “<i>excellent</i>”. Untuk itu sebagai salah satu solusinya adalah mengoptimalkan implementasi Pendaftaran Online, E-Medical Record, percepatan pelayanan pada setiap tahap pemeriksaan yang sedang berjalan dan mengoptimalkan kembali jadwal DPJP pada setiap polikliniknya dan percepatan pelayanan pada setiap tahapan proses pemeriksaan pasien secara keseluruhan oleh semua PPA, sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik. Formula = <u>jumlah kumulatif waktu pasien rawat jalan yang disurvei</u> Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei = <u>43271</u> 963 = 44,93 menit
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

7	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	Pengembangan Layanan Unggulan: <i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%	%	100%	Advanced Diabetic Retina Services adalah penanganan kasus diabetic retinopati tahap lanjut di Rumah Sakit Mata Cicendo. Penguatan layanan unggulan Diabetic Retina Services telah mencapai target 100%. Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah: 1. Capaian Pengembangan layanan dengan total capaian 30%: a. Pelayanan Diabetik Retinopati terintegrasi (10%) b. Peningkatan layanan DR (10%) c. Peningkatan layanan gizi (5%) d. Peningkatan Layanan Penyakit Dalam (5%) 2. Capaian Pengembangan SDM dengan total capaian 30% a. Pendidikan S 3 Dokter Spesialis Mata (13%). b. IHT staf baru Dokter Retina (15%) c. Observership dr. SpM (2%)
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						3. Capaian Education Research dengan total capaian 30% a. Penelitian, Publikasi Internasional DR (20%) b. Pelatihan (course) baru advanced DR (10%) 4. Capaian Sarana Prasarana dengan total capaian 10% a. Pemenuhan kebutuhan alat kesehatan penunjang layanan OCT sweptsources (10%) Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana Total capaian 30 + 30 + 30 + 10 = 100%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

8	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pengembangan Inovasi Layanan : <i>Trauma Eye Center</i> <i>Aesthetic Eye and Dry Eye Clinic</i> <i>Refractive Surgical and Laser Center</i> <i>One Stop Service Low Vision</i>	100%	%	98%	Pengembangan Inovasi Layanan adalah pengembangan inovasi dari layanan yang dilaksanakan di RS Mata Cicendo Bandung dalam rangka meningkatkan kualitas layanan bagi seluruh pengguna layanan, adapun inovasi layanan yang dikembangkan adalah Trauma Eye Center, Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic, Refractive Surgical & Laser Center dan Pengembangan One Stop Service Low Vision. • Trauma Eye Center adalah pusat layanan trauma mata yang terintegrasi dengan berbagai disiplin ilmu subspesialistik yang terkait. • Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic adalah layanan estetik mata meliputi konsultasi, pemeriksaan dan tindakan dalam pembiusan lokal. • Refractive Surgical dan Laser Center adalah layanan katarak bedah refraktif yang lengkap, komprehensif dan terintegrasi • One Stop Service Low Vision adalah tersedianya layanan rehabilitasi pasien low vision dewasa maupun anak dalam satu atap (One Stop Service) Adapun capaian pengembangan inovasi layanan adalah: 1. Capaian <i>Trauma Eye Center</i> 100% 2. Capaian <i>Aesthetic Eye and Dry Eye Clinic</i> 95% 3. Capaian <i>Refractive Surgical and Laser Center</i> 100% 4. Capaian <i>One Stop Service Low Vision</i> 95%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						RUMUS = Akumulasi persentase capaian dari 4 pengembangan inovasi layanan (<i>Trauma Eye Center, Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic, Refractive Surgical & Laser Center dan Pengembangan One Stop Service Low Vision</i>) sesuai kriteria penilaian (Pengembangan Layanan+Pengembangan SDM+Education & Research+Sarpras) Total capaian $(100 + 95 + 100 + 95) / 4 = 98\%$
9	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	jumlah	1	Pelayanan unggulan rawat jalan di rumah sakit dengan klasifikasi pelayanan khusus/VVIP.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

10	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	%	19,48%	Volume Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien di Rumah Sakit. Formula : $\frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien VVIP}}{\text{Jumlah Total Kunjungan Pasien di RS}} \times 100\%$ $\frac{29651}{152206} \times 100\%$ $= 19,48 \%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

11	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	%	75,96%	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. Formula : <u>Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar</u> x100% jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

12	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥80%	%	82,61%	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 180 menit. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. Formula : Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 180 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang x 100 % WTPP = $\frac{2004}{2426} \times 100\%$ = 82,61%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

13	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%	%	1,47%	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. Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$ = 1,47%
14	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥80%	%	80,71%	- 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. $= \frac{205}{254} \times 100\%$ = 80,71%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	

15	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥80%	%	100%	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. <u>Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00</u> x 100% Jumlah Pasien yang di Observasi = <u>625</u> x 100% 625 =100%
16	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤1,2%	%	0%	Katarak adalah kondisi Ketika lensa alami mata menjadi keruh, protein di lensa rusak dan menyebabkan hal-hal terlihat buram, kabur dan kurang berwarna (AAO, 2022) • Pasca Bedah Katarak adalah Kondisi pasien setelah dilakukan bedah katarak • Endophthalmitis Pasca Bedah Intraokular Katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan posterior bola mata setelah bedah katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama dan setelah tindakan operasi ≤2 minggu <u>Jumlah pasien endoftalmitis pasca bedah katarak</u> x 100 % Jumlah pasien operasi katarak = <u>0</u> x 100% 202 = 0%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

17	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	jumlah	1	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna adalah rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal yang mencapai strata targetnya (paripurna)
18	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	%	97,84%	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 4. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. <u>Jumlah Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan</u> x 100 % Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi = $\frac{1043}{1066} \times 100\%$ = 97,84%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
19	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	%	100%	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium. 5. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan. Formula : $\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ $= \frac{85}{85} \times 100\%$ $= 100\%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
20	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	%	100%	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena. b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar. Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100% = $\frac{3899}{3899} \times 100\%$ = 100%
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
21	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	%	82,55%	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis dengan waktu tunggu ≤60 menit 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$ $= \frac{795}{963} \times 100\%$ $= 82,55\%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
22	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	%	100%	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit. $\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$ $= \frac{15}{15} \times 100\%$ $= 100\%$
23	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	%	93,25%	1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$ $= \frac{266520}{285814} \times 100\%$ $= 93,25\%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target	Realisasi	Keterangan	

			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
24	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 85%	%	100%	1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit. Formula : $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100 \%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
25	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	%	100%	1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. Asesment awal risiko jatuh b. Asesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit. $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100 \%$ = $\frac{206}{206} \times 100\%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
26	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	%	100%	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: a. Grading Merah (ekstrem) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immateria $\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100 \%$
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
27	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	jumlah	2	Menghasilkan penelitian yang inovatif di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo sudah mencapai target sebanyak 2 penelitian. Penelitian yang telah diimplementasikan sebagai berikut : 1. Tingkat Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Tajam Penglihatan Menggunakan Vision Wall Chart dengan Proyektor Shin Nippon CP-500 2. Inovasi <i>Hospital Maps: Improving Patients Satisfaction</i>
28	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Publikasi Nasional/ Internasional	10	Jumlah	44	Publikasi Nasional/ Internasional di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo sudah melebihi target dari target 10 dengan capaian 44 penelitian. Kegiatan penelitian yang dipublikasikan nasional maupun internasional pada Tahun 2023 terealisasi sebanyak 44 penelitian. Judul penelitian yang dipublikasikan terdapat di bawah ini: 1. <i>Management of Vision Wall Chart Development.</i> 2. <i>Expressions of Progesterone Receptor of Orbital Meningiomas in Indonesia</i> 3. <i>Accuracy of the SRK/T Formula in Pediatric Cataract Surgery</i> 4. <i>Effectiveness of Voriconazole in Treating Fungal Keratitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.</i>
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
						5. <i>Subfoveal Choroidal and Macular Thickness Assessed with Optical Coherence Tomography in Indonesian Subjects with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study</i> 6. <i>Correspondence of Meningioma Orbital Grading and Clinicopathological Features among Indonesian Patients</i> 7. <i>Bilateral keratoconus hydrops in a patient with Down Syndrome: a case report</i> 8. Tekanan Intra Okular Post Peribulbar Blok 5 Menit dan 10 Menit Pada Pasien Vitrektomy Di PMN RS Mata Cicendo Bandung 9. <i>Clinical Characteristics and Managements of Primary Open-Angle Glaucoma Patients at National Eye Center, Cicendo Eye Hospital, Bandung, Indonesia</i> 10. <i>Impact of First Eye Cataract Surgery on Quality of Life</i> 11. Simblefaron pada Pasien SJS Pasca Vaksinasi Covid-19: A Nursing Case Study 12. Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Operatif Degenerasi Kornea Nodular Salzmann 13. Review 5 Tahun Karakteristik Klinis Pasien IOFB di PMN RS Mata Cicendo 14. <i>Circulating Biomarkers to Predict Diabetic Retinopathy in Patients with Diabetic Kidney Disease</i> 15. Hubungan Asupan Serat, Advanced Glycation End Products (AGEs) dan Aktivitas Fisik dengan Kadar HbA1c Pasien Retinopati Diabetik di Rawat Jalan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
						16. <i>Vision rehabilitation using microperimetric biofeedback training in age-related macular degeneration</i> 17. Hospital Maps: Meningkatkan Kepuasan Pasien 18. <i>Risk factors of immature retina on the first screening for retinopathy of prematurity</i> 19. <i>Successful Use of Low-Dose Combination Propofol and Fentanyl in Cataract Surgery Phacoemulsification</i> 20. <i>Unilateral Indirect Traumatic Optic Neuropathy Presented with Optic Disc Swelling: A Case Report</i> 21. <i>The Factors Associated With Performance Among Infection Prevention and Control Linked Nurse During Covid-19 Pandemic</i> 22. <i>Photo Activated Chromophore for Keratitis-Corneal Cross-Linking as Adjuvant Treatment for Bacterial and Fungal Corneal Ulcer</i> 23. <i>Visual Improvement Following the Removal of Chronic Orbital Cavernous Hemangioma</i> 24. <i>Management of Secondary Angle-Closure Glaucoma in Anterior Segment Dysgenesis and Anterior Microphthalmos Patient</i> 25. Keberhasilan Operasi Trabekulektomi pada Glaukoma Sudut Terbuka Primer Periode 2019 – 2021
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						26. Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pasien Glaukoma di PMN RS Mata Cicendo terhadap Penyakit Glaukoma 27. Karakteristik Penderita Kelainan Refraksi dan Presbiopia yang Terjaring Program Pemeriksaan Mata Berbasis Komunitas 28. Gambaran Kepatuhan Berobat Pasien Retinopati Diabetik di PMN RS Mata Cicendo 2021 – 2022 29. <i>Use of Dichlorodimethylsilane to Produce Polydimethylsiloxane as a Substitute for Vitreous Humour: Characteristics and In Vitro Toxicity</i> 30. <i>Carotid cavernous fistula (CGF) with coil embolization in interventional radiology: A case report</i> 31. <i>Effects of SGLT₂ inhibitor administration on blood glucose level and body weight in type 1 diabetes rat model</i> 32. <i>Correlation of Individual Perceptions with Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN) Performance During the Covid-19 Pandemic at Cicendo Eye Hospital</i> 33. Analisis Kualitas Hidup Jemaah Haji Lanjut Usia Kloter X Tahun 2023/1444 H 34. <i>Sclerotherapy in orbital lymphangioma: A case report</i> 35. <i>Audiovisual media effectiveness in post-cataract surgery care education in National Eye Center Cicendo Hospital</i>
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

						36. <i>Nanophthalmos with angle closure glaucoma, a challenging case</i> 37. Identifikasi Bakteri Asam Laktat pada Fermentasi <i>Symbiotic Culture of Bacteria and Yeast</i> (SCOBY) dengan The Putih dan Gula Merah 38. <i>A case of children with primary intratesticular rhabdomyosarcoma</i> 39. <i>The soluble suppression of tumorigenicity 2 as a biomarker of early cardiac remodeling in bradycardia patients receiving permanent pacemaker therapy</i> 40. Perbandingan <i>Turnaround Time</i> antara Verifikasi Manual dan Verifikasi Otomatis terhadap Hasil Pemeriksaan Profil <i>Lipid</i> 41. <i>Outcome Comparison of Laser-Assisted In Situ Keratomileusis in Various Degree of Myopia</i> 42. Karakteristik Pasien dan Luaran Femto LASIK di PMN RS Mata Cicendo 43. Trauma Kimia Mata yang Disebabkan Potassium Permanganat (KMnO₄) 44. Karakteristik Pasien Diabetes Mellitus yang Mengikuti Program Skrining Retinopati Diabetik Berbasis Komunitas di Kota Bandung oleh Rumah Sakit Mata Cicendo pada Tahun 2022.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

29	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Hasil Penelitian yang Dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta	1	Jumlah	21	Judul penelitian yang telah mendapatkan hak paten adalah sebagai berikut : 1. <i>Neuro-Ophthalmology Saturday Meeting V Webinar: Interesting Case-Masking Color Vision Blindness</i> 2. <i>Neuro-Ophthalmology Saturday Meeting V Webinar: The Unseen Disability Hereditary Color Vision Blindness</i> 3. <i>Neuro-Ophthalmology Saturday Meeting V Webinar: Beware of Acquired Color Vision Blindness</i> 4. <i>Neuro-Ophthalmology Saturday Meeting V Webinar: Basic Color Vision and Examination</i> 5. Kurikulum Pelatihan Mata Dasar bagi Perawat 6. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 1 bagi Perawat 7. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 2 bagi Perawat 8. Aplikasi Elektronik Komplain (e-Komplain) 9. Kurikulum Pelatihan Refraksi Optisi 10. Endoftalmitis 11. Sekolah-Ku Cicendo-UPI 12. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 3 Diagnostik bagi Perawat 13. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar Bedah bagi Perawat 14. Bantuan Hidup Dasar 15. Kurikulum Mahir 3 Refraksi Bagi Perawat Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 16. Intervensi Dini Anak dengan Gangguan Penglihatan dan Disabilitas Ganda 17. Video Edukasi Masyarakat: Leukocoria (Pupil Putih) 18. Methanol Toxic Optic Neuropathy Study
----	---------------------------------------	--	---	--------	----	--

						19. Panduan Praktik Lapangan Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar Bedah Rumah Sakit Bagi Perawat (Panduan Untuk Peserta Pelatihan) 20. Panduan Praktik Lapangan Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar Bedah Rumah Sakit Bagi Perawat (Panduan Untuk CI / Fasilitator) 21. Kumpulan Kasus Neuritis Optik Pada Anak
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

30	Membangun Budaya Quality First	Persentase Budaya Keselamatan	75%	%	78,94%	Pengukuran Presentase Budaya Keselamatan dilakukan dengan metode survey yang dikembangkan oleh <i>Agency for Helthcare Research and Quality</i> (AHRQ). Persentase Budaya Keselamatan tercapai targetnya dengan capaian sebesar 78,94% dari target sebesar 75% Tabel 3.4 Survey Budaya Keselamatan Tahun 2023 <table><tr><th>No</th><th>Uraian</th><th>Respon Positif%</th><th>Netral%</th><th>Respon Negatif%</th></tr><tr><td>1</td><td>Lingkungan Unit Kerja</td><td>76,82%</td><td>14,31%</td><td>8,98%</td></tr><tr><td>2</td><td>Peran Manajer atau Pimpinan</td><td>84,33%</td><td>11,00%</td><td>4,67%</td></tr><tr><td>3</td><td>Aspek Komunikasi</td><td>71,38%</td><td>22,25%</td><td>6,37%</td></tr><tr><td>4</td><td>Frekuensi Pelaporan Insiden</td><td>62,27%</td><td>25,86%</td><td>11,87%</td></tr><tr><td>5</td><td>Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai</td><td>95,07%</td><td>0%</td><td>4,93%</td></tr><tr><td>6</td><td>Lingkungan Rumah Sakit</td><td>84,08%</td><td>11,78%</td><td>4,13%</td></tr><tr><td></td><td>Rerata dari keseluruhan 307 sample</td><td>78,94%</td><td>14,20%</td><td>6,83%</td></tr></table>	No	Uraian	Respon Positif%	Netral%	Respon Negatif%	1	Lingkungan Unit Kerja	76,82%	14,31%	8,98%	2	Peran Manajer atau Pimpinan	84,33%	11,00%	4,67%	3	Aspek Komunikasi	71,38%	22,25%	6,37%	4	Frekuensi Pelaporan Insiden	62,27%	25,86%	11,87%	5	Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai	95,07%	0%	4,93%	6	Lingkungan Rumah Sakit	84,08%	11,78%	4,13%		Rerata dari keseluruhan 307 sample	78,94%	14,20%	6,83%
No	Uraian	Respon Positif%	Netral%	Respon Negatif%																																										
1	Lingkungan Unit Kerja	76,82%	14,31%	8,98%																																										
2	Peran Manajer atau Pimpinan	84,33%	11,00%	4,67%																																										
3	Aspek Komunikasi	71,38%	22,25%	6,37%																																										
4	Frekuensi Pelaporan Insiden	62,27%	25,86%	11,87%																																										
5	Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai	95,07%	0%	4,93%																																										
6	Lingkungan Rumah Sakit	84,08%	11,78%	4,13%																																										
	Rerata dari keseluruhan 307 sample	78,94%	14,20%	6,83%																																										
31	Membangun Budaya Quality First	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	Laporan	12	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. Jumlah pelaporan 13 INM dalam 1 (satu) tahun sebanyak 12 laporan.																																								
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																								
			2023	Satuan																																										
1	2	3	4	5	6	7																																								

32	Membangun Budaya Quality First	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	Laporan	12	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil. Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan dalam 1(satu) tahun sebanyak 12 laporan.
33	Meningkatkan Kompetensi SDM	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	Orang	7	Yang dimaksud dengan Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri adalah terdiri dari dokter spesialis mata, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis patologi klinik, spesialis patologi anatomi, spesialis Anestesi. Adapun Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri adalah : 1. Short Term Observership Medical Retina, LV Prasad Eye Institute India an. Dr. Grimaldi Ihsan, Sp.M(K) tanggal 1 Januari - 31 Maret 2023 (1 orang) 2. Pelatihan di Universitas Medizin Essen, Jerman tanggal 1-31 Juli 2023 an. Dr. Primawita, Sp.M(K) dan dr. Anne Susanty, Sp.A(K), M.Kes (2 orang) 3. Short Course of USA's Residency Specialist Program in USA tanggal 28 Juli - 8 Agustus 2023 an. Dr. dr. Antonia Kartika, Sp.M(K), M.Kes (1 orang) 4. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership tanggal 13-17 November 2023 an. Dr. Patriotika, Sp.M dan dr. Joan Sherlone, Sp.M (2 orang) 5. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership tanggal 17-23 Desember 2023 an. Dr. Ludwig Melino, Sp.M (1 orang)
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

34	Meningkatkan Kompetensi SDM	Jumlah Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	1	Orang	2	Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan dan nakes lainnya adalah terdiri dari perawat refraksi optisi, analis kesehatan, nutrisisionis, sanitarian, radiografer, elektromedis, perekam medis, penata anastesi. Tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus ke luar negeri diukur dengan jumlah tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang telah mengikutinya Adapun Jumlah Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri adalah: 1. Scientific Site-Visite and Handson Workshop SS-OCT di Singapore an. Angga Brata Nazari, S.Kep, Ners tanggal 13-15 Juli 2023. 2. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership tanggal 13-17 November 2023 an. Sari Nurrita, AMK
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

35	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Persentase Maturitas IT	100%	%	100%	Persentase maturitas IT tahun 2023 mencapai sebesar 100% dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 100%. Ada 3 kegiatan yang menjadi kinerja tetap di tahun 2023, yaitu: Tabel 3.5 Capain Persentase Maturitas IT <table><tr><th>No</th><th>Jenis Kegiatan</th><th>Satuan</th><th>Target 2023</th><th>Capaian 2023</th><th>% Capaian</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>Otomatisasi Manajemen</td><td>Presentase</td><td>100%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>2</td><td>Peningkatan Keamanan</td><td>Presentase</td><td>100%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>3</td><td>Sistem Dashboard</td><td>Presentase</td><td>100%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr></table>	No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2023	Capaian 2023	% Capaian							1	Otomatisasi Manajemen	Presentase	100%	100,00%	100,00%	2	Peningkatan Keamanan	Presentase	100%	100,00%	100,00%	3	Sistem Dashboard	Presentase	100%	100,00%	100,00%
No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2023	Capaian 2023	% Capaian																															
1	Otomatisasi Manajemen	Presentase	100%	100,00%	100,00%																															
2	Peningkatan Keamanan	Presentase	100%	100,00%	100,00%																															
3	Sistem Dashboard	Presentase	100%	100,00%	100,00%																															
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																														
			2023	Satuan																																
1	2	3	4	5	6	7																														

36	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1	sistem	1	Integrasi Sistem Informasi adalah suatu proses teknik menggabungkan berbagai komponen atau subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar. Sistem terintegrasi akan menggabungkan komponen sub-sub sistem ke dalam satu sistem dan menjamin fungsi-fungsi dari sub sistem tersebut sebagai satu kesatuan sistem. Data Surveillans yang dibutuhkan bersumber dari Laboratory Information System (LIS) yang diintegrasikan dengan aplikasi surveilans Kementerian Kesehatan.
37	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	%	100%	Presentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

38	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	%	95,01%	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. 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
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

39	Meningkatkan Revenue	Persentase Peningkatan Pendapatan per tahun	6%	%	28,84%	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal RS Mata Cicendo selama suatu periode jika arus kas tersebut mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi rupiah murni. Ruang lingkup pendapatan meliputi transaksi penjualan barang, penjualan jasa dan penggunaan aset rs oleh pihak lain. Prosentase peningkatan pendapatan per tahun adalah besaran perubahan/ kenaikan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang dinyatakan dalam persen. Formula = $\frac{\text{Pendapatan periode sekarang} - \text{Pendapatan periode sebelumnya} \times 100\%}{\text{Pendapatan periode sebelumnya}}$ $= \frac{233.610470781 - 181311484701}{181311484701} \times 100\%$ = 28,84% Realisasi Presentase peningkatan pendapatan per tahun mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 6% dan capaian pada tahun 2023 sudah melebihi dengan capaian sebesar 28,84%.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

40	Meningkatkan Revenue	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	%	108,49%	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode. Realisasi Pendapatan BLU x100% Estimasi Pendapatan BLU Pendapatan BLU = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya. =<u>222.058.053.443</u> x 100% 204.677.656.001 = 108,49% Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 95% dan capaian pada tahun 2023 telah melebihi target yaitu sebesar 108,49%.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

41	Meningkatkan Efisiensi	POBO	85%	%	107,47%	Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan Pendapatan PNPB BLU tidak termasuk biaya penyusutan. Formula = $\frac{\text{Jumlah pendapatan Operasional}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$ = $\frac{236.664.366.352}{220.221.511.539} \times 100\%$ = 107,47% POBO merupakan rasio pendapatan operasional dibandingkan dengan belanja operasional. Realisasi POBO mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85% dan capaian pada tahun 2023 telah melebihi target yaitu sebesar 107,47%.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

42	Meningkatkan Efisiensi	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	%	20%	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. EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100% Realisasi POBO mempunyai target yang telah di tetapkan yaitu sebesar 15% dan capaian pada tahun 2023 telah melebihi target yaitu sebesar 20%.
43	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Cash Ratio 240% < CR < 300%	100%	%	100%	Cash Ratio merupakan nilai yang menunjukkan rasio antara jumlah kas dan setara kas dibandingkan dengan kewajiban jangka pendek. Cash Ratio 240% < CR < 300% = <u>Kas dan Setara Kas</u> Kewajiban jangka pendek = <u>18.299.353.364</u> 7.045.240.832 = 259,74% Realisasi perhitungan cash ratio tahun 2023 sebesar 259,74% telah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 100%.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7

44	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%	%	91,72%	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni. Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 % $= \frac{47.222.067.558}{51.486.618.000} \times 100\%$ $= 91,72\%$ Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni tahun 2023 sebesar 91,72% belum memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 97%.
45	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	%	92,38%	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU. Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %. $= \frac{194.035.425.533}{210.035.423.000} \times 100\%$ $= 92,38\%$ Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU tahun 2023 sebesar 92,38% belum memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 95%.
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2023	Satuan		

1	2	3	4	5	6	7
46	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	%	95%	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK. Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK dikali 100%. $= \frac{18}{19} \times 100\%$ $= 95\%$ Realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2023 sebesar 95% telah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 92,5%.

Tabel 3.6
Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2023

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Triwulan I TH 2023	Realisasi Triwulan II TH 2023	Realisasi Triwulan III TH 2023	Realisasi TH 2023
	PERSPEKTIF PELANGGAN							
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	87%	84,96%	82,82%	83,86%	83,74%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	89%	90,26%	90,43%	90,43%	90,75%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88,50%	92,15%	90,7%	91,9%	92,2%
	BISNIS PROSES INTERNAL							
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%	94,89%	94,97%	96,67%	95,10%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	0	0	2	2
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	47,61 menit	48,83 menit	46.94 Menit	44,93 menit
		7	Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	100%	85%	85%	100%	100%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%	61%	72%	84%	98%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2023	Realisasi Triwulan I TH 2023	Realisasi Triwulan II TH 2023	Realisasi Triwulan III TH 2023	Realisasi TH 2023
		9 Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	1	1	0	1
		10 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	19,73%	20,71%	18,27%	19,48%
		11 Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	65,38%	70,15%	77,06%	75,96%
		12 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	40,38%	47,25%	80,00%	82,61%
		13 Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	2,12%	1,63%	0,85%	1,47%
		14 Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	75,34%	69,43%	70,54%	80,71%
		15 Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥ 80%	100%	100%	100%	100%
		16 Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2 %	0%	0%	0%	0%
		17 Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	0	0	1	1
		18 Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	97,01%	96,02%	97,34%	97,84%
		19 Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	100%
		20 Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%

		21	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	82,05%	79,81%	80,98%	82,55%	
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	
		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	93,38%	95,14%	91,86%	93,25%	
			24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%	100%	100%	100%	100%
			25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%
			26	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%	100%	100%	100%	100%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	1	2	2	2	
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	8	16	34	44	
		29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	8	13	17	21	
	LEARN & GROWTH								
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%	73,92%	78,94%	78,94%	78,94%	
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	3 Laporan	6 Laporan	10 Laporan	12 Laporan	

		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	3 Laporan	6 Laporan	10 Laporan	12 Laporan
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	1	1	4	7
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1	0	0	1	2
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	100%	17,00%	42,33%	88,33%	92,33%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem	0	1	1	1
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	100%	100%	100%	100%
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	87,69%	88,60%	88,93%	95,01%
FINANCIAL								

9	MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	6%	31,00%	48,88%	25,41%	28,84%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	26,82%	51,07%	86,50%	108,49%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	85%	135,82%	128,97%	121,75%	107,47%
		42	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	23%	27,03%	21,90%	20,00%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	22%	100%	100%	100,00%
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	18,90%	47,31%	74,32%	91,72%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	10,98%	35,43%	68,30%	92,38%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,50%	95%	95%	95%	95%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.6 terlihat dari 21 indikator kinerja yang ditetapkan tahun 2023 terdapat 5 indikator kinerja yang belum mencapai target yang ditetapkan.

2. Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024

Tabel 3.7
Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
	PERSPEKTIF PELANGGAN												
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	80%	82,00%	80,50%	84,91%	85,00%	85,60%	87,00%	83,74%	89,00%	-
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	86%	85,00%	87,00%	87,09%	88,00%	90,26%	89,00%	90,75%	90,00%	-
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	87,00%	91,00%	87,5%	91,7%	88,0%	93,18%	88,5%	92,2%	90,0%	-
	BISNIS PROSES INTERNAL												
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	77%	74,10%	84,00%	89,53%	93,00%	94,95%	95,00%	95,10%	100,00%	-
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	2	3	2	3	2	3	1	2	1	-
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	56,76 menit	60 Menit	50,25 menit	60 Menit	49,14 menit	60 Menit	44,93 menit	60 Menit	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		7 Pengembangan Layanan Unggulan : Low Vision Center	20%	10%	30%	30%	50%					
		Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services					100%	93%	100%	100%	100%	-
		8 Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE)	20%	13,41%	40%	24,50%	60%					
		Pengembangan Inovasi Layanan					100%	100%	100%	98%	100%	-
		9 Pengembangan Inovasi Layanan Diabetic Integrated Eye Care	5%	1,70%	20%	13%	40%					
		Cicendo Aesthetic Eye Clinic					100%	100%				
		Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran							1	1	1	-
		10 Layanan Oftalmologi Komunitas	10%	10%	30%	30%	50					
		Refractive Surgical & Laser Center					100%	89%				

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
									10,00%	19,48%	10,00%	-
		11			60,00%	100,00%						
							100,00%	92,00%				
									70,00%	75,96%	70,00%	-
		12							≥ 80%	82,61%	≥ 80%	-
		13							≤ 3%	1,47%	≤ 3%	-
		14							≥ 80%	80,71%	≥ 80%	-
		15							≥ 80%	100%	≥ 80%	-
		16							≤ 1,2 %	0%	≤ 1,2 %	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna							1	1	1	-
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan							≥ 90%	97,84%	≥ 90%	-
		19	Kepatuhan Penggunaan APD							100%	100%	100%	-
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien							100%	100%	100%	-
		21	Waktu tunggu rawat jalan							≥ 80%	82,55%	≥ 80%	-
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium							100%	100%	100%	-
		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional							≥ 90%	93,25%	≥ 90%	-
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)							≥ 85%	100%	≥ 85%	-
		25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh							100%	100%	100%	-
		26	Kecepatan waktu tanggap komplain							≥ 80%	100%	≥ 80%	-
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	27	10	34	10	39	10	44	10	-
		29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	2	1	3	1	10	1	21	1	-
	LEARN & GROWTH												
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	70%	67,20%	70,00%	71,44%	75,00%	73,92%	75,00%	78,94%	80,00%	-
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator							12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	-
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol							12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri					1	2	2	7	2	-
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri					1	2	1	2	1	-
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	40%%	35,30%	70,00%	70,00%	100,00%	100,00%	100,00%	92,33%	100,00%	-
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital							1 Sistem	1	1 Sistem	-
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.							100%	100%	100%	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar							95,00%	95,01%	95,00%	-
	FINANCIAL												
9	MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	0%	-26,78%	1,00%	15,57%	2,00%	10,52%	6,00%	28,84%	6,00%	-
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU							95,00%	108,49%	95,00%	-
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	65%	79,98%	65,00%	85,87%	85,00%	91,06%	85,00%	107,47%	86,00%	-
		42	Persentase nilai EBITDA Margin							15,00%	20,00%	15,00%	-
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	-
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni							97,00%	91,72%	97,00%	-
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU							95,00%	92,38%	95,00%	-

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		46 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan							92,50%	95%	92,50%	-

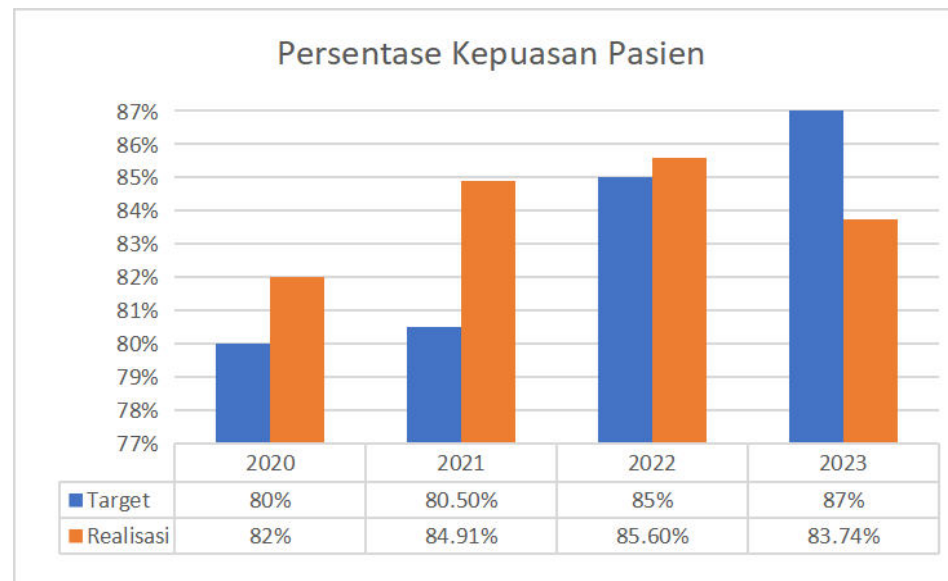
Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2023

Evaluasi Indikator Kinerja :

1. Persentase Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan gambaran dari hasil pelayanan dan fasilitas yang didapat pasien, sehingga perlu dilakukan penilaian melalui survei kepuasan pasien/pelanggan

Grafik 3.1
Persentase Kepuasan Pasien
Tahun 2020 – 2023



Sumber : Tim Kerja Hukum dan humas, Tahun 2020-2023

Berdasarkan Grafik 3.1 terlihat persentase kepuasan pasien dari tahun 2020 – 2023, terjadi peningkatan kepuasan dari tahun 2020 yang sebesar 82% menjadi 84,91% pada tahun 2021 dan pada tahun 2022 terjadi peningkatan menjadi 85,60% , Namun pada tahun 2023 Tingkat kepuasan pasien mengalami penurunan dari target 87% tahun 2023 realisasi hanya sebesar 83,74%. Tingkat Kepuasan pasien merupakan salah satu faktor

yang dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dalam memilih layanan di RS Mata Cicendo Bandung sehingga dapat meningkatkan volume kunjungan pasien dan revenue. Kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, prosedur pelayanan dan kepastian biaya pelayanan merupakan penilaian pasien terendah atas kepuasan pelayanan. Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal pada tahun 2023 (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara langsung.

Untuk meningkatkan tingkat kepuasan pasien upaya yang telah dilakukan yaitu menindaklanjuti saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit, meningkatkan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan, melakukan koordinasi semua unit terkait dalam memperbaiki mutu layanan.

Riset kepuasan pelanggan & anti korupsi menurut MARKPLUS.INC ditahun 2023, secara keseluruhan nilai CSI RS Mata Cicendo mengalami peningkatan dari tahun 2020 dengan skor rata-rata 4,18 dari skala 5

Skala $5 \times 20 = 100$

$4,185 \times 20 = 83,74\%$ (Tingkat Kepuasan Pelanggan)

Tingkat kepuasan pelanggan & anti korupsi menurut MARKPLUS.INC dapat dilihat dari berbagai aspek diantaranya:

a. Overall

- 1) Di tahun 2023 terjadi penurunan dari tahun 2022 dengan skor rata-rata 4,18 dari skala 5.
- 2) Hanya jenis layanan lasik dan pediatrik oftamologi & strabismus yang memiliki nilai di atas rata-rata secara keseluruhan.
- 3) Sama seperti tahun 2020, tarif pelayanan masih memiliki nilai CSI dibawah rata-rata.
- 4) Terjadi peningkatan pada kemudahan menemukan informasi anti-korupsi di tahun 2023 dengan nilai rata-rata 4,04 dibandingkan dengan tahun 2020.
- 5) Sama dengan tahun 2020, tingkat korupsi RSM Cicendo di tahun 2023 masih sangat rendah dengan nilai rata-rata 1,09.

b. People

- 1) Nilai kepuasan pada kompetensi dan perilaku petugas telah meningkat di tahun 2023 dengan skor jauh di atas rata-rata keseluruhan yaitu 4,52, namun elemen Petugas pelayanan selalu melayani dan berada di tempat (4,38) memiliki nilai rata-rata terendah dibanding elemen lain
- 2) Di tahun 2023 mayoritas petugas tidak pernah menerima suapan/imbalan (nilai rata-rata 1,04) sama dengan tahun 2020.

c. Process

- 1) Pada tahun 2023, penanganan pengaduan (4,13, dan prosedur pelayanan (4,05) masih memiliki nilai kepuasan di bawah rata-rata secara keseluruhan.
- 2) Elemen penanganan pengaduan seperti kelengkapan sarana pengaduan (4,20) dan hasil penanganan pengaduan (3,91) perlu ditingkatkan.
- 3) Poin terkait kecepatan waktu pelayanan (3,80) dan jadwal sesuai waktu yang ditetapkan (4,09) perlu ditingkatkan.

d. Physical Evidence

- 1) Nilai kepuasan rata-rata dari kategori sarana & prasarana memiliki nilai tertinggi dan mengalami peningkatan yang cukup besar dibanding tahun 2020 dengan skor 4,48.

Rekomendasi

- a. Layanan infeksi & imunologi (4,18), rekonstruksi okuloplasti & onkologi (4,05) serta neuro oftamologi (4,17) perlu ditingkatkan karena memiliki gap terbesar dari rata-rata CSI secara keseluruhan.
- b. Dalam hal persepsi anti korupsi, layanan neuro oftamologi perlu diperhatikan lebih lanjut karena memiliki nilai skor rata-rata lebih besar dibanding layanan lain.
- c. Poin terkait anti diskriminasi & anti korupsi dapat dipertahankan.
- d. Elemen kesiapan petugas perlu ditingkatkan dengan mengadakan pelatihan petugas secara berkala, terutama pada layanan rekonstruksi okuloplasti & onkologi.
- e. Pada aspek penanganan pengaduan, informasi mengenai pengaduan harus diperjelas kembali, dengan menginformasikan secara rutin lewat sosial media dan website serta memperluas sarana pengaduan agar bisa melalui gadget pasien masing-masing.
- f. Waktu dan jadwal pelayanan tetap menjadi masalah di tahun 2023, *Electronic Medical Record* yang sudah diterapkan RSM Cicendo perlu

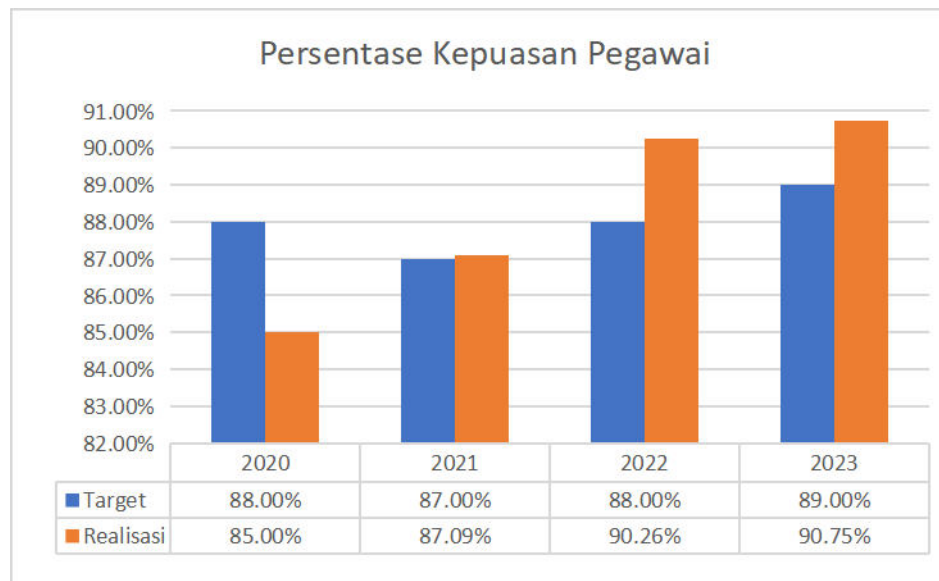
dimaksimalkan lebih lanjut.

- g. Secara keseluruhan aspek sarana & prasarana RSM Cicendoperlu dipertahankan, khususnya untuk pasien VIP dan reguler agar memiliki nilai kepuasan yang sama seperti pasien rawat inap.

2. Persentase Kepuasan Pegawai

Survey Kepuasan Pegawai Tahun 2023 ini dilaksanakan melalui pengisian kuesioner Google Form terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Grafik 3.2
Persentase Kepuasan Pegawai
Tahun 2020 – 2023



Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2020- 2023

Berdasarkan Grafik 3.2 di atas capaian persentase kepuasan pegawai pada tahun 2020 tidak mencapai target yang telah ditetapkan, sedangkan pada tahun 2021 dapat mencapai target realisasi sebesar 87.09% dari target 87% dan di tahun 2022 terjadi peningkatan capaian menjadi 90.26% dari targetnya 88% di tahun 2022. Pada tahun 2023 dapat mencapai target sebesar 90,75% dari target 89%

Metode analisis yang digunakan untuk menilai hasil survey tahun 2023 adalah menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Ditinjau berdasarkan sumbernya, data yang akan dianalisis termasuk dalam katagori data primer. Data primer adalah data yang dihimpun langsung dari objek penelitian menggunakan kuesioner yang diisi oleh para pegawai.

Survey Kepuasan Pegawai Tahun 2023 ini dilaksanakan melalui pengisian kuesioner Google Form terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Setelah dilakukan survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form mengenai kepuasan tupoksi, kepuasan pendapatan, kepuasan atasan langsung, kepuasan rekan kerja dan kepuasan promosi terhadap seluruh pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, didapatkan data dari total 501 orang pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, yang mengisi survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form adalah 373 orang (74,45%). Dari hasil survey 365 orang secara keseluruhan dapat di ambil rata-rata bahwa persentase kepuasan pegawai di PMN RS PMN Mata Cicendo Bandung terhadap tupoksi 82,47%, pendapatan 89,66%, atasan langsung 94,21%, rekan kerja 96,99%, dan promosi 90,43%. apabila direrata tingkat kepuasan dari ke 5 (lima) aspek penilaian tersebut mempunyai nilai adalah 90,75%. Adapun hal-hal yang masih perlu mendapat perhatian dari hasil survey tersebut adalah pendapatan, promosi dan atasan langsung kurang memberikan penghargaan terhadap keberhasilan karyawan dalam menyelesaikan tugas pekerjaan, dan kebijakan promosi yaitu kenaikan pangkat atau jabatan, di PMN RS Mata Cicendo saat ini belum sesuai.

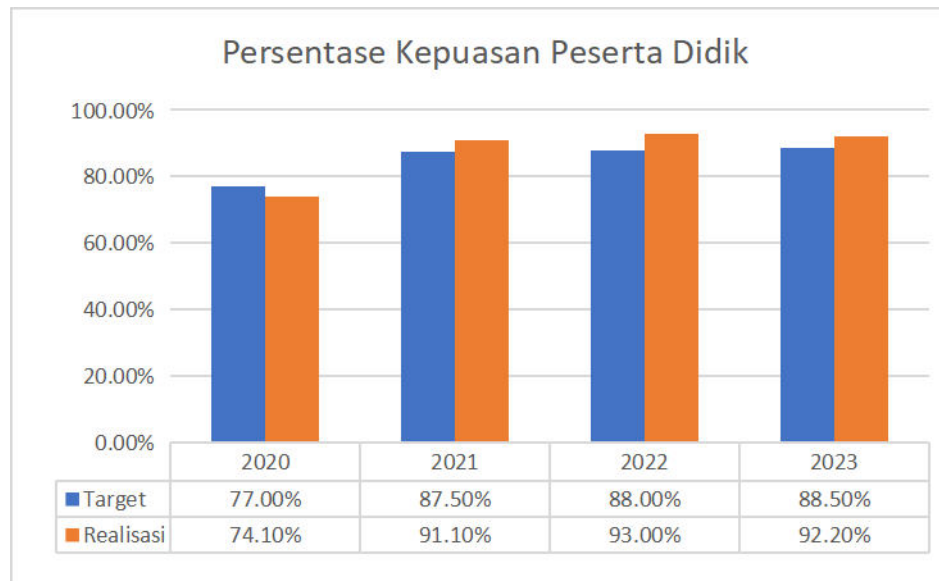
Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan angka persentase kepuasan pegawai adalah:

- a. Agar dilakukan penempatan posisi yang tepat, sesuai dengan beban kerja dan tanggungjawab pegawai.
- b. Untuk meningkatkan kinerja hendaknya diadakan pelatihan-pelatihan yang mendorong pegawai lebih semangat.
- c. Semua pegawai bekerja secara profesional dan proporsional, objektif, saling menghargai peran dan posisi masing masing. Melayani dan saling menolong dengan ikhlas tanpa pandang bulu. Bekerja bersama-sama, sejahtera bersama-sama
- d. Meningkatkan kesadaran masing-masing individu atas tanggung jawab dalam kerja tim, menambah SDM, mengurangi human *error*

3. Persentase Kepuasan Peserta Didik

Peserta didik adalah Peserta Program Pendidikan Dokter spesialis (PPDS), Program Studi Pendidikan Dokter (PSPD) dan Pelatihan Dokter Spesialis Mata. Tingkat kepuasan peserta didik diukur menggunakan kuesioner

Grafik 3.3
Persentase Kepuasan Peserta Didik
Tahun 2020 – 2023



Sumber : Tim Kerja Diklat Tahun 2020-2023

Berdasarkan Grafik 3.3 terlihat persentase kepuasan peserta didik telah mencapai target yang ditetapkan dan hasil penilaian relative tetap dari tahun 2020 capaian sebesar 91%, pada tahun 2021 terjadi peningkatan sebesar 91,70% dan pada tahun 2022 terjadi peningkatan lagi sebesar 93%. Pada tahun 2023 kepuasan peserta didik dari target 88.50% realisasinya 92.20% menurun dari tahun 2022.

Persentase kepuasan peserta didik diukur dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan ke peserta didik (residen). Kriteria penilaian kepuasan peserta didik terbagi dalam 6 kriteria penilaian yaitu sistem pengajaran, organisasi dan manajemen, konten pembelajaran, sistem penilaian, beban Pendidikan dan beban non akademik. Presentase tingkat kepuasan peserta didik berdasarkan kriteria penilaian yang ditetapkan adalah 93%.

Perhitungan Kepuasan Peserta Didik PPDS :

$\frac{\text{Jumlah responden yang puas}}{\text{Jumlah total responden}} \times 100\%$

Jumlah total responden

= $\frac{59}{64} \times 100\%$

64

= 92.20%

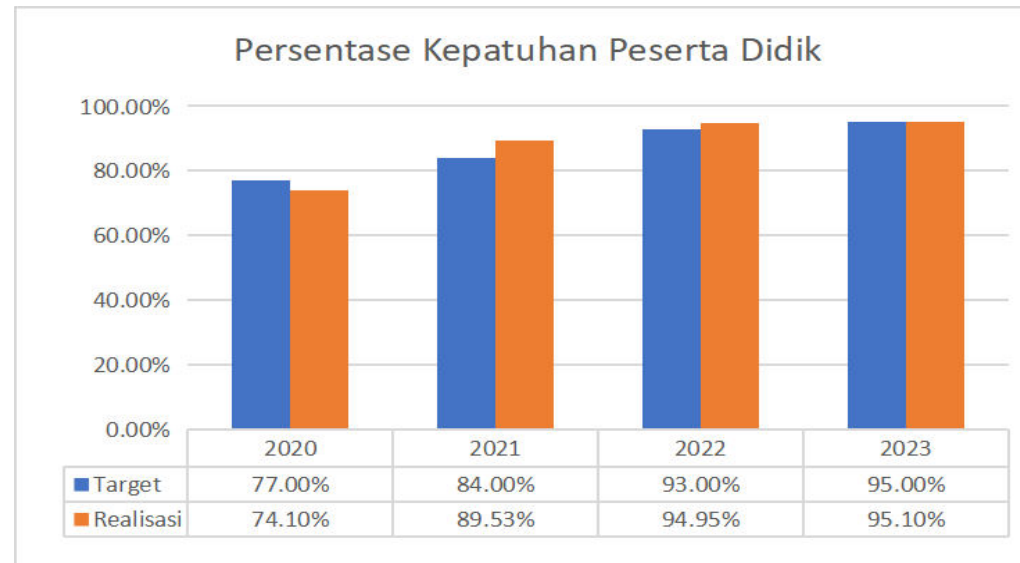
Presentase Kepuasan Peserta Didik PPDS Semester II adalah 92.20%

Rencana Tindak Lanjut perlu dilakukan monitoring dan evaluasi kegiatan bersama dengan UNPAD, memperbaiki metode pembelajaran dan kegiatan belajar mengajar sesuai dengan perkembangan metode yang ada, pengisian kuisioner secara baik dan benar serta menetapkan format baru evaluasi kepuasan peserta didik.

4. Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan

Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung

Grafik 3.4
Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan
Tahun 2020-2023



Sumber: Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Tahun 2020 – 2023

Berdasarkan Grafik 3.4 terlihat persentase kepuasan peserta didik pada tahun 2020 belum mencapai target yang telah ditentukan yaitu 77% dengan capaian sebesar 74,10%, pada tahun 2021 telah mencapai target yang ditetapkan 84% dengan capaian sebesar 89,53%, pada tahun 2022 telah mencapai target yang ditetapkan 93% dengan capaian sebesar 94,95% dan ada tahun 2023 dari target yang ditetapkan sebesar 95% realisasi sebesar 95.10%

Penerapan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung. Metode penilaian dilaksanakan melalui survey terhadap kepatuhan penerapan cuci tangan peserta didik di lingkungan PMN RS Mata Cicendo Bandung. Cuci tangan sesuai *Hand Hygiene* WHO 2009 bagi peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan.

Formula

$$= \frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$$

Denominator

- Numerator 95 Jumlah Tindakan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).
- Denominator 99 Jumlah kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).

$$= \frac{95}{99} \times 100\%$$

99

$$= 95,10\%$$

Terdapat 95 peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan dan melakukan Tindakan cuci tangan sesuai Hand Hygiene WHO 2009 pada 5 waktu (Five Moment) dari 99 kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).

Ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang sudah patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga tidak terjadinya infeksi.

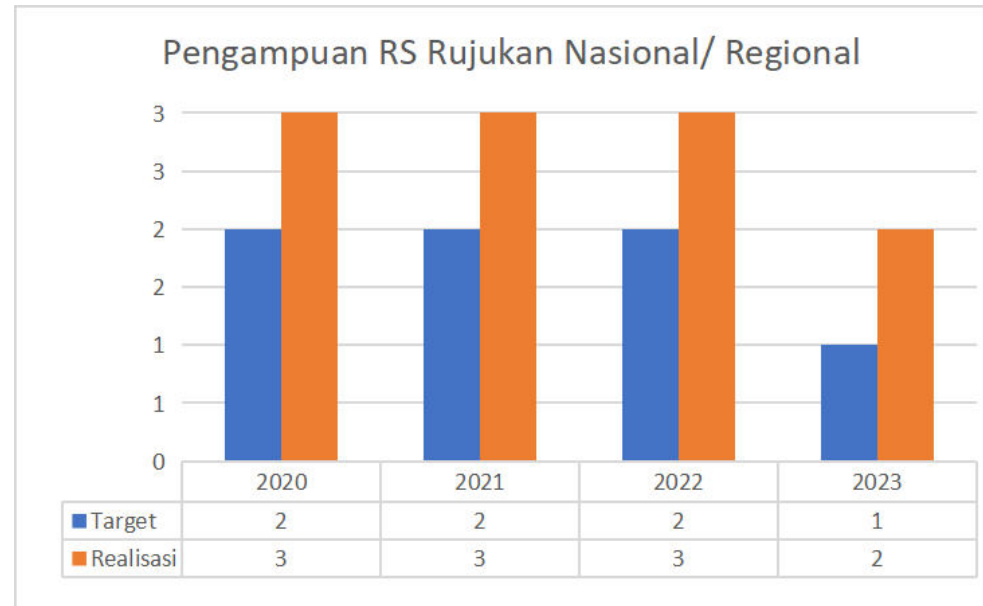
Adapun langkah strategis yang bisa terus dilakukan adalah:

- a. Sosialisasi pentingnya kebersihan tangan di setiap kesempatan.
- b. Menginformasikan ke seluruh RS terkait hasil capaian kebersihan tangan.
- c. Pemenuhan fasilitas kebersihan tangan.
- d. Peningkatan kualitas hasil audit

5. Pengampunan RS Rujukan Nasional/ Regional

Rumah Sakit/Balai Kesehatan jejaring yang diampu adalah Rumah Sakit/Balai Kesehatan jejaring yang dibina oleh RS Mata Cicendo dalam aspek pelayanan dan manajemen.

Grafik 3.5
Jumlah RS Jejaring yang Diampu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 –2023



Sumber: Tim Kerja Diklat Tahun 2020-2023

Berdasarkan Grafik 3.5 terlihat jumlah rumah sakit yang diampu dari tahun 2020 sampai tahun 2023 telah melebihi target yang ditetapkan., hal ini menunjukkan meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap PMN Rumah Sakit Mata Cicendo. RS Mata Cicendo merupakan satu-satunya rumah sakit mata rujukan nasional UPT vertikal sehingga harus menjadi pengampu bagi rumah sakit mata lainnya.

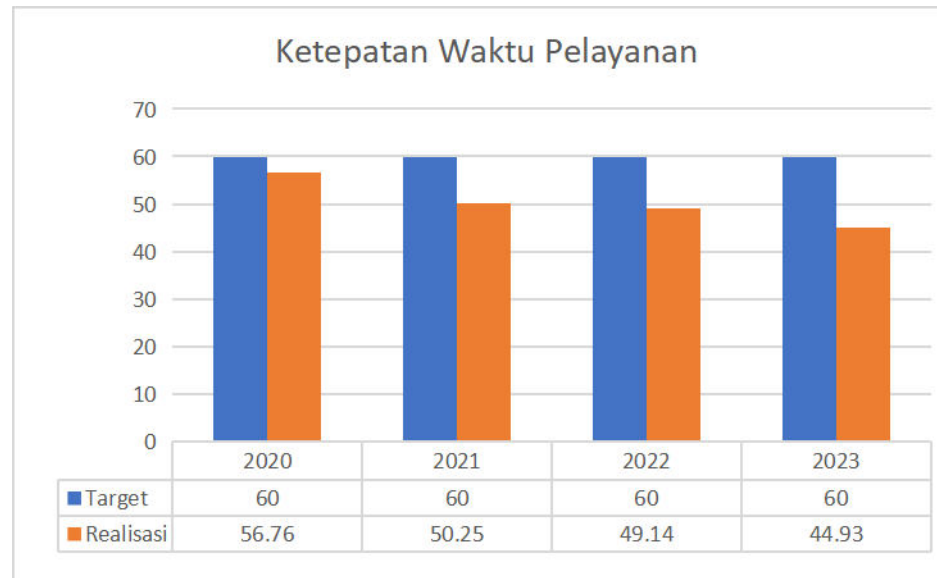
Kegiatan pengampuan RS Jejaring dalam rangka mewujudkan sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal, terdapat 3 (tiga) RS jejaring yang diampu pada Tahun 2022 dan telah mencapai target yang ditetapkan sebanyak 2 RS jejaring. Pada tahun 2023 terdapat 2 RS yang diampu dari target 1 RS. RS jejaring yang diampu yaitu:

- a. RS Mata Provinsi Kalimantan Timur tanggal 24-26 Juli 2023.
- b. RS Mata Sulawesi Utara tanggal 14-16 Agustus 2023.

6. Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.

Grafik 3.6
Capaian Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan
Tahun 2020-2023



Sumber: Instalasi Rawat Jalan, Tahun 2021-2023

Berdasarkan Tabel 3.6 terlihat jumlah rumah sakit yang diampu dari tahun 2020 sampai tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan. Sesuai dengan penilaian kinerja RS BLU, Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Waktu standar umumnya adalah < 30 menit. Terkait indikator waktu tunggu rawat jalan tahun 2023 masih perlu dioptimalkan meskipun tahun 2023 ketepatan waktu pelayanan telah mencapai target sebesar 44,94 menit tetapi jika dilihat dari standar sesuai Perdirjen PB

No.24 Tahun 2018, bahwa waktu tunggu rawat jalan ideal adalah kurang dari 30 menit. Untuk itu sebagai salah satu solusinya adalah mengoptimalkan implementasikan E-Medical Record dengan lengkap dan tepat waktu, percepatan pelayanan pada setiap tahap pemeriksaan yang sedang berjalan dan mengoptimalkan kembali jadwal DPJP pada setiap polikliniknya dan percepatan pelayanan pada setiap tahapan proses pemeriksaan pasien secara keseluruhan oleh semua PPA, sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik. sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik.

Formula = $\frac{\text{jumlah kumulatif waktu pasien rawat jalan yang disurvey}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey}}$

= $\frac{43271}{963}$

= 44,93 menit

7. Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services

Advanced Diabetic Retina Services adalah penanganan kasus diabetic retinopati tahap lanjut di RSMC

Tabel 3.8

Capaian Pengembangan Layanan Unggulan Low Vision

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services	100%	100%

Sumber: Tim Kerja Pelayanan Medik, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.8 Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services mencapai target, dari target 100% tercapai 100%, Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
 - 1) Pelayanan Diabetik Retinopati terintegrasi(10%)
 - 2) Peningkatan layanan DR (10%)

- 3) Peningkatan layanan gizi (5%)
- 4) Peningkatan Layanan Penyakit Dalam (5%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
 - 1) Pendidikan S3 dr. SpM (13%).
 - 2) IHT Staf baru dokter retina (15%)
 - 3) Observership dr. SpM (2%)
- c. Capaian Education Research
 - 1) Penelitian, Publikasi Nasional DR (20%)
 - 2) Pelatihan (course) baru advanced DR (10%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
 - 1) Pemenuhan Kebutuhan Alat Kesehatan Penunjang Layanan Foto Fundus Ultrawidefield (3%)
 - 2) Renovasi ruang poliklinik retina (3%)
 - 3) Pemenuhan fasilitas ruang tunggu konsultasi gizi (2%)
 - 4) Pemenuhan Kebutuhan Alat Kesehatan Penunjang Layanan Digital Assisted Vitreoretinal Surgery (3D viewing system) (2%)

Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana

$$100\% = 30\% + 30\% + 30\% + 10\%$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan Advanced Diabetic Retina Services adalah pemenuhan kebutuhan pengembangan SDM untuk penambahan dokter Spesialis Mata, Benchmarking Retina dan Observership.

8. Pengembangan Inovasi Layanan

Trauma Eye Center adalah pusat layanan trauma mata yang terintegrasi dengan berbagai disiplin ilmu subspesialistik yang terkait.

Tabel 3.9

Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Trauma Eye Center

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan Inovasi Layanan Trauma Eye Center	100%	100%

Berdasarkan Tabel 3.9 Penguatan layanan unggulan *Trauma Eye Center* tercapai 98% dari target yang ditetapkan 100%, Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
 - 1) Pelayanan TraumaCenter (10%).
 - 2) ERT 2 < 2 jam (10%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
 - 1) Observership ke Luar Negeri (10%)
 - 2) IHT Perawat Trauma mata (5%)
- c. Capaian Education Research
 - 1) Penelitian Trauma (15%)
 - 2) Penerbitan Buku Trauma Mata (15%)
 - 3) Webinar Trauma Mata (15%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
 - 1) Sekretariat TraumaCenter terintegrasi (10%)
 - 2) Sosialisasi dan penggunaan : IGATES(10%)

Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana

100% = 30% + 15% + 45% + 20%

Cicendo Aesthetic Eye Clinic

Cicendo Aesthetic Eye Clinic adalah layanan estetik mata meliputi konsultasi, pemeriksaan dan tindakan dalam pembiusan lokal.

Tabel 3.10

Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Aesthetic Eye Clinic

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Cicendo Aesthetic Eye Clinic	100%	100%

Berdasarkan Tabel 3.10 Penguatan layanan unggulan Aesthetic Eye Clinic sudah tercapai 100% sesuai target yang ditetapkan 100%, Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Aesthetic Eye Clinic sesuai dengan program strategisnya adalah:

a. Capaian Pengembangan layanan:

- 1) Pengembangan Cicendo Esthetic Eye Clinic and dry eye (20%).
- 2) Pengembangan spa mata (10%)

b. Capaian Pengembangan SDM

- 1) Pelatihan/ observership bagi 2 dokter SpM (25%)

c. Capaian Education dan Research

- 1) Publikasi Internasional(15%)
- 2) Menyelenggarakan CME dan edukasi aw am terkait Cicendo Eye Aesthetic Clinic (10%)

d. Capaian Sarana Prasarana

- 1) BMHP : Lensa Kontak RGP, Dry eye,spa intens puls light : BHP Blepharoplasty, eye lashes,eye brow,filler, Pojok dokumentasi Before-After (Kamera DSLR, Printer, Komputer, Papan Nama Medrek, Background, Tripod (8%)
- 2) Alat/ Instrumen (12%)

Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana

$$100\% = 30\% + 25\% + 25\% + 20\%$$

Refractive Surgical & Laser Center

Refractive Surgical dan Laser Center adalah layanan katarak bedah refraktif yang lengkap, komprehensif dan terintegrasi.

Tabel 3.11

Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Refractive Surgical & Laser Center

Tahun 2023

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Refractive Surgical & Laser Center	100%	100%

Berdasarkan Tabel 3.11 Dari target indikator yang telah ditetapkan, dan sesuai pemenuhan program dalam mendukung target indikator tersebut.

Refractive Surgical dan *Laser Center* belum mencapai target, dari target 100% baru tercapai 89%,

Adapun capaian pengembangan layanan unggulan *Refractive Surgical* dan *Laser Center* sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
 - 1) Peningkatan Volume Layanan Operasi IOL Premium (15%)
 - 2) Pengembangan Laser Floater Treatment (10%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
 - 1) Fellow shift Staff baru KBR (10%)
 - 2) IHT layanan IOL Premium untuk dokter (10%)
- c. Capaian *Education Research*
 - 1) Publikasi Internasional (30%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
 - 1) Pemenuhan alat LFT (10%)
 - 2) Pengadaan alat operasi katarak (Calisto eye/mesin fako) (15%)

Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana

$$100\% = 25\% + 20\% + 30\% + 25\%$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan *Refractive Surgical* dan *Laser Center* adalah pemenuhan Pengembangan SDM untuk Kursus/Workshop LFT dan pemenuhan *Education Reasearch* untuk Publikasi Internasional tentang *A-constant IOL hypothetically*(ES Azalia).

Pengembangan One Stop Service Low Vision

Pengembangan One Stop Service Low Vision Adalah tersedianya layanan rehabilitasi pasien low vision dewasa maupun anak dalam satu atap (One Stop Service)

Tabel 3.12

Capaian Pengembangan One Stop Service Low Vision

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan One Stop Service Low Vision	100%	95%

Berdasarkan Tabel 3.12 Peningkatan Pengembangan *One Stop Service Low Vision* Tahun 2022 belum mencapai target dari target 100% baru tercapai 92 %.

Adapun capaian pengembangan *One Stop Service Low Vision* sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
 - 1) Peningkatan layanan rehabilitasi anak dan dewasa (20%)
 - 2) Pengembangan layanan audio book (5%)
 - 3) Pengembangan kerjasama Direktorat Rehabilitasi Sosial KEMENSOS (5%)
 - 4) Peningkatan promosi layanan one stop service *lowvision* (5%)

- 5) Pengembangan pojok Braille (5%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
 - 1) Pembentukan tim multimedia untuk audiobook (5%)
 - 2) *Rekrutmen terapis perilaku terapis wicara, dan fisioterapis (10)*
- c. Capaian *Education Research*
 - 1) Publikasi artikel ilmiah di jurnal terakreditasi (20%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
 - 1) Pengembangan alat bantu low vision smartphone dan tablet dengan aplikasi ramah low vision (10%)
 - 2) Pengembangan ruangan Activity of daily Living (10%)

Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana

$$95\% = 40\% + 15\% + 20\% + 20\%$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan Pengembangan *One Stop Service Low Vision* adalah pemenuhan kebutuhan Education Research untuk Publikasi artikel ilmiah di jurnal terakreditasi dan Penerbitan buku *lowvision*.

9. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan rencana bisnis anggaran adalah Pelayanan unggulan rawat jalan di rumah sakit dengan klasifikasi pelayanan khusus/VVIP pada tahun 2023 target 1 dan realisasi 1 .

Grafik 3.7

Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan



Sumber : Instalasi Eksekutif 2023

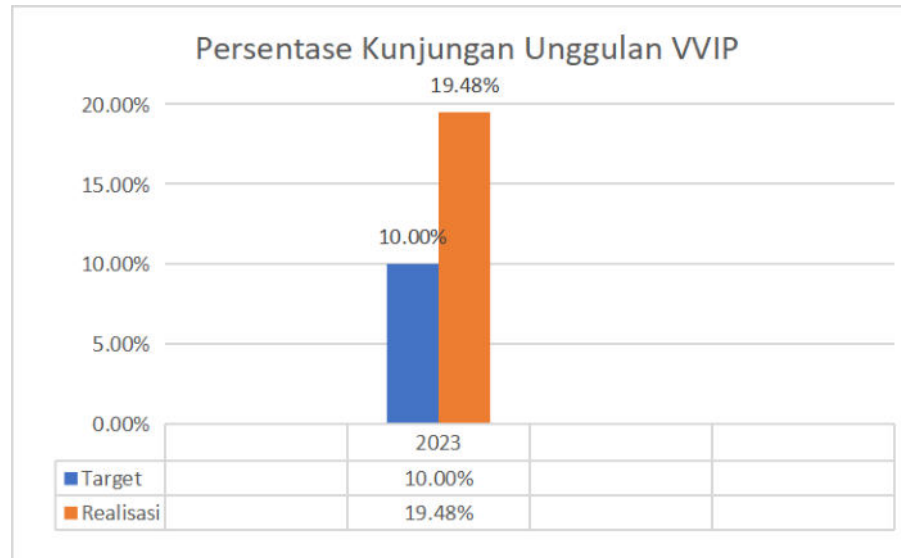
10. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Persentase peningkatan kunjungan pasien VVIP adalah Volume Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien di rumah sakit. Formulasi atau perhitungan kunjungan pasien dipelayanan unggulan adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 & \frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien VVIP}}{\text{Jumlah Total Kunjungan Pasien di RS}} \times 100\% \\
 &= \frac{29651}{152206} \\
 &= 19,48\%
 \end{aligned}$$

Grafik 3.8

Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Unggulan VVIP



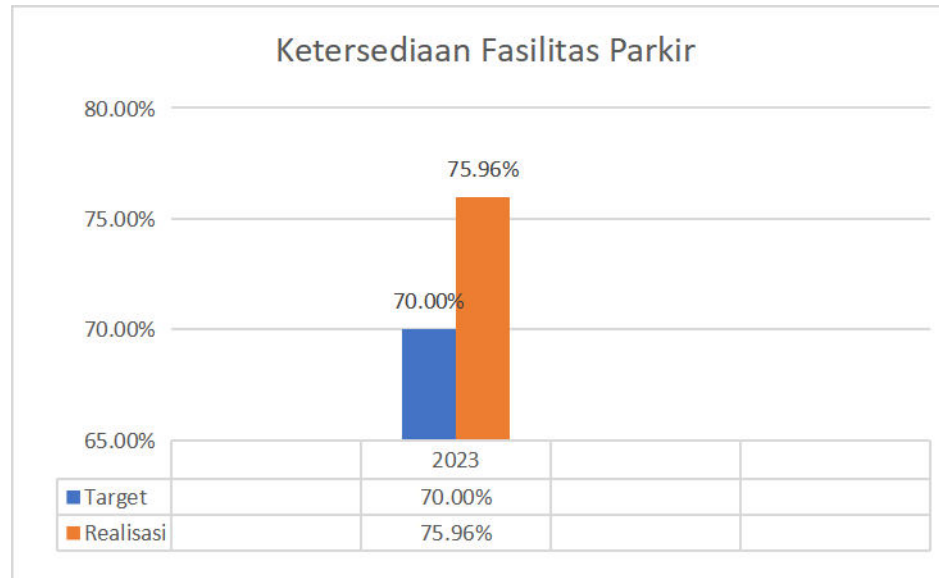
Sumber : Instalasi Eksekutif 2023

Pada grafik 3.8 terlihat tahun 2023 target persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan VVIP sebesar 10% dan realisasinya sebesar 19.48% atau diatas target yang telah ditetapkan..

11. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

Ketersediaan Fasilitas Parkir yang sesuai standard adalah jumlah keseluruhan parkir yang tersedia untuk pengunjung/pasien. Pada Tahun 2023 dari target ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar sebesar 70% realisasi sebesar 75.96%.

Grafik 3.9
Ketersediaan Fasilitas Parkir



Sumber : Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga, Tahun 2023

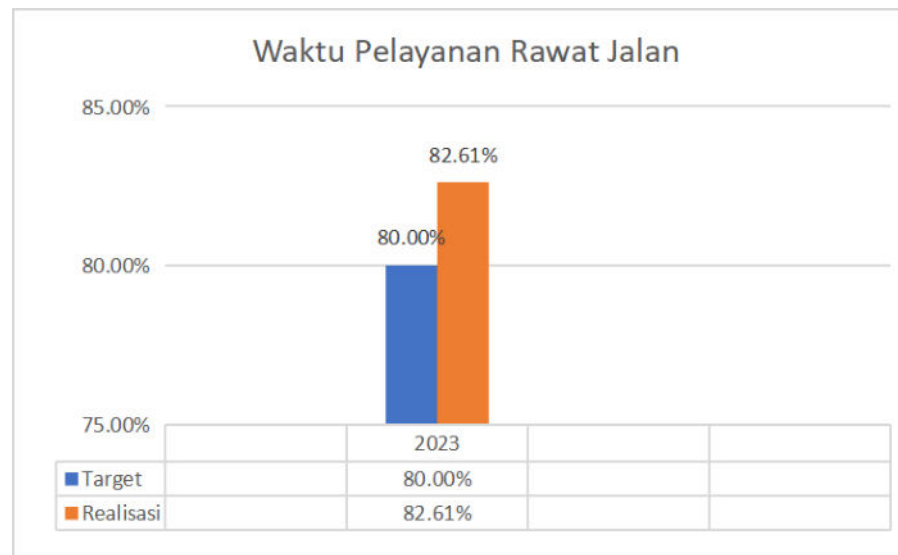
- Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.
- Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.
- Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
- Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.

- Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit
- Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

12. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan pasien dari pendaftaran sampai pasien selesai menerima obat tanpa ada pemeriksaan penunjang. Realisasi tahun 2023 sebesar 82,61% dari target sebesar $\geq 80\%$.

Grafik 3.10
Waktu Pelayanan Rawat Jalan



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2023

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat
2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran
3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.

13. Penundaan Waktu Operasi Efektif

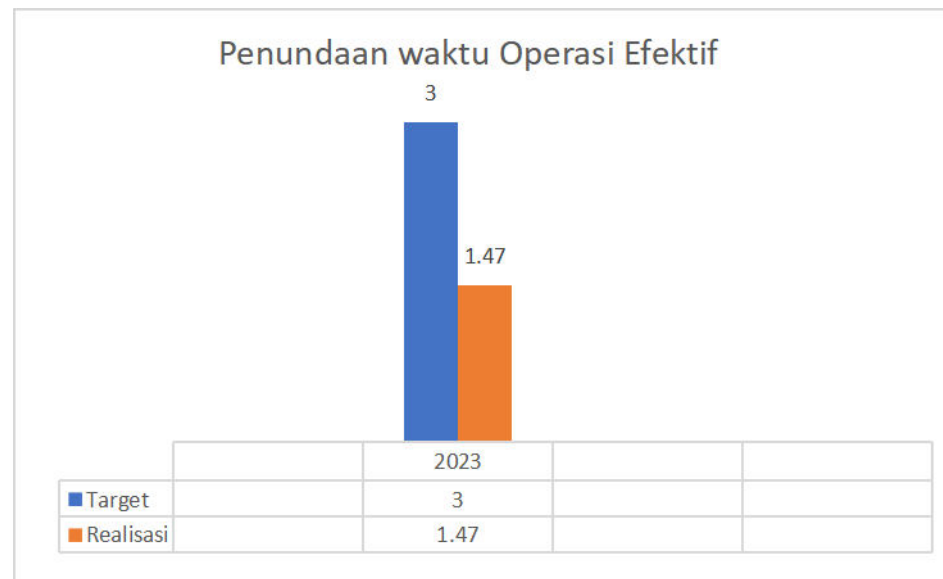
Penundaan waktu operasi efektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya telah terencana atau telah dijadwalkan. Formulasi untuk perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah Pasien Operasi Elektif}} \times 100\%$$

Kriteria Eksklusi:

- Penundaan operasi atas indikasi medis
- Operasi dengan penyulit
- Penundaan karena persyaratan administrasi memerlukan persetujuan khusus

Grafik 3.11
Penundaan Waktu Operasi Efektif



Sumber : Instalasi Kamar Bedah, Tahun 2023

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.

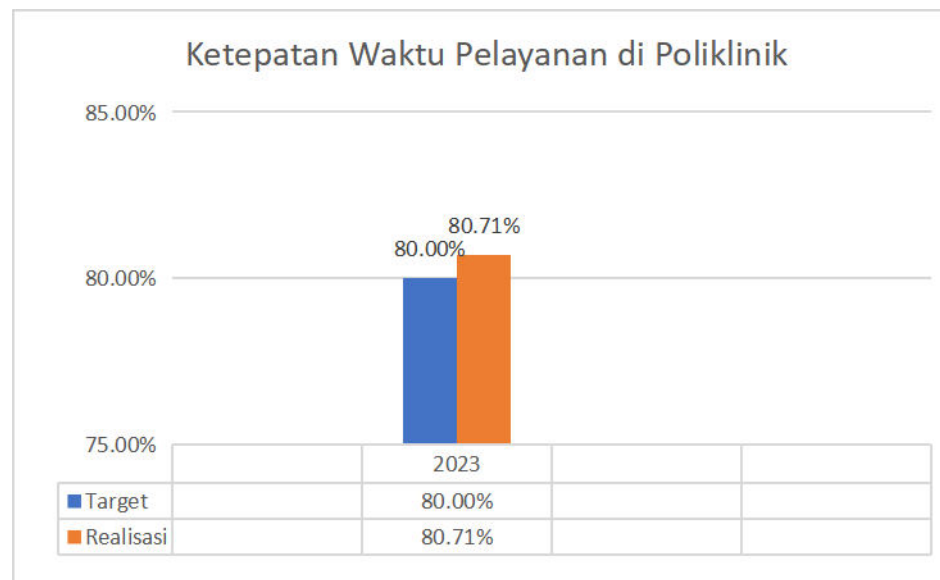
14. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah ketepatan waktu pelayanan oleh tenaga medis dipoliklinik sesuai waktu yang ditentukan. Target tahun 2023 $\geq 80\%$. dengan realisasi sebesar 80,71%. Indikator dan cara penghitungannya dapat dijelaskan dibawah ini :

Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu
sesuai waktu yang ditentukan x100%
 jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik

205
 254
 = 80,71%

Grafik 3.12
Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2023

Dari grafik 3.12 terlihat bahwa ketepatan waktu pelayanan sudah melewati target yang ditentukan, dimana target 2023 sebesar 80% realisasi 80,71%

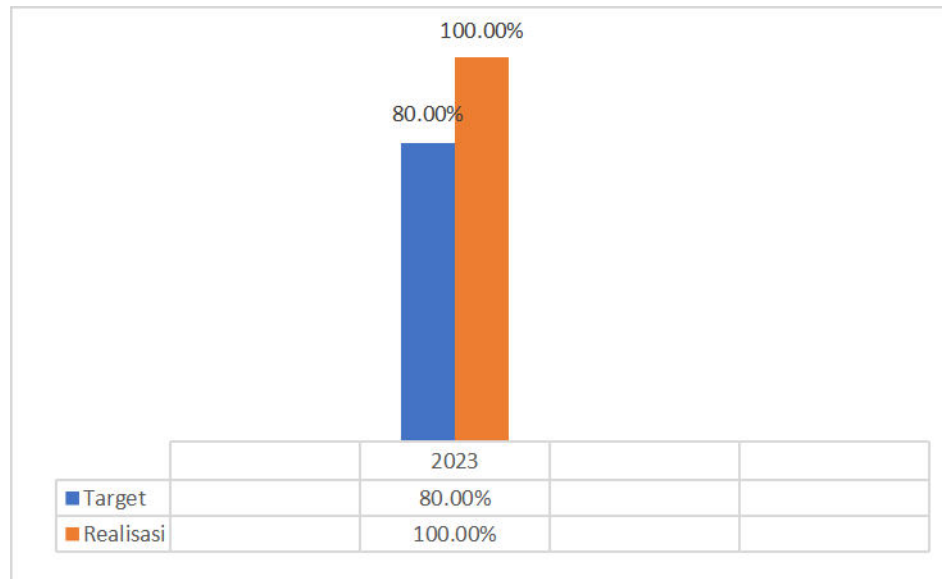
- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik.
- Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan

15. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Formulasi cara menghitungnya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah Pasien yang di Observasi}} \times 100\%$$

Grafik 3.13
Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap



Sumber : Instalasi Rawat Inap 2023

Dari grafik terlihat pada tahun 2023 dari target 80% ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap realisasi 100%.Laporan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap diukur setiap bulan,triwulan,semester dan tahunan.

16. Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah katarak adalah banyaknya kejadian endoftalmitis pada pasien paska operasi katarak.

- Katarak adalah kondisi Ketika lensa alami mata menjadi keruh, protein di lensa rusak dan menyebabkan hal-hal terlihat buram, kabur dan kurang berwarna (AAO, 2022)
- Pasca Bedah Katarak adalah Kondisi pasien setelah dilakukan bedah katarak

- Endophthalmitis Pasca Bedah Intraokular Katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan posterior bola mata setelah bedah katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama dan setelah tindakan operasi ≤ 2 minggu
- Angka Kejadian Endofthalmitis Pasca Bedah katarak adalah banyaknya kejadian endofthalmitis pada pasien paska operasi katarak ditahun 2023 dari target $\leq 1,2\%$ realisasi 0%. Dimana tidak ada satupun kasus Endofthalmitis pasca bedah katarak.

Tabel 3.13

Persentase Kejadian Endoftamitis Pasca Bedah Katarak

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Persentase Kejadian Endoftamitis Pasca Bedah Katarak	$\leq 1,2\%$	0%

17. Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi Paripurna

Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna adalah rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal yang mencapai strata targetnya (paripurna). Dalam pelaksanaannya target yang ingin dicapai adalah jumlah rumah sakit vertikal yang tercapai strata targetnya (paripurna) setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Pada tahun 2023 dari target 1 Rumah sakit realisasinya sebanyak 1 Rumah sakit.

Tabel 3.14

Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna	1	1

18. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kepatuhan kebersihan tangan pada tahun 2023 targetnya sebesar $\geq 90\%$ realisasi sebesar 97,84%. Formula yang digunakan untuk mengukur kepatuhan kebersihan tangan adalah :

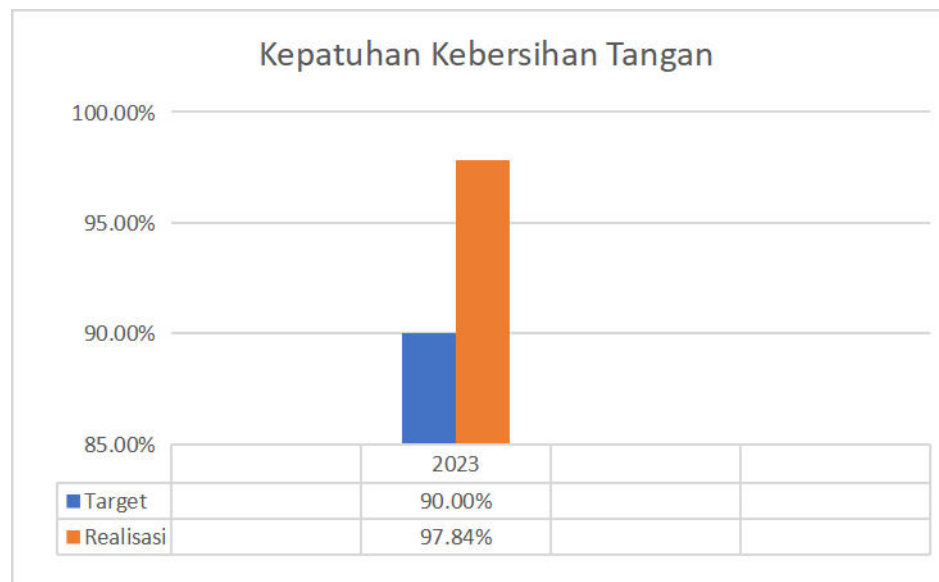
$\frac{\text{Jumlah Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$

1043

1066

= 97,84%

Grafik 3.14
Kepatuhan Kebersihan Tangan



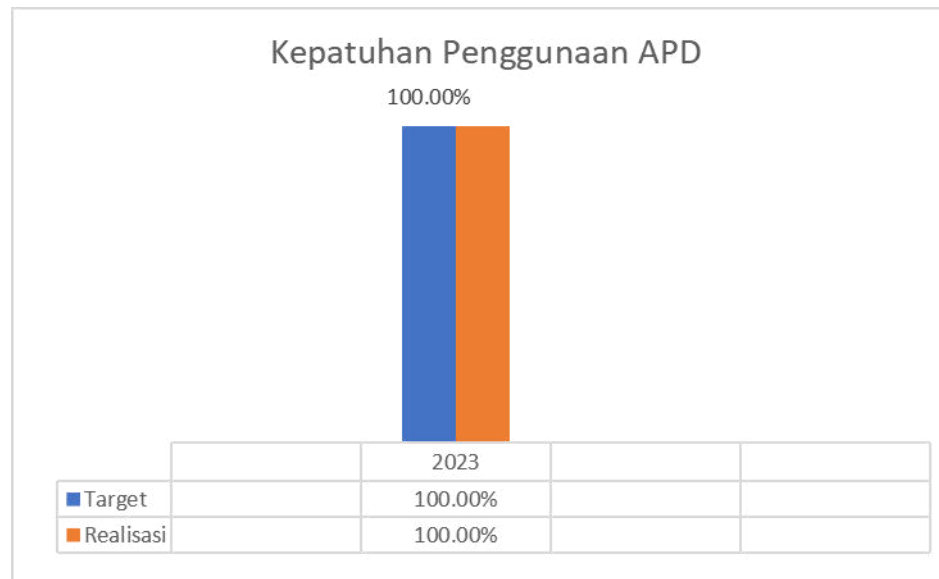
Sumber : Komite PPI 2023

1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.
2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
4. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.
5. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
6. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
7. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.
8. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
9. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
10. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
- 2.

19. Kepatuhan penggunaan APD

Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri merupakan kewajiban semua petugas yang patuh menggunakan APD dibagi dengan seluruh petugas yang sedang bertugas. Tahun 2023 realisasi kepatuhan penggunaan APD mencapai 100% atau sama dengan target yang ditetapkan yaitu 100%, Artinya seluruh petugas yang bertugas semuanya telah memakai APD.

Grafik 3.15
Kepatuhan Penggunaan APD



Sumber : Komite PPI 2023

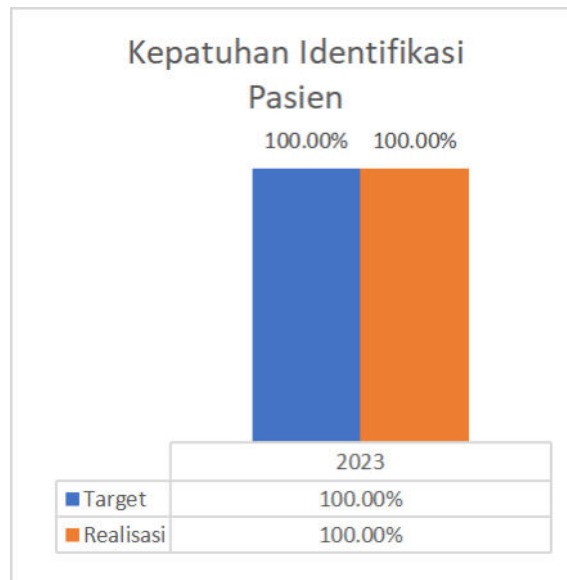
1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.
2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).
3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi.
4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium.
5. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.

20. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Kepatuhan identifikasi pasien adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identifikasi dengan cara visual atau verbal.

Grafik 3.16

Kepatuhan Identifikasi Pasien



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2023

Dari grafik 3.18 terlihat bahwa pada tahun 2023 target kepatuhan identifikasi pasien 100% dan terealisasi 100%

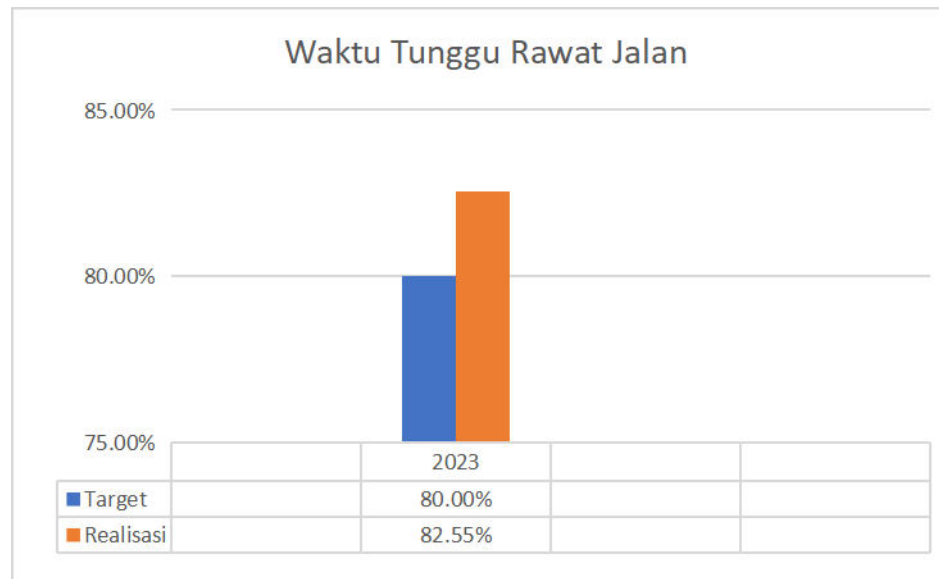
1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas.

3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :
 - a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.
 - b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.
 - c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.
5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

21. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu tunggu dari pasien mulai pendaftaran sampai mendapatkan layanan dari dokter/ dokter spesialis ≤ 60 menit. Pada tahun 2023 waktu tunggu rawat jalan pasien di Rs mata cicendo selama 44,93 menit masih dibawah dari target 60 menit. Target Lama waktu tunggu rawat jalan yang ada harus mencakup $\geq 80\%$ dari total pasien yang dilayani.

Grafik 3.17
Waktu Tunggu Rawat Jalan



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2023

Dari grafik 3.17 terlihat waktu tunggu rawat jalan tahun 2023 dari target $\geq 80\%$ realisasi 82.55% atau melebihi target yang telah ditetapkan.

1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.
 - a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
 - b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan

pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

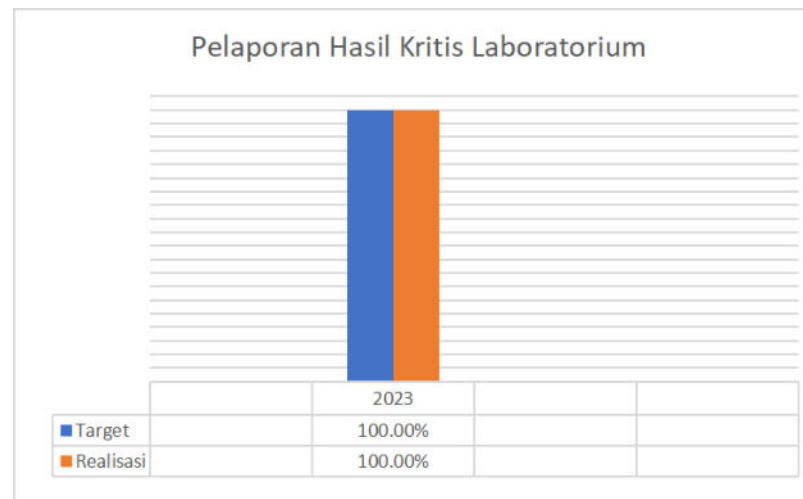
c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

22. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Pelaporan hasil kritis laboratorium adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit, Pada tahun 2023 pelaporan hasil kritis laboratorium dari target 100% realisasinya 100%.

Grafik 3.18

Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Sumber : Instalasi Laboratorium terpadu 2023

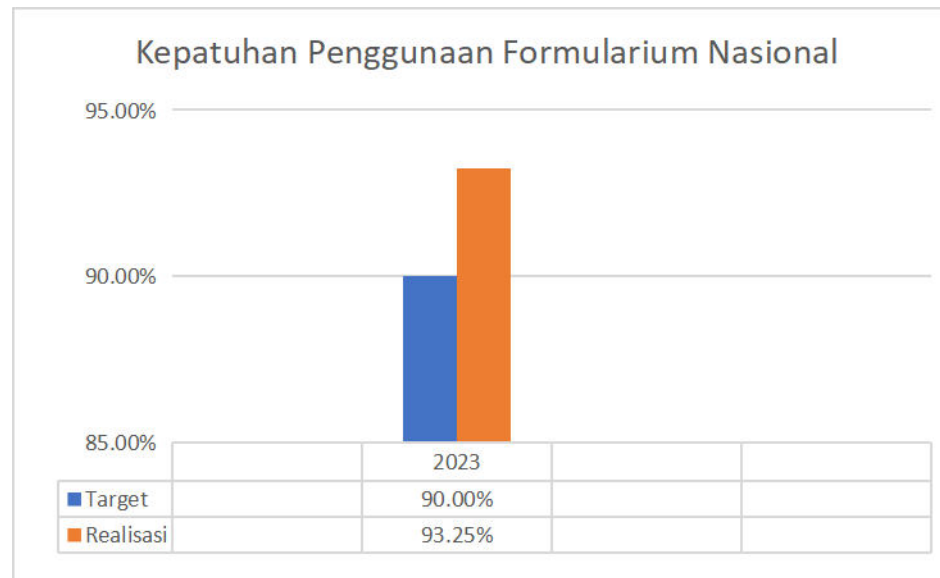
1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.

23. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah kesesuaian penulisan resep oleh dokter penanggungjawab dengan formularium nasional untuk pasien program jaminan kesehatan.

Grafik 3.19

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Sumber : Instalasi farmasi 2023

1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

24. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Kepatuhan terhadap alur klinis adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diteriam pasien berdasarkan standar pelayanan medis,keperawatan dan standar professional pemberi asuhan lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur pada kangka tertentu selama pasien dirawat dirumah sakit. Pada tahun 2023 dari target $\geq 85\%$ realisasi sebesar 100% dapat dilihat pada grafik 3.20 dibawah ini.

Grafik 3.20
Kepatuhan Terhadap Alur Klinis



Sumber : Instalasi rekam medis 2023

NO	INDIKATOR	KAMUS INDIKATOR	STANDAR	TARGET
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Menghitung Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di rekam medik dan di evaluasi 1. Ada 5 CP nilai 100 2. Ada 4 CP nilai 80 3. Ada 3 CP nilai 60 4. Ada 2 CP nilai 40 5. Ada 1 CP nilai 20 6. Tidak ada CP nilai 0	Ada 5 CP sudah diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di rekam medik dan di evaluasi	100

1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.

Kriteria Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup clinical pathway yang diukur

Kriteria Eksklusi :

1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan.
2. Pasien yang meninggal
3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.

25. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah tidak adanya kejadian pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dan sebagainya.

Grafik 3.21
Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Sumber : Instalasi rawat inap 2023

Dari grafik 3.21 terlihat dari target pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2023 sebesar 100% realisasi 100% sesuai target.

1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:

- a. Asesment awal risiko jatuh
- b. Assesment ulang risiko jatuh
- c. Intervensi pencegahan risiko jatuh

2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

26. Kecepatan Waktu Tanggap Pasien.

Kecepatan waktu tanggap pasien komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Dalam menanggapi keluhan pasien rumah sakit harus membuat pemetaan atau grading tingkat risiko serta melakukan analisis untuk tindak lanjut dari kemungkinan risiko yang akan diterima.

Grafik 3.22

Kecepatan Waktu Tanggap komplain



Sumber : Tim Kerja Hukum dan Humas 2023

Pada grafik 3.24 terlihat bahwa kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2023 dari target $\geq 80\%$ realisasi 100%. Dari hasil tersebut bisa dilihat bahwa pada tahun 2023 dari semua komplain yang diterima rumah sakit dari pasien semua complain/keluhan pasien sudah ditanggapi dengan baik oleh rumah sakit.

1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.
2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:
 - a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.
Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
 - b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.
Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain
 - c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.
Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

27. Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan

Penelitian yang diimplementasikan adalah penelitian yang telah dilakukan oleh pegawai PMN RS Mata Cicendo yang mampu memberikan pengaruh positif pada peningkatan kepuasan pasien atau peningkatan pelayanan.

Grafik 3.23

Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2023

Berdasarkan Grafik 3.23 jumlah penelitian yang implementasikan dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2023 telah mencapai target dengan capaian

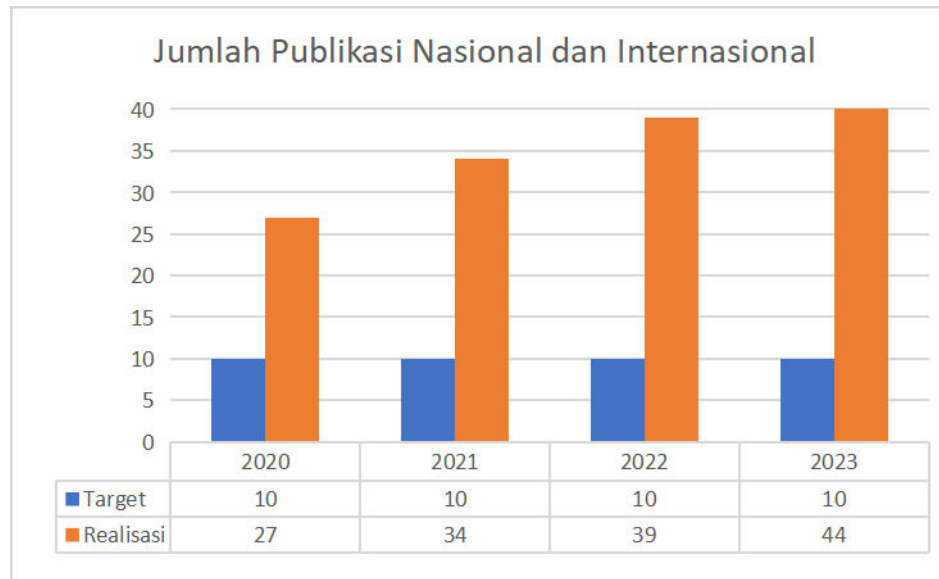
2. Adapun penelitian yang di implementasikan di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo pada tahun 2023 adalah 2 penelitian dengan judul seperti berikut ini:

- a) *Tingkat Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Tajam Penglihatan Menggunakan Vision Wall Chart dengan Proyektor Shin Nippon CP-500*
- b) *Inovasi Hospital Maps: Improving Patients Satisfaction*

28. Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional

Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional adalah Jumlah publikasi ilmiah yang masuk Jurnal Nasional dan Internasional.

Grafik 3.24
Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 - 2023



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2023

Berdasarkan Grafik 3.24 terlihat jumlah penelitian yang dipublikasi baik nasional maupun internasional pada kurun waktu tahun 2020 sampai 2023 telah mencapai target dan selalu mengalami kenaikan capaian.

Kegiatan penelitian yang dipublikasikan tahun 2020 sampai dengan tahun 2023 terjadi kenaikan yg cukup tinggi pada tahun 2020 mencapai 27 penelitian, di tahun 2021 mengalami kenaikan menjadi 34 penelitian dan pada tahun 2022 mengalami kenaikan yang signifikan menjadi 39 penelitian dan terakhir pada tahun 2023 mencapai 44 Penelitian, hal ini dikarenakan program yang dilaksanakan oleh penanggungjawab kegiatan

seperti perbaikan sistem pencatatan dan tabulasi hasil penelitian yang lebih tertib dan baik sehingga mudah dikontrol dan adanya Jurnal Oftalmologi di RS Mata Cicendo serta adanya reward bagi pegawai atau unit yang akan melakukan penelitian. Adapun judul penelitian yang dipublikasikan terlihat di bawah ini :

1. *Management of Vision Wall Chart Development*
2. *Expressions of Progesterone Receptor of Orbital Meningiomas in Indonesia*
3. *Accuracy of the SRK/T Formula in Pediatric Cataract Surgery*
4. *Effectiveness of Voriconazole in Treating Fungal Keratitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*
5. *Subfoveal Choroidal and Macular Thicknes Assessed with Optical Coherence Tomography in Indonesia Subjects with Type 2 Diabetes : A Cross- Sectional Study*
6. *Correspondence of Meningioma Orbital Grading and Clinicopathological Features among Indonesian Patients*
7. *Bilateral keratoconus hydrops in a patient with Down Syndrome: a case report*
8. *Tekanan Intra Okular Post Peribulbar Blok 5 Menit dan 10 Menit Pada Pasien Vitrektomy Di PMN RS Mata Cicendo Bandung*
9. *Clinical Characteristics and Managements of Primary Open-Angle Glaucoma Patients at National Eye Center, Cicendo Eye Hospital, Bandung, Indonesia*
10. *Impact of First Eye Cataract Surgery on Quality of Life*
11. *Simblefaron pada Pasien SJS Pasca Vaksinasi Covid-19: A Nursing Case Study*
12. *Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Operatif Degenerasi Kornea Nodular Salzmann*
13. *Review 5 Tahun Karakteristik Klinis Pasien IOFB di PMN RS Mata Cicendo*
14. *Circulating Biomarkers to Predict Diabetic Retinopathy in Patients with Diabetic Kidney Disease*
15. *Hubungan Asupan Serat, Advanced Glycation End Products (AGEs) dan Aktivitas Fisik dengan Kadar HbA1 Pasien Retinopati Diabetik di Rawat Jalan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung*

16. *Vision rehabilitation using microperimetric biofeedback training in age-related macular degeneration*
17. *Hospital Maps: Meningkatkan Kepuasan Pasien*
18. *Risk factors of immature retina on the first screening for retinopathy of prematurity*
19. *Successful Use of Low-Dose Combination Propofol and Fentanyl in Cataract Surgery Phacoemulsification*
20. *Unilateral Indirect Traumatic Optic Neuropathy Presented with Optic Disc Swelling: A Case Report*
21. *The Factors Associated With Performance Among Infection Prevention and Control Linked Nurse During Covid-19 Pandemic*
22. *Photo Activated Chromophore for Keratitis-Corneal Cross-Linking as Adjuvant Treatment for Bacterial and Fungal Corneal Ulcer*
23. *Visual Improvement Following the Removal of Chronic Orbital Cavernous Hemangioma*
24. *Management of Secondary Angle-Closure Glaucoma in Anterior Segment Dysgenesis and Anterior Microphthalmos Patient*
25. *Keberhasilan Operasi Trabekulektomi pada Glaukoma Sudut Terbuka Primer Periode 2019 – 2021*
26. *Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pasien Glaukoma di PMN RS Mata Cicendo terhadap Penyakit Glaukoma*
27. *Karakteristik Penderita Kelainan Refraksi dan Presbiopia yang Terjaring Program Pemeriksaan Mata Berbasis Komunitas*
28. *Gambaran Kepatuhan Berobat Pasien Retinopati Diabetik di PMN RS Mata Cicendo 2021 – 2022*
29. *Use of Dichlorodimethylsilane to Produce Polydimethylsiloxane as a Substitute for Vitreous Humour: Characteristics and In Vitro Toxicity*
30. *Carotid cavernous fistula (CGF) with coil embolization in interventional radiology: A case report*
31. *Effects of SGLT₂ inhibitor administration on blood glucose level and body weight in type 1 diabetes rat model*
32. *Correlation of Individual Perceptions with Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN) Performance During the Covid-19 Pandemic at Cicendo Eye Hospital*
33. *Analisis Kualitas Hidup Jemaah Haji Lanjut Usia Kloter X Tahun 2023/1444 H*
34. *Sclerotherapy in orbital lymphangioma: A case report*
35. *Audiovisual media effectiveness in post-cataract surgery care education in National Eye Center Cicendo Hospital*
36. *Nanophthalmos with angle closure glaucoma, a challenging case*

- 37. Identifikasi Bakteri Asam Laktat pada Fermentasi *Symbiotic Culture of Bacteria and Yeast* (SCOBY) dengan The Putih dan Gula Merah
- 38. *A case of children with primary intratesticular rhabdomyosarcoma*
- 39. *The soluble suppression of tumorigenicity 2 as a biomarker of early cardiac remodeling in bradycardia patients receiving permanent pacemaker therapy*
- 40. Perbandingan Turnaround Time antara Verifikasi Manual dan Verifikasi Otomatis terhadap Hasil Pemeriksaan Profil Lipid
- 41. *Outcome Comparison of Laser-Assisted In Situ Keratomileusis in Various Degree of Myopia*
- 42. Karakteristik Pasien dan Luaran Femto LASIK di PMN RS Mata Cicendo
- 43. Trauma Kimia Mata yang Disebabkan Potassium Permanganat (KMnO₄)
- 44. Karakteristik Pasien Diabetes Mellitus yang Mengikuti Program Skrining Retinopati Diabetik Berbasis Komunitas di Kota Bandung oleh Rumah Sakit Mata Cicendo pada Tahun 2022

29. Hasil Penelitian yang dipatenkan / Mendapat Hak Cipta

Produk dari hasil penelitian yang dilakukan di PMN RS Mata Cicendo yang masuk kriteria dapat dipatenkan dan terdaftar dalam produk paten/mendapat hak cipta

Grafik 3.25

**Hasil Penelitian Yang Dipatenkan / Mendapat Hak Cipta
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020-2023**



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2023

Berdasarkan Grafik 3.25 hasil Penelitian yang dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta adalah Produk dari hasil penelitian yang dilakukan di PMN RS Mata Cicendo yang masuk kriteria dapat dipatenkan dan terdaftar dalam produk paten/mendapat hak cipta. Tahun 2023 RS Mata Cicendo telah mendapat paten atau hak cipta terhadap 21 hasil penelitian.

Penelitian yang telah mendapatkan hak paten adalah sebagai berikut:

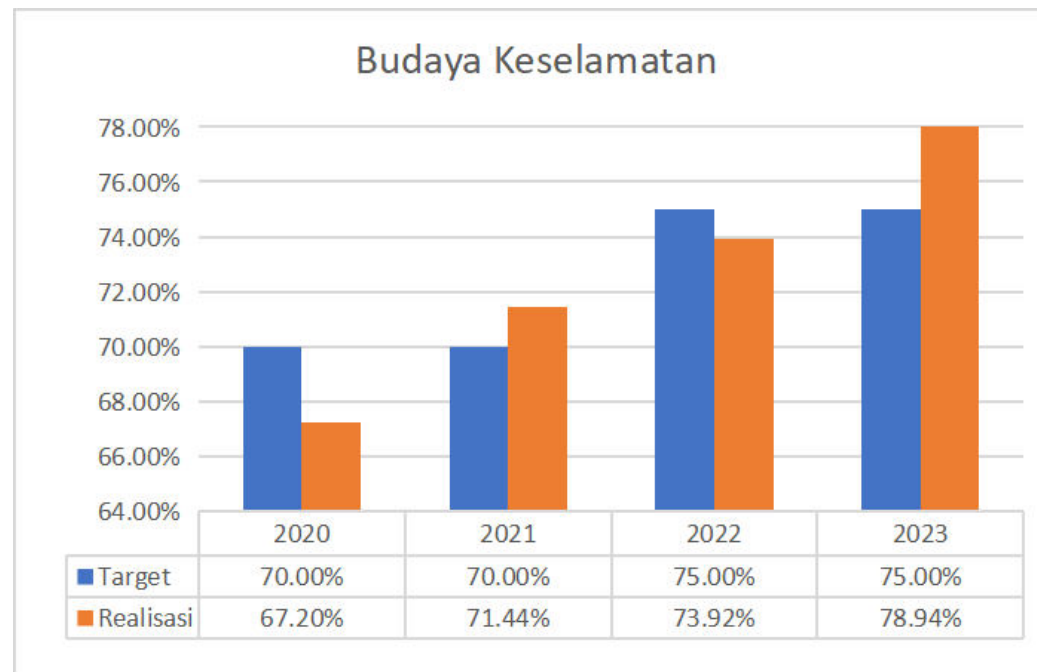
- a. *Interesting case-Masking Color visions Blindness Januari 2023* dengan nama *Dr.dr.Antonia Kartika, SpM(K)., M.Kes* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- b. *The Unseen Disability Hereditary Color Vision Blindness Januari 2023* dengan nama *dr.Rusti Hanindya Sari, SpM(K)* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- c. *Beware Of Acquired Color Vision Blindness Januari 2023* dengan nama *dr.Dianita Veulina Ginting, SpM* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- d. *Basic Color Vision and Examination Januari 2023* dengan nama *dr. Prettylla Yollamanda, SpM* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- e. Modul Kurikulum Pelatihan Mata Dasar bagi Perawat Februari 2023 dengan nama *Dewanti Widya Astari,dkk* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- f. Modul Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 1 bagi Perawat Maret 2023 dengan nama *Dewanti Widya Astari,dkk* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- g. Modul Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 2 bagi Perawat Maret 2023 dengan nama *Dewanti Widya Astari,dkk* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- h. Aplikasi Elektronik Komplain (e-Komplain) Maret 2023 dengan nama *Yudhianti Hernani, ST., MKM* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- i. Kurikulum Pelatihan Refraksi Optisi April 2023 dengan nama *Dwi Sekar Laras, dkk* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- j. Endofalmitis April 2023 dengan nama *Dewanti Widya Astari, S.Kep,NS, M.Kep* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- k. Sekolah-ku Cicendo UPI Mei 2023 dengan nama *Anne Susanty, dkk* dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung

- l. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 3 Diagnostik bagi Perawat Mei 2023 dengan nama Dewanti Widya Astari dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- m. Kurikulum Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar bedah bagi Perawat Mei 2023 dengan nama Dewanti Widya Astari dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- n. Bantuan Hidup Dasar Agustus 2023 dengan nama Dian Irawati dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- o. Kurikulum Mahir 3 Refraksi Bagi Perawat Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Agustus 2023 dengan nam Dewanti Widya Astari dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- p. Intervensi Dini Anak dengan Gangguan Penglihatan dan Disabilitas Ganda Oktober 2023 dengan nama Karmelita Satari, dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- q. Video Edukasi Masyarakat: Leukocoria (Pupil Putih) Oktober 2023 dengan nama Mayasari Wahyu Kuntorini, dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- r. Methanol Toxic Optic Neuropathy Study Oktober 2023 dengan nama Dr. dr. Antonia Kartika, SpM(K), M.Kes dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- s. Panduan Praktik Lapangan Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar Bedah Rumah Sakit Bagi Perawat (Panduan Untuk Peserta Pelatihan) November 2023 atas nama Melan Nurhayati, dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- t. Panduan Praktik Lapangan Pelatihan Mata Mahir 3 Kamar Bedah Rumah Sakit Bagi Perawat (Panduan Untuk CI / Fasilitator) November 2023 atas nama Melan Nurhayati, dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
- u. Kumpulan Kasus Neuritis Optik Pada Anak Desember 2023 atas nama Antonia Kartika, dkk dan pemegang Hak Cipta Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

30. Presentase Budaya Keselamatan

Rata-rata presentase hasil positif dari seluruh pertanyaan / pernyataan dalam Kuesioner Budaya Keselamatan dibagi total jumlah pertanyaan / pernyataan.

Grafik 3.26
Persentase Budaya Keselamatan
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020-2023



Sumber : Komite Mutu RS 2020 – 2023

Berdasarkan Grafik 3.26 terlihat persentase Budaya Kerja tahun 2020 belum mencapai target tahun 2021 mencapai target dan pada tahun 2022 belum mencapai target, dan ditahun 2023 Budaya kerja mencapai Realisasi untuk target tahun 2023 sebesar 75% dengan capaian sebesar 78.94%.

Nilai budaya keselamatan pasien pada PMNRS Mata Cicendo 2021 sebesar (71,44%) belum melampaui target capaian tahun 2022(<75%) dan mengalami peningkatan dari tahun 2020 (67,20%). Capaian ini sesuai dengan interpretasi "mendukung budaya keselamatan" (50-75%), namun demikian belum mencapai interpretasi "sangat mendukung budaya keselamatan" (>75%). Belum tercapainya target di tahun 2022 Sehingga perlu dilakukan upaya peningkatan Budaya Kerja dengan sosialisasi kepada Karyawan RS Mata Cicendo Bandung.

Pada tahun 2023 dilakukan berbagai macam perubahan untuk mencapai target , Berdasarkan perseptif pemberi pelayanan, maka budaya keselamatan pasien sudah diupayakan secara individu maupun unit yang memberikan pelayanan langsung, namun masih perlu ditingkatkan untuk mencapai hasil "Sangat Baik". Peran manajer/pimpinan pada masing-masing unit sudah sejalan dengan budaya keselamatan pasien, hal ini ditunjukkan dengan rerata hasil positif yang dicapai 78,94%. Lingkungan kerja dalam mendukung budaya keselamatan sudah cukup baik, hal ini juga didukung dengan komitmen pimpinan untuk terus meningkatkan pemahaman dalam penerapan budaya keselamatan.

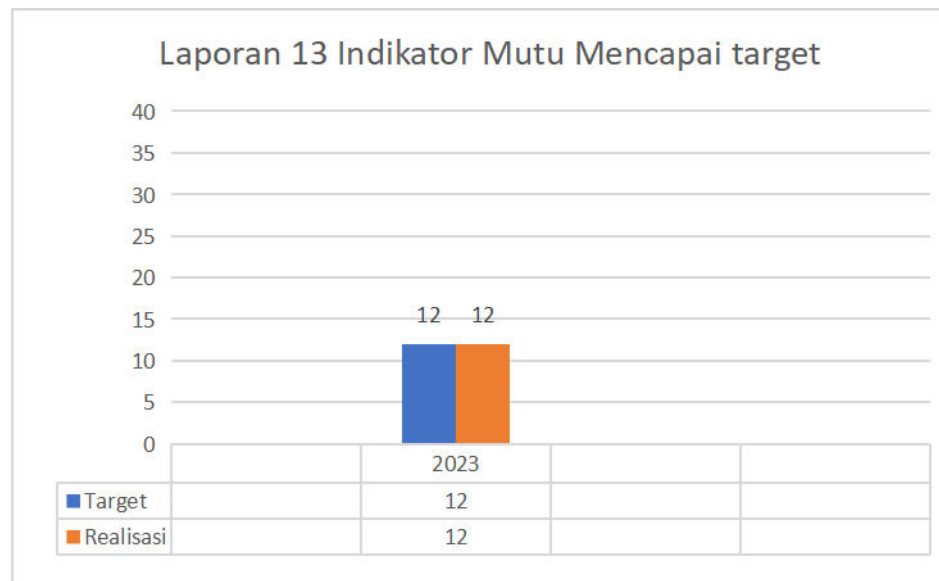
Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan presentase budaya keselamatan:

- a. Perlu penambahan frekuensi sosialisasi penerapan budaya keselamatan pasien kepada unit-unit.
- b. Fokus perbaikan harus ditujukan pada kerjasama antar unit pada saat perpindahan pasien dan sesama unit pada saat pertukaran *shift* jaga.
- c. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang di setiap lini baik secara horizontal maupun vertikal sehingga pimpinan PMN RS Mata Cicendo dapat meyakini bahwa setiap individu sudah memahami dan mampu melaksanakan prinsip-prinsip budaya keselamatan.

31. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator.

Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target Indikator Nasional Mutu yang ditetapkan.

Grafik 3.27
Laporan 13 Indikator Mutu Mencapai Target



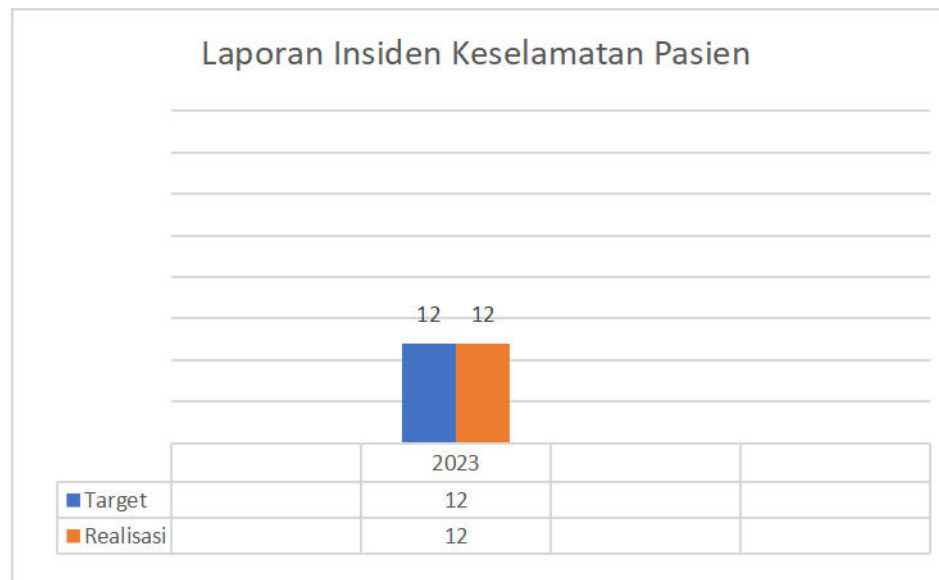
Sumber : Komite Mutu RS 2023

Pada Grafik 3.27 terlihat bahwa target pengukuran 13 indikator nasional mutu tahun 2023 sebanyak 12 laporan dengan realisasi 12 laporan, dari realisasi terlihat bahwa setiap bulan komite mutu rumah sakit membuat laporan pengukuran 13 indikator sesuai dengan target masing-masing indikator.

32. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil. Jumlah pelaporan indeks keselamatan pasien sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan dalam 1(satu) tahun

Grafik 3.28
Laporan Insiden Keselamatan Pasien



Sumber: Komite PPI, Tahun 2023

Pada tahun 2023 target laporan insiden keselamatan pasien dengan sentinel nol sebanyak 12 laporan dengan realisasi 12 laporan seperti dilihat di grafik 3.30 atau setiap bulan telah dibuat laporan tentang insiden keselamatan pasien dengan kejadian sentinel nol.

33. Jumlah Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri.

Tabel 3.15

**Capaian Jumlah Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri
Tahun 2023**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	7

Yang dimaksud tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus ke luar negeri adalah terdiri dari dokter spesialis mata, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis patologi klinik, spesialis patologi anatomi, spesialis anastesi. Tenaga medik dokter spesialis yang telah mengikutipendidikan/pelatihan/kursus luar negeri diukur dengan jumlah tenaga medik dokter spesialis yang telah mengikutinya.

Adapun jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri adalah:

1. Short Term Observership Medical Retina, LV Prasad Eye Institute India an dr.Grimaldi Ihsan, SpM(K) Tanggal 1 Januari-31 Maret 2023 (1 Orang)
2. pelatihan di Universitatsinedizin Essen, Jerman Tangga 1-31 Juli 2023 an. Dr Primawita O. Amirrudin, SpM(K), M. Kes dan dr. Anne Susanty, Sp.A(K), M.Kes (2 Orang)
3. Short Course of USA's Residency Specialist Program ini USA 28 Juli- 8 Agustus 2023 an. Dr.dr Antonia Kartika I, SpM(K), M.Kes (1 orang)
4. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership Tanggal 13- 17 November 2023 an. dr. Patriotika Muslima, SpM dan dr. Joan Sherlone T Hutabarat, SpM (2 Orang)
5. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership Tanggal 17-23 Desember 2023 an. Dr. Ludwig Melino Tjokrovonco, SpM (1 Orang)

34. Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri.

Tabel 3.16

Capaian Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri Tahun 2023

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri	1	2

Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan dan nakes lainnya adalah terdiri dari perawat refraksi optisi, analis kesehatan, nutrisionis, sanitarian, radiografer, elektromedis, perekam medis, penata anastesi. Tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus ke luar negeri diukur dengan jumlah tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang telah mengikutinya.

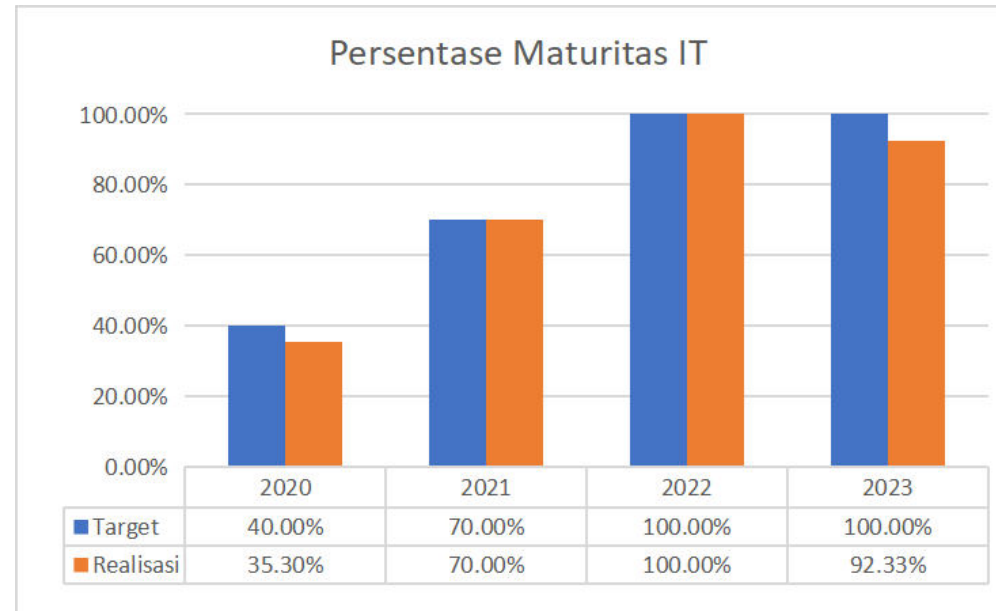
Jumlah tenaga Kesehatan dan non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri tahun 2023 sudah melebihi target yang telah ditetapkan 1 orang dengan capaian pada tahun 2023 yaitu 2 orang.

Adapun jumlah tenaga Kesehatan dan non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri adalah:

1. Scientific Site-Visite and Handson Workshop SS-OCT Singapore tanggal 13-15 Juli 2023 Angga Brata Nazari, S.Kep, Ners
2. Singapore National Eye Center (SNEC) Observership Tanggal 13-17 November 2023 Sari Nurrita, AMK

35. Persentase Maturitas IT

Grafik 3.29
Persentase Maturitas IT
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020–2023



Sumber: Instalasi SIMRS, Tahun 2020- 2023

Berdasarkan Grafik 3.29 capaian persentase maturitas IT tahun 2020 terjadi penurunan capaian sebesar 35.30% , pada tahun 2021 dan tahun 2022 telah mencapai target dengan capaian tahun 2021 sebesar 70% dan pada tahun 2022 sebesar 100% yang ditetapkan sesuai dengan target. Namun ditahun di 2023 mengalami penurunan dari target 100% Realisasinya 92.33%.

Tingkat Maturitas IT Adalah sistem manajemen yang terintegrasi antara seluruh unit yang ada di RS Mata Cicendo hingga mencapai keamanan/kemandirian yang berbasis komputer dan perangkat IT lainnya. Tahap kemandirian IT khususnya penyempurnaan sistem supaya lebih terintegrasi dengan seluruh unit telah memperhatikan masterplan IT.

Adapun rinciannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.17
Capaian Hasil Maturitas IT

No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2023	Capaian 2023	% Capaian
1	Presentase Maturitas IT	Presentase	100%	100,00%	100,00%
2	Level IT Terintegrasi	Siloed	Advanced	Advanced	Advanced
3	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Presentase	100%	104,00%	104,00%
4	Penyelenggaraan Rekam Meis Elektronik (RME)	Presentase	100%	100,00%	100,00%
5	Presentase Troubleshooting di Hari Yang Sama	Presentase	95%	98,15%	98,15%
6	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	Jumlah	1	1	100,00%

Sumber: Instalasi SIMRS 2023

Analisis :

a. Presentase Maturitas IT

Tercapainya target kinerja memenuhi standar Maturitas IT mendukung indicator kerja RS. Hal penting dari penilaian maturitas ini, masih perlu ditingkatkan definisi maturitas dan penilaian secara kualitas, tidak hanya tersediannya proses.

b. Level IT Terintegrasi

Pemenuhan target ini sesuai dengan definisi operasional yang memang telah ditentukan. Seperti halnya maturitas IT, kualitas level IT terintegrasi perlu tetap dilakukan pengembangan, dengan memperhatikan metode penilaiannya. Secara standar, telah tercapai target kinerja yang ditentukan.

c. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)

Implementasi Aplikasi BIOS merupakan standar kerja/ aktivitas yang ditentukan kementrian keuangan terhadap penyelenggaraan BLU. Dukungan IT diperlukan karena tuntutan penilaian kinerja RS oleh Kemkeu terhadap performa BLU secara umum. Pengembangan dan implementasi BIOS memerlukan koordinasi berbagai pihak untuk keberhasilan pemenuhan target kinerja nya.

d. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

Setelah sekian lama dimulai implementasi RME, masih banyak masukan terhadap implementasi RME, menunjukkan proses pengembangan RME ini merupakan proses yang dinamis. Menjadi catatan bahwa platform RME ini belum dilakukan rencana peremajaan terhadap semua proses pengembangan tahap 1. Seperti rencana jangka panjang diawal pengembangannya, tahap 1 adalah mendigitalisasi RM fisik menjadi elektronik. Tahap berikutnya melakukan efisiensi, efektifitas dan peningkatan performa dan kualitas layanan RME

e. Presentase Troubleshooting di Hari Yang Sama

Target ini pada tahun ini lebih ditujukan untuk meyakinkan customer layanan, bahwa penyelenggaraan sistem informasi di RS Mata Cicendo akuntabel dan menjamin para stakeholder pengguna dapat memanfaatkan sistem informasi dengan nyaman.

f. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital

Target ini pada tahun ini bertujuan dalam kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan dapat langsung disampaikan.

36. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital

Integrasi Sistem Informasi adalah suatu proses teknik menggabungkan berbagai komponen atau subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar. Sistem terintegrasi akan menggabungkan komponen sub-sub sistem ke dalam satu sistem dan menjamin fungsi-fungsi dari sub sistem tersebut sebagai satu kesatuan sistem.

Data Surveilans yang dibutuhkan bersumber dari Laboratory Information System (LIS) yang diintegrasikan dengan aplikasi surveilans Kementerian Kesehatan.

Tabel 3.18
Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Terselenggaranya Integrasi system Informasi Surveilans Berbasis Digital	1	1

37. Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan

Implementasi rekam medis elektronik pada seluruh layanan adalah persentase rumah sakit vertikal yang melaksanakan rekam medis elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Tabel 3.19
Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan	100%	100%

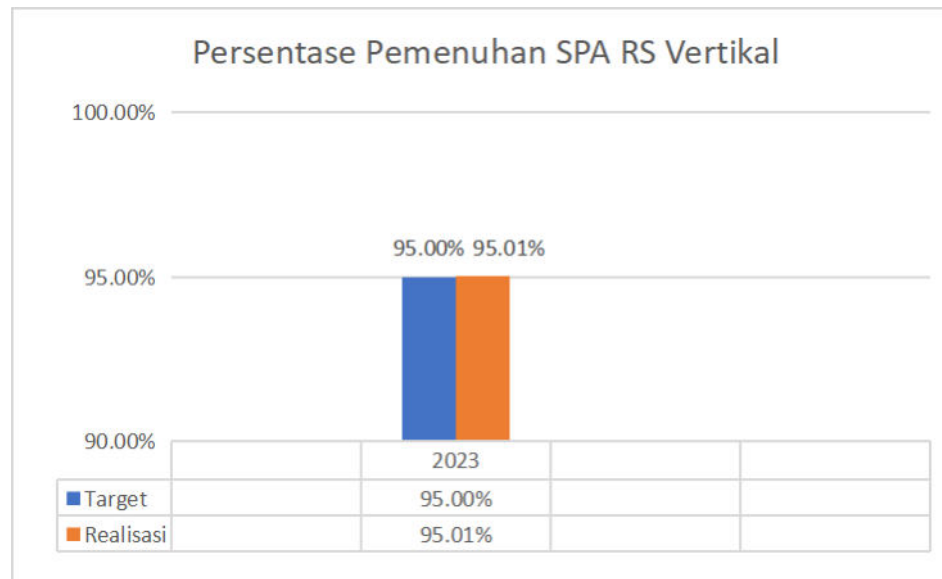
Pada tabel 3.18 terlihat pada tahun 2023 target implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan 100% dan realisasi 100%, Pada tahun 2023 seluruh layanan yang ada dirumah sakit sudah terintegrasi dengan layanan rekam medis elektronik.

38. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

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, menjadi bagian yang tidak bisa dipisahkan sebagai rumah sakit vertikal dibawah kementerian kesehatan. Formula perhitungannya bisa dilihat dibawah ini:

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 ($\text{Persentase SPA} + \text{Persentase Kalibrasi}$)/2

Grafik 3.30
Persentase Pemenuhan SPA RS Vertikal



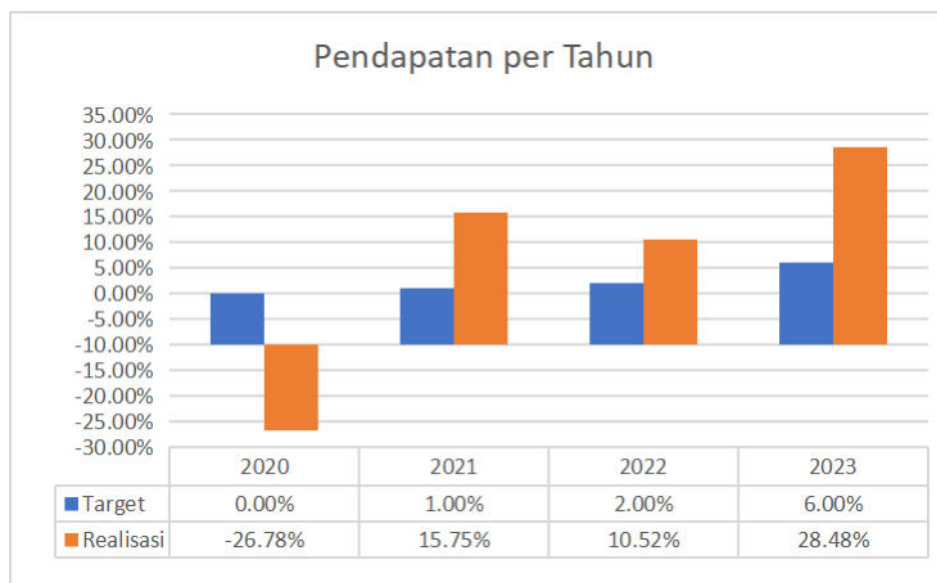
Sumber: Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga, Tahun 2023

Pada grafik 3.30 target realisasi pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit tahun 2023 dengan target 95% realisasi 95.01%.

39. Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal RS Mata Cicendo selama suatu periode jika arus kas tersebut mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi rupiah murni. Ruang lingkup pendapatan meliputi transaksi penjualan barang, penjualan jasa dan penggunaan aset RS oleh pihak lain. Prosentase peningkatan pendapatan per tahun adalah besaran perubahan/kenaikan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang dinyatakan dalam persen.

Grafik 3.31
Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun
Tahun 2020 – 2023



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2023

Berdasarkan Grafik 3.31 terlihat capaian Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun pada tahun 2020 sebesar – 26,78% tidak mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 0%, dan pada tahun 2021 dan tahun 2022 telah melebihi target yang telah ditetapkan pada tahun 2021 capaiannya sebesar 15,75% dengan target sebesar 10% dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 10,52% dengan target sebesar 2%.

Pada tahun 2020 tidak mencapai target disebabkan karena adanya perubahan Target capaian yang semula targetnya 2 menjadi 0 dikarenakan Pandemi Covid-19 yang pasti akan berpengaruh sekali terhadap pendapatan rumah sakit.

Ketidak tercapaian indikator ini lebih dikarenakan formula perhitungan pendapatan yang dibandingkan dengan pendapatan tahun lalu dimana pendapatan tahun lalu masih cukup tinggi dikarenakan tahun lalu belum terpengaruh oleh adanya Pandemi Covid-19, sedangkan pendapatan tahun ini terkoreksi dikarenakan adanya pembatasan pelayanan dan menurunnya jumlah angka pelayanan di RS Mata Cicendo Bandung, dan pada tahun 2021 dan tahun 2022 targetnya tercapai disebabkan karena pendapatan pertahunnya sudah mulai meningkat karena sudah ada peningkatan jumlah kunjungan pasien ke Rumah Sakit. Pada Tahun 2023 dengan target kenaikan pendapatan sebesar 6% atau senilai Rp. 204,677,655,000 mengalami peningkatan sebesar 28.84% atau senilai Rp. 233.610.470.781,-

40. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Pada Tahun 2023 terjadi kenaikan Persentase Realisasi target pendapatan BLU dari target 95% menjadi 108,49% Realisasinya.

Untuk mendapatkan Formula perhitungan Realisasi pendapatan BLU dapat dipergunakan Rumus sebagai berikut :

Realisasi Pendapatan BLU x 100%

Estimasi Pendapatan BLU

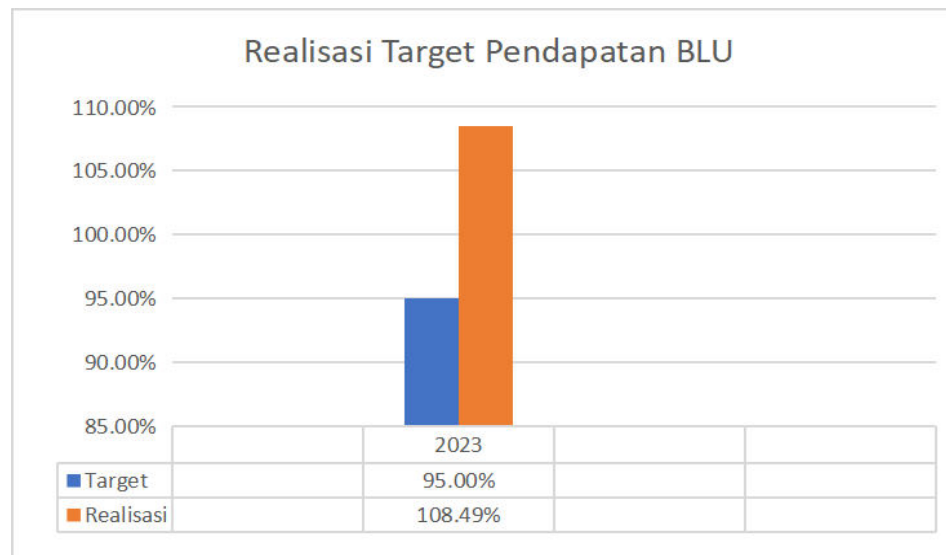
Pendapatan BLU = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya.

222.058.053.443 x 100%

204.667.656.000

= 108,49%

Grafik 3.32
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 2023



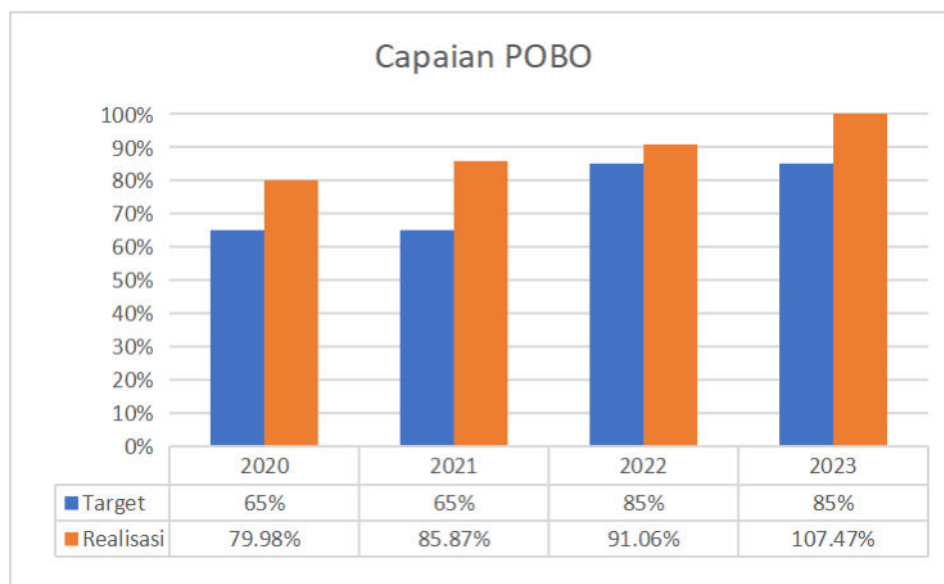
Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2023

41. POBO

Pendapatan PNBPN merupakan Pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang dan

sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan Pendapatan PNBPN BLU tidak termasuk biaya penyusutan. Adapun capaian POBO untuk tahun 2020 dan 2023 adalah:

Grafik 3.33
Capaian POBO
Tahun 2020 - 2023



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2023

Berdasarkan Grafik 3.33 terlihat capaian Persentase POBO pada tahun 2020 sampai dengan tahun 2023 dapat melebihi target , capaian pertahun cenderung selalu meningkat, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 79,98% dengan target sebesar 65%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 85,87% dengan target sebesar 65% pada tahun 2022 capaiannya menjadi sebesar 91,06% dengan target sebesar 85%, Dan pada tahun 2023 capaiannya menjadi sebesar 107.47% dengan target 85%.

Capaian POBO ditahun 2020 sampai dengan tahun 2023, walaupun memiliki tantangan tersendiri dikarenakan masih adanya pandemi covid 19 yang menyebabkan terkoreksinya target pendapatan dan layanan, tetapi dengan berbagai upaya seperti efisiensi belanja dan prioritas pembelanjaan sehingga belanja operasional menjadi lebih efektif.

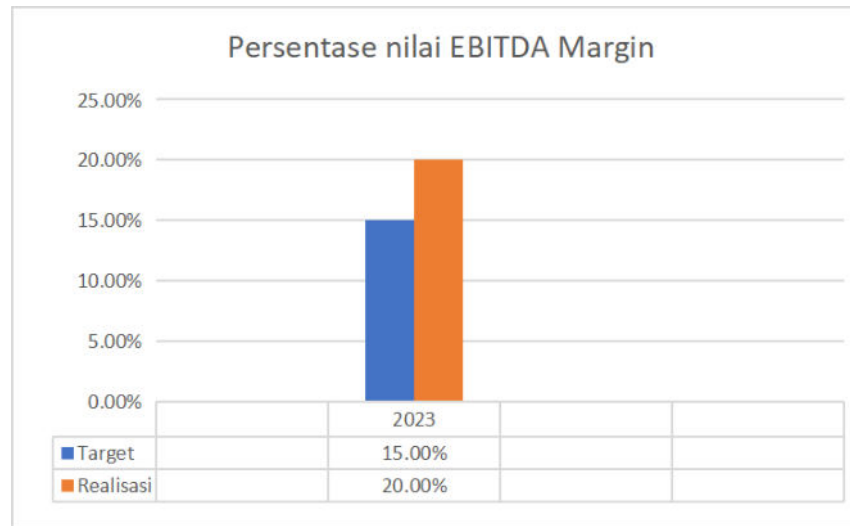
42. Persentase nilai EBITDA Margin

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. Yang dihasilkan. Pada Tahun 2023 Ebitda Margin mengalami peningkatan dari target 15% realisasi sebesar 20%.

$$\frac{\text{Ebitda}}{\text{Jumlah Pendapatan}} \times 100\%$$

$$\begin{aligned} & \frac{43.700.846.226}{220.298.986.730} \times 100\% \\ & = 20\% \end{aligned}$$

Grafik 3.34
Capaian Ebitda Margin
Tahun 2023

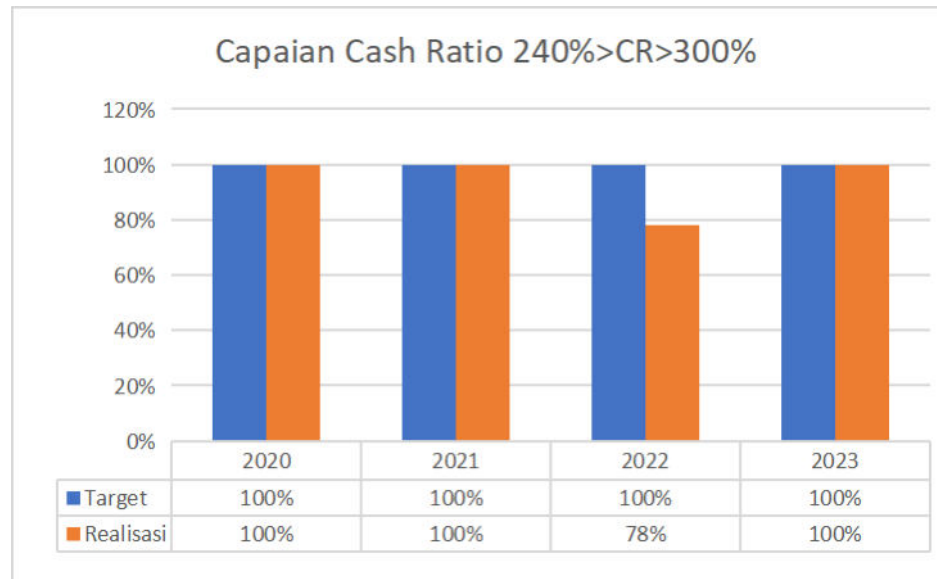


Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2023

43. Cash Ratio 240%>CR>300%

Cash Ratio merupakan nilai yang menunjukkan rasio antara jumlah kas dan setara kas dibandingkan dengan kewajiban jangka pendek. Hasil perhitungan cash ratio tahun 2021 sebesar 100% sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 100%.

Grafik 3.35
Capaian Cash Ratio 240%>CR>300%
Tahun 2020 - 2023



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2023

Berdasarkan Grafik 3.35 terlihat capaian Cash Ratio pada tahun 2020 dan tahun 2021 sudah mencapai target, pada tahun 2020 dan tahun 2021 capaiannya sebesar 100% dengan target sebesar 100% dan pada tahun 2022 tidak dapat mencapai target, capaiannya sebesar 78% dengan target sebesar 100%, Dan pada tahun 2023 Cash Ratio juga mencapai target dengan capaian 100% dari target 100%

Kas dan setara kas Tahun 2023 RS Mata Cicendo masih dapat terjaga dengan baik sehingga dapat menutup kewajiban jangka pendek. Berdasarkan Cash Ratio pada tahun 2023 sebesar 259,74% hal tersebut dinilai kurang optimal, karena kas dan setara kas menjadi tidak produktif dan seharusnya dapat lebih dioptimalkan lagi menjadi pendapatan dengan cara menambah nilai deposito (melalui kajian terlebih dahulu untuk menentukan nilai kas yang akan didepositokan) dan melakukan pengendalian belanja.

44. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dari target 2023 sebesar 97% realisasi sebesar 91.72% atau tidak tercapai dikarenakan adanya penggabungan BKMM Cikampek dengan RSMC dimana akun belanja pegawai banyak tidak terealisasi.

Untuk mendapatkan Formula perhitungan Realisasi Anggaran Rupiah Murni dapat dipergunakan Rumus sebagai berikut :

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni x 100%

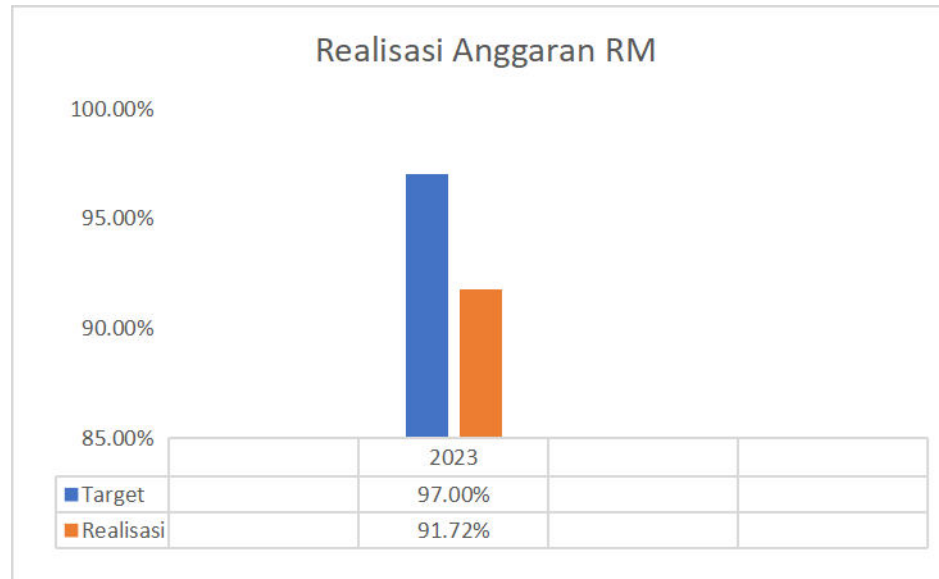
total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

47.222.067.558 x 100%

51.486.618.000

= 91,72%

Grafik 3.36
Realisasi Anggaran Rupiah Murni
Tahun 2023

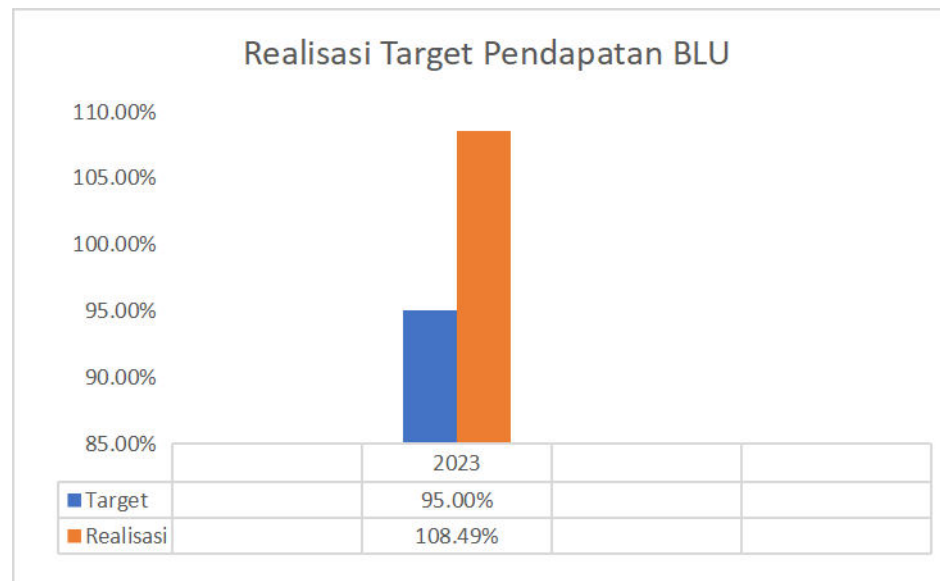


Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2023

45. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

Pada tahun 2023 realisasi penggunaan anggaran bersumber rupiah BLU dari target sebesar 95% realisasi sebesar 92.38%, target tidak tercapai dikarenakan ada anggaran seperti pembayaran remunerasi, biaya pemeliharaan, belanja jasa BLU dan lainnya yang belum bisa terealisasi. Dari total Anggaran BLU sebesar Rp. 210.035.423.000 (Dua ratus sepuluh milyar tiga puluh lima juta empat ratus dua puluh tiga ribu rupiah) realisasi sebesar Rp. 194.035.423.533 (Seratus Sembilan puluh empat milyar tiga puluh lima juta empat ratus dua puluh tiga ribu lima ratus tiga puluh tiga rupiah) atau sebesar 92.38%.

Grafik 3.37
Realisasi Anggaran BLU 2023

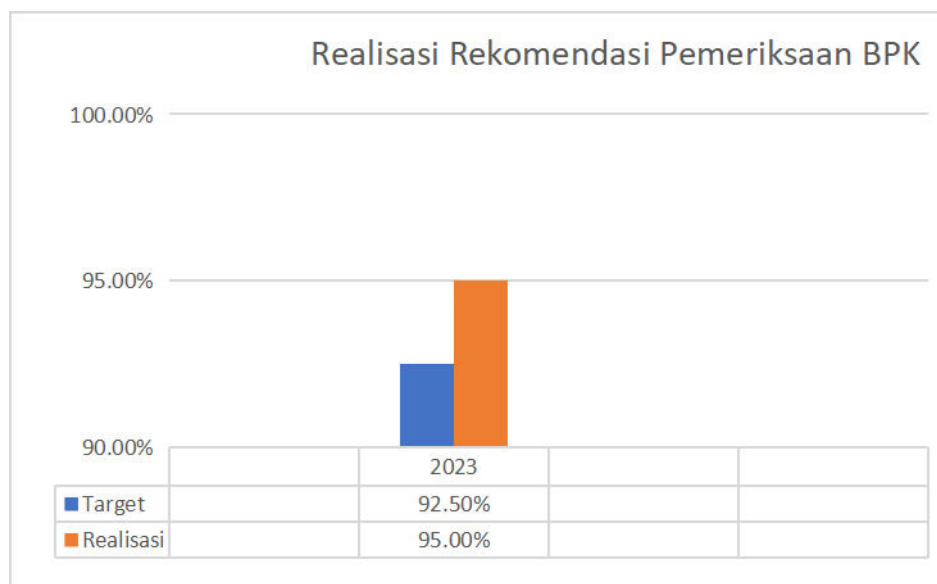


Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2023

46. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di Tindak Lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK. Pada tahun 2023 dari target rekomendasi BPK yang telah tuntas di tindak lanjuti target sebesar 92.50% realisasi sebesar 95% seperti terlihat di grafik 3.40. dibawah ini.

Grafik 3.38
Realisasi Rekomendasi Pemeriksaan BPK 2023



Sumber : SPI, 2023

Tabel 3.20
Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020, 2021, 2022 dan Tahun 2023

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja									
			2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
PERSPEKTIF PELANGGAN										
MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	80%	82,00%	80,50%	84,91%	85,00%	85,60%	87,00%	83,74%
	2	Persentase Kepuasan Pegawai	86%	85,00%	87,00%	87,09%	88,00%	90,26%	89,00%	90,75%
	3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	87,00%	91,00%	87,5%	91,7%	88,0%	93,18%	88,5%	92,2%
BISNIS PROSES INTERNAL										
MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	77%	74,10%	84,00%	89,53%	93,00%	94,95%	95,00%	95,10%
MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	2	3	2	3	2	3	1	2

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	56,76 menit	60 Menit	50,25 menit	60 Menit	49,14 menit	60 Menit	44,93 menit
	7	Pengembangan Layanan Unggulan : Low Vision Center	20%	10%	30%	30%	50%	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	93%	100%	100%
	8	Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE)	20%	13,41%	40%	24,50%	60%	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Inovasi Layanan	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	98%
	9	Pengembangan Inovasi Layanan Diabetic Integrated Eye Care	5%	1,70%	20%	13%	40%	n/a	n/a	n/a
		Cicendo Aesthetic Eye Clinic	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	n/a	n/a
		Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1	1
	10	Layanan Oftalmologi Komunitas	10%	10%	30%	30%	50	n/a	n/a	n/a
		Refractive Surgical & Laser Center	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	89%	n/a	n/a

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	10,00%	19,48%
	11	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	n/a	n/a	60,00%	100,00%	n/a	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Layanan : Pengembangan One Stop Service Low Vision	n/a	n/a	n/a	n/a	100,00%	92,00%	n/a	n/a
		Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	70,00%	75,96%
	12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	82,61%
	13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤ 3%	1,47%
	14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	80,71%
	15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	100%
	16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤ 1,2 %	0%

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1	1
	18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	97,84%
	19	Kepatuhan Penggunaan APD	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%
	20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%
	21	Waktu tunggu rawat jalan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	82,55%
	22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%
	23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	93,25%
	24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 85%	100%
	25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%
	26	Kecepatan waktu tanggap komplain	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	100%
MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	2	2	2	2	2	2
	28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	27	10	34	10	39	10	44

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	2	1	3	1	10	1	21
LEARN & GROWTH										
MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	70%	67,20%	70,00%	71,44%	75,00%	73,92%	75,00%	78,94%
	31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	12 Laporan	12 Laporan
	32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	12 Laporan	12 Laporan
MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	n/a	n/a	n/a	n/a	1	2	2	7
	34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	n/a	n/a	n/a	n/a	1	2	1	2

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	40%%	35,30%	70,00%	70,00%	100,00%	100,00%	100,00%	92,33%
	36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 Sistem	1
	37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%
MENINGKATKAN KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	95,01%
FINANCIAL										
MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	0%	-26,78%	1,00%	15,57%	2,00%	10,52%	6,00%	28,84%
	40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	108,49%
MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	65%	79,98%	65,00%	85,87%	85,00%	91,06%	85,00%	107,47%

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	42	Persentase nilai EBITDA Margin	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	15,00%	20,00%
MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
	44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	97,00%	91,72%
	45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	92,38%
	46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	92,50%	95%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.16 terlihat perbandingan realisasi indikator kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023 sebagai berikut:

1. Karena perbedaan periode RSB 2020 (RSB 2020-2024), maka terdapat perbedaan indikator dalam setiap periode, sehingga irisan indikator yang sama akan dipilah untuk menghasilkan perbandingan yang setara. Setelah diambil indikator yang sama antar 2 periode tersebut didapat 20 indikator yang sama. Secara keseluruhan Capaian Indikator dari tahun 2020-2023 terjadi fluktuatif capaian, dimana pada tahun 2021 terjadi peningkatan capaian, namun di 2022 terjadi penurunan capaian dan pada tahun 2023 terjadi peningkatan capaian. Tahun 2020 dari 21 indikator hanya tercapai

13 indikator atau 62% capaian, tahun 2021 terjadi peningkatan capaian dari 21 Indikator tercapai 19 indikator atau 90,5% capaian, tahun 2022 terjadi penurunan capaian dari 21 indikator tercapai 16 indikator atau 76,2% capaian dan pada tahun 2023 terjadi peningkatan capaian dari 46 indikator tercapai 41 indikator atau 89,13% capaian.

2. Pada Indikator Presentase Kepuasan Pasien pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 82% dengan target sebesar 80%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 84,91% dengan target sebesar 80,50% dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 85,60% dengan target sebesar 85% . Namun pada tahun 2023 tidak mencapai target capaiannya sebesar 83,74% dengan target sebesar 87%.
3. Pada Indikator Persentase Kepuasan Pegawai tahun 2020 dengan target 86% hanya terealisasi sebesar 85% hal ini disebabkan antara lain karena indikator pendapatan, atasan langsung kurang memberikan penghargaan terhadap keberhasilan karyawan dalam menyelesaikan tugas pekerjaan, dan kebijakan promosi yaitu kenaikan pangkat atau jabatan di PMN RS Mata Cicendo dinilai belum sesuai oleh karyawan, pada tahun 2021 sudah mencapai target capaiannya sebesar 87% dengan target sebesar 87%, pada tahun 2022 sudah melebihi target capaiannya sebesar 90,26% dengan target sebesar 88% dan pada tahun 2023 sudah melebihi target capaiannya sebesar 90,75% dengan target sebesar 89%.
4. Pada Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik pada tahun 2020 sampai dengan 2023 telah melebihi target dan selalu mengalami peningkatan, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 91% dengan target sebesar 87%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 91,70% dengan target sebesar 87,50%, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 93,18% dengan target sebesar 88% dan pada tahun 2023 capaiannya sebesar 92,2% dengan target sebesar 88,50%
5. Pada indikator Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan pada tahun 2020 belum mencapai target capaiannya sebesar 74,10% dengan target sebesar 77% hal ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang belum patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga terjadinya infeksi. Tetapi setelah dilakukan adalah sosialisasi pentingnya kebersihan tangan di setiap kesempatan, menginformasikan ke seluruh RS terkait hasil capaian kebersihan tangan, pemenuhan fasilitas kebersihan tangan, dan peningkatan kualitas hasil audit, di tahun 2021, 2022 dan 2023 capaian indikator ini telah tercapai.
6. Pada Indikator Pengampuan RS / Balai Kesehatan pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 sampai dengan 2022 capaiannya sebesar 3% dengan target sebesar 2%.

7. Pada Indikator Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi) telah melebihi target pada tahun 2023 capaiannya 2 dengan target 1.
8. Pada Indikator Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis, standar pelayanan Rumah Sakit waktu tunggu Rawat jalan tidak lebih dari 60 menit (Nomor:129/ Menkes/SK/II/2008), pada dasarnya waktu tunggu bersifat miniaize yang artinya apabila capaiannya lebih rendah dari target berarti lebih baik. Waktu tunggu Rawat Jalan pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah lebih kecil dari target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 56,76 menit dengan target sebesar 60 menit, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 50,25 menit dengan target sebesar 60 menit, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 49,14 menit dengan target sebesar 60 menit dan pada tahun 2023 capaiannya sebesar 44,93 menit dengan target sebesar 60 menit, berarti Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan setiap tahunnya lebih baik.
9. Pada Indikator Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan pada tahun 2020 sampai dengan 2023 telah mencapai target, pada tahun 2020 sampai dengan 2023 capaiannya sebesar 2 dengan target sebesar 2.
10. Pada Indikator Jumlah Publikasi Nasional/Internasional pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 27 dengan target sebesar 10, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 34 dengan target sebesar 10 dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 39 dengan target sebesar 10.
11. Pada Indikator Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 2 dengan target sebesar 1, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 3 dengan target sebesar 1 dan pada tahun 2022 capaiannya jauh lebih besar yaitu sebesar 10 dengan target sebesar 1.
12. Pada Indikator Persentase Budaya Keselamatan pada tahun 2021 telah melebihi target dengan capaian 71,44% dengan target sebesar 70 % dan pada tahun 2020 dan tahun 2022 belum mencapai target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 67,20% dengan target sebesar 70%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 73,925 dengan target sebesar 75 % ini disebabkan Awareness para pegawai dalam pengisian survei masih dirasakan kurang dikarenakan ada faktor-faktor seperti: pemahaman terhadap isi survei, ketakutan akan budaya blaming, dan anggapan bahwa keselamatan pasien belum menjadi prioritas utama. Adapun rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan presentase budaya keselamatan diantaranya perlu penambahan frekuensi sosialisasi penerapan budaya keselamatan pasien kepada unit-unit, fokus perbaikan harus ditujukan pada kerjasama antar unit pada saat perpindahan pasien dan sesama unit pada saat pertukaran shift jaga, monitoring dan evaluasi secara berjenjang

disetiap lini baik secara horizontal maupun vertical sehingga pimpinan PMN RS Mata Cicendo dapat meyakini bahwa setiap individu sudah memahami dan mampu melaksanakan prinsip-prinsip budaya keselamatan.

13. Pada Indikator Persentase Maturitas IT ketidaktercapaian target indikator terjadi di tahun 2020 dimana dari target 40% hanya tercapai 35,30%, ketidaktercapaian pada tahun 2020 disebabkan oleh karena belum tercapainya implementasi EMR dan PACS serta belum tercapainya target Plan & Design Business Intelligent. Tahun 2021 dan 2022 telah mencapai target, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 70% dengan target sebesar 70% dan pada tahun 2020 capaiannya sebesar 100% dengan target sebesar 100%.
14. Pada Indikator Persentase Peningkatan Pendapatan Per Tahun pada tahun 2020 belum mencapai target, dari target 0% dicapai dengan minus 26,97%. Hal ini disebabkan adanya Pandemi Covid-19 yang mengurangi jumlah layanan karena situasi pembatasan social masyarakat. Capaian Indikator Kinerja pada Tahun 2021 dari target 1 % bisa dicapai sebesar 15,75%, dan pada tahun 2021 dan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 15,57% dengan target sebesar 1%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 10,52% dengan target sebesar 2%.
15. Pada Indikator POBO pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 79,98% dengan target sebesar 65%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 85,87% dengan target sebesar 65% dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 91,06% dengan target sebesar 85%.
16. Pada Indikator Cash Ratio $240\% < CR < 300\%$ selama 3 tahun dari tahun 2020-2022, hanya di tahun 2022 yang tidak memenuhi target, capaian indikator ini hanya mencapai angka 78%, hal ini disebabkan manajemen kas yang kurang optimal dengan memanfaatkan kas dan setara kas menjadi investasi.

Tabel 3.21

Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2023

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Th. 2023	% Capaian
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	87%	83,74%	96,26%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	89%	90,75%	101,97%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88,50%	92,2%	104,17%
	BISNIS PROSES INTERNAL					
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%	95,10%	100%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	2	200%
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	44,93 menit	133,54%
		7	Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	100%	100%	100%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%	98%	98%
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	1	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Th. 2023	% Capaian
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	19,48%	194,81%
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	75,96%	108,51%
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	82,61%	103,26%
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,47%	204,08%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	80,71%	100,89%
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥ 80%	100%	125%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2 %	0%	0%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	1	100%
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	97,84%	108,71%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
		21	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	82,55%	103,19%
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%
		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	93,25%	103,61%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Th. 2023	% Capaian
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%	100%	117,65%
		25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%
		26	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%	100%	125,00%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	100%
		28	Jumlah Publikasi Nasional / Internasional	10	44	440%
		29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	21	2100%
	LEARN & GROWTH					
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%	78,94%	105,25%
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	12 Laporan	100%
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	12 Laporan	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Th. 2023	% Capaian
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	7	350%
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1	2	200%
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	100%	92,33%	92,33%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem	1	100%
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	100%	100%
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	95,01%	100,01%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2023	Realisasi Th. 2023	% Capaian
	FINANCIAL					
9	MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	6%	28,84%	480,75%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	108,49%	114,20%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	85%	107,47%	126,43%
		42	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	20,00%	133,33%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	91,72%	94,55%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	92,38%	97,24%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,50%	95%	102,42%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.17 terlihat realisasi indikator tahun 2023 sebagai berikut :

Realisasi Realisasi capaian indikator rumah sakit Tahun 2023 terdapat 5 indikator yang tidak tercapai yaitu:

1. Persentase Kepuasan Pasien belum mencapai target dengan capaian sebesar 83,74% dari target sebesar 87%.

Untuk pelayanan rawat jalan Reguler, dilihat dari unsur nilai terendah waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat jalan regular adalah Kecepatan Waktu Pelayanan. Untuk pelayanan rawat jalan Eksekutif unsur nilai terendah Biaya/ Tarip Pelayanan dan Sarana dan Prasarana, sehingga yang perlu diperhatikan pada pelayanan Eksekutif adalah Biaya/ Tarip Pelayanan yang lebih jelas dan pasti serta kelengkapan sarana dan prasarana yang tersedia. Untuk pelayanan rawat inap unsur nilai terendah Waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat inap adalah kecepatan prosedur pelayanan yang lebih jelas dan pasti.

Rencana tindak lanjut yang direkomendasikan adalah sebagai berikut :

- a. Koordinasi dengan Manajer Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan pihak terkait lainnya.
- b. Waktu tunggu rawat jalan belum memenuhi target dan masih rendah. Tingkat persentase pasien dengan waktu tunggu dibawah 60 menit belum mencapai 100 % sehingga waktu tunggu pasien pada saat menunggu masih diatas 60 menit. Terutama di Poli Retina dan Glaukoma yang memang pasien setiap harinya banyak dan pemeriksaan juga perlu dikaji ulang, ketika dilakukan pelebaran pada mata. Hal ini sudah beberapa kali terjadi kesalahpahaman, karena pasien mengira ada nomor antrian yang didahulukan sedangkan pasien dengan datang ke poli lebih awal dipanggil ke ruang periksa belakangan.
- c. Saat ini juga telah diberlakukan Whatsapp Gateway yang diharapkan pasien control dapat menggunakan aplikasi terbaru ini untuk daftar control system ini lebih cepat merespon pasien. Pasien control yang telah mendapatkan nomor antrian dan sudah terdaftar untuk control berikutnya melalui WA Gateway, pada saat control buku rekam medik sudah berada di poli dan pasien datang sesuai jam yang telah ditentukan sehingga pasien tidak menunggu pada saat pendaftaran dan pemeriksaan. Dengan adanya system ini diharapkan ke depannya dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan. Pada saat di lobby pintu masuk regular pasien yang menunggu di pendaftaran harus sesuai dengan waktu control yang telah ditetapkan pada saat reservasi online sehingga pelayanan pasien lebih teratur dari mulai awal pendaftaran sampai ke pengambilan obat dan diharapkan dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan.
- d. Begitu juga dengan waktu tunggu di rawat inap telah ditindaklanjuti dengan melakukan koordinasi antara Manajer Pelayanan Medik dan Kepala Rawat inap yaitu memberikan informasi kepada pasien terkait apa yang harus dipersiapkan atau dilakukan pasien dan keluarga pasien sebelum

dan sesudah operasi juga kepastian waktu tunggu pasien saat pemulihan dan mengkaji penyediaan fasilitas loker untuk barang-barang pasien di rawat inap.

- e. Nilai unsur terendah di rawat jalan Eksekutif yaitu biaya / tarif pelayanan, untuk itu perlu dikaji kembali tarif pelayanan di Instalasi Eksekutif dan LASIK sehingga tarif layanan dapat dijangkau oleh pengguna layanan. Selain biaya/ tarif unsur terendah lain yaitu sarana dan prasarana terkait lahan parkir di area rumah sakit sebagian besar diprioritaskan untuk pasien dan keluarga pasien dan sisanya untuk dokter konsulen. Sedangkan bagi pegawai yang membawa kendaraan pribadi parkir dialokasikan ke tempat lain dekat rumah sakit.

2. Pengembangan inovasi layanan belum mencapai target dengan capaian sebesar 98% dari target sebesar 100%.

Layanan yang belum mencapai target ada 2 layanan yaitu :

- a. Cicendo Aesthetic Eye Clinic and dry eye clinic
Belum melaksanakan penyusunan manuscript dan BMHP serta alat/ instrument yang belum terpenuhi.
- b. One Stop Service Low Vision
Belum terlaksananya pengembangan kerjasama Direktorat Rehabilitasi Sosial KEMENSOS.

3. Persentase Maturitas IT belum mencapai target dengan capaian sebesar 92,33% dari target sebesar 100%.

Capaian yang belum dipenuhi ada pada bagian terakhir dari pengembangan suatu sistem *Single Sign On* yang direncanakan yaitu penyelesaian akhir pengembangan sistem dan ujicobanya.

4. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni belum mencapai target capaian sebesar 91,72% dari target sebesar 97%. Salah satu faktor penyebab ketidakberhasilan capaian adalah adanya efisiensi anggaran untuk langganan listrik karena alokasi anggaran yg terlalu besar.

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan presentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni adalah :

- a. Perencanaan alokasi anggaran yang lebih presisi.
- b. Monitoring penyerapan anggaran yang dilaksanakan secara berkala dengan masing-masing penanggungjawab anggaran kegiatan.
- c. Evaluasi realisasi penyerapan anggaran agar tepat waktu dan tepat alokasi.

5. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU belum mencapai target capaian sebesar 92,38% dari target sebesar 95%. Salah satu faktor penyebab ketidakberhasilan capaian adalah adanya efisiensi anggaran dan diskontinu barang *e-catalogue*.

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan presentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU adalah :

- a. Perencanaan alokasi anggaran yang lebih presisi.
- b. Monitoring penyerapan anggaran yang dilaksanakan secara berkala dengan masing-masing penanggungjawab anggaran kegiatan.
- c. Evaluasi realisasi penyerapan anggaran agar tepat waktu dan tepat alokasi.
- d.

3. Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja

Realisasi belanja PMN RS Mata Cicendo, baik sumber dana RM maupun BLU, terdapat realisasi belanja di bawah pagu anggaran dengan output yang tercapai sesuai target, sehingga terdapat efisiensi dari belanja tersebut, seperti terlihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.22
Capaian Output dan Realisasi Belanja Tahun 2023

NO	NAMA SATKER	MAK	PAGU BELANJA (Rp.)	REALISASI BELANJA (Rp.)	% REALISASI	EFISIENSI
		(BLU)				
1	PMN RS MATA CICENDO	52	187.968.334.000	173.144.127.564	92,11%	7,89%
		53	22.067.089.000	20.891.297.969	94,67%	5,33%
	TOTAL		210.035.423.000	194.035.425.533	92,38%	7,62%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2023

Belanja yang bersumber dari pembiayaan BLU, Belanja Barang MAK 52 tercapai realisasi belanja sebesar 92,11%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 7,89% dari Pagu awal dan Belanja Modal MAK 53 dengan capaian output 94,67%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 5,33% dari Pagu awal. Efisiensi anggaran pada tahun 2023 telah dilaksanakan sebanyak 2 (dua) kali yang dilakukan dengan para penanggungjawab kegiatan yaitu efisiensi anggaran yang ke 1 sebesar Rp.3.679.959.000,- dan efisiensi anggaran yang ke 2 sebesar Rp.5.612.574.000,-.

4. Capaian Indikator Kinerja Unit dengan Target Nasional

Tabel 3.23

Capaian Indikator Kinerja Unit dengan Target Nasional

NO	IKU	REALISASI IKU TAHUN 2023	TARGET NASIONAL	KET
1	Persentase Kepuasan Pasien	83,74%	76,61-100	Permenpan RB No. 14 Tahun 2017
2	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Tunggu Rawat Jalan)	44,93 menit	WRJ ≤ 30 menit	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018
3	POBO	107,47%	PB > 65%	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018
4	Cash Ratio 240%<CR<300%	259,74%	240%<CR<300%	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018

1. Realisasi IKU Persentase Kepuasan Pasien Tahun 2023 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi di mana pada tahun 2023 mendapat nilai 83,74%.
2. Realisasi IKU Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Tunggu Rawat Jalan) Tahun 2023 terhadap target atau standar nasional masih tergolong baik, meskipun tidak mencapai nilai maksimal 30 menit. Sebenarnya terdapat 2 standar penilaian dari waktu tunggu rawat jalan, yaitu Perdirjen PB No. Per-24/PB/2018 dan Indikator Kinerja RS dan Balai (IKRS) sesuai Perdirjen Yankes No.PR.03.02/I.1/4467/2015 tanggal 26 Agustus 2015, dimana dalam IKRS waktu tunggu rawat jalan mempunyai target 60 menit, sehingga capaian IKU tersebut baik tahun 2023 masih dalam taraf "Baik".

3. Realisasi IKU POBO Tahun 2023 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi, di mana pada tahun 2023 mendapat nilai 107,47%.
4. Realisasi IKU Cash Ratio Tahun 2023 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi, di mana pada tahun 2023 mendapat Nilai 259,74%. Angka penilaian tersebut masih dalam range yang maksimal menurut perdirjen Pb No. PER-24/2018.

B. Sumber Daya

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Kondisi SDM PMN Rumah Sakit pada tahun 2023 berdasarkan jabatan, golongan dan pendidikan yang merupakan salah satu indikator untuk tercapainya tingkat pelayanan di rumah sakit antara lain .

Tabel 3.24
Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2023

NO	Uraian	Kondisi Awal Tahun 2022	Perkembangan		Kondisi TRW IV Tahun 2022
			Tambah	Kurang	
1	Struktural				
	Eselon IIa	1	0	0	1
	Eselon IIb	4	0	0	4
	Eselon III	6	0	0	6
	Eselon IV	17	0	0	17
2	Fungsional	310	15	11	314
3	Staf / Pelaksana	171	7	22	156
4	Tenaga Teknis	4	0	0	4
	Total	513	22	33	502

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.24 terlihat jumlah SDM berdasarkan jabatan dari kondisi awal tahun 2023 sebanyak 513 orang menjadi sebanyak 502 orang pada akhir tahun 2023 karena penambahan pegawai sebanyak 22 orang (Fungsional 15 orang dan Staf/ pelaksana 7 orang) dan pengurangan pegawai sebanyak 33 orang (Fungsional sebanyak 11 orang dan Staf/ Pelaksana sebanyak 22 orang).

Tabel 3.25
Distribusi SDM Menurut Golongan
Tahun 2022

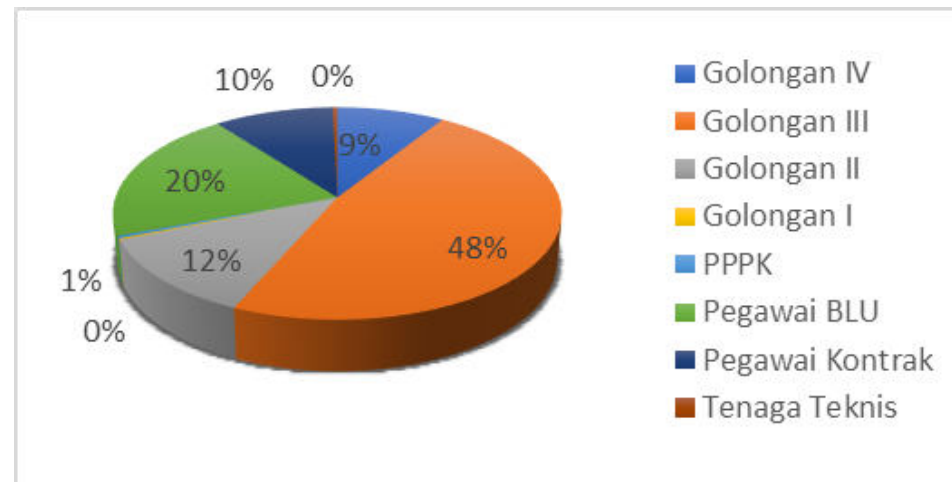
No	Uraian	Kondisi Awal Tahun 2022	Perkembangan		Kondisi TRW IV Tahun 2022
			Tambah	Kurang	
1	Golongan IV	38	8	1	45
2	Golongan III	252	13	26	239
3	Golongan II	60	4	3	61
4	Golongan I	1	0	0	1
5	PPPK	0	2	0	2
6	Pegawai BLU	108	0	6	102
7	Pegawai Kontrak	50	2	2	50
8	Tenaga Teknis	4	0	2	2
	Total	513	29	40	502

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.25 terlihat jumlah SDM berdasarkan golongan pada kondisi awal tahun 2023 sebanyak 513 orang menjadi 502 pada akhir tahun 2023 karena penambahan pegawai sebanyak 29 orang (golongan IV sebanyak 8 orang, golongan III sebanyak 13 orang, golongan II sebanyak 4 orang, PPPK sebanyak 2 orang dan pegawai kontrak sebanyak 2 orang) dan pengurangan pegawai sebanyak 40 orang (golongan IV sebanyak 1 orang, golongan III sebanyak 26 orang, golongan II sebanyak 3 orang, pegawai BLU sebanyak 6 orang, Pegawai Kontrak sebanyak 2 orang dan Tenaga teknis sebanyak 2 orang).

Gambaran komposisi SDM berdasarkan golongan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:

Grafik 3.39
Distribusi SDM Menurut Golongan
Tahun 2023



Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2023

Dari Grafik 3.39 di atas terlihat distribusi SDM menurut golongan pada tahun 2023 paling tinggi pada golongan III sebesar 48% dan terendah pada golongan I yaitu sebesar 0,19%.

Tabel 3.26
Distribusi SDM Menurut Pendidikan
Tahun 2023

No	Uraian	Kondisi Awal Tahun 2022	Perkembangan		Kondisi TRW IV Tahun 2022
			Tambah	Kurang	
1	S - 3	7	0	0	7
2	S - 2	59	1	3	57
3	S - 1	117	15	8	124
4	D - 4	6	0	0	6
5	D - 3	213	5	9	209
6	D - 1	2	0	0	2
7	SLTA Sederajat	100	0	12	88
8	SMP	2	0	0	2
9	SD	3	0	0	3
10	Tenaga Teknis	4	0	0	4
Total		513	21	32	502

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.26 terlihat jumlah SDM berdasarkan pendidikan dari kondisi awal tahun 2023 sebanyak 513 orang menjadi 502 orang pada akhir tahun 2023 karena penambahan sebanyak 21 orang (S2 sebanyak 1 orang, S1 sebanyak 15 orang dan D3 sebanyak 5 orang) dan pengurangan sebanyak 32 orang (S2 sebanyak 3 orang, S1 sebanyak 8 orang, D3 sebanyak 9 orang, dan SLTA sebanyak 12 orang).

2. Sumber Daya Anggaran

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan selain ditunjang oleh sumber daya manusia yang berkualitas perlu ditunjang pula oleh sumber daya anggaran untuk mendanai semua belanja sehingga pelayanan dapat berjalan sesuai standar yang ditetapkan. Dibawah ini alokasi dana dalam DIPA dan Rencana Kegiatan Anggaran /RKAKL berdasarkan jenis belanja dan sumber dana, besaran pagu dan realisasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.27
Sumber Dana Tahun 2023

No	Uraian Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Revisi 15	Total Realisasi	% Realisasi
	(RM)				
1	Belanja Pegawai	27.657.844.000	28.621.991.000	27.682.824.647	96,72%
2	Belanja Barang	19.580.886.000	22.864.627.000	19.539.242.911	85,46%
3	Belanja Modal	-			
	Jumlah RM	47.238.730.000	51.486.618.000	47.222.067.558	91,72%
	(BLU)				
1	Belanja Barang	181.869.077.000	187.968.334.000	173.144.127.564	92,11%
2	Belanja Modal	13.846.868.000	22.067.089.000	20.891.297.969	94,67%
	Jumlah BLU	195.715.945.000	210.035.423.000	194.035.425.533	92,38%
	TOTAL	242.954.675.000	261.522.041.000	241.257.493.091	92,25%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.27 terlihat total realisasi penyerapan anggaran pada tahun 2023 sebesar Rp.241.257.493.091,- atau 92,25% dari total pagu revisi sebesar Rp. 261.522.041.000,-. Terdapat penurunan capaian persentase realisasi sebesar 0,82% penyerapan anggaran total tahun 2023 jika dibandingkan dengan penyerapan anggaran Total tahun 2022 sebesar 93,07%.

Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2023 sebesar Rp.47.222.067.558,- atau sebesar 91,72% dan Realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2023 sebesar Rp.194.035.425.533,- atau sebesar 92,38%.

3. Sumber Daya Barang Milik Negara (BMN)

Pengelolaan Barang Milik Negara/BMN Setditjen Bina Upaya Kesehatan selama periode tahun 2023, dapat dilaporkan dalam bentuk intrakomtable, ekstrakomtable, gabungan intrakomtable dan ekstrakomtable dan aset tak berwujud. Adapun laporan perkembangan masing-masing Barang Milik Negara adalah sebagai berikut :

Tabel 3.28
Barang Milik Negara Tahun 2023

No	Uraian		Realisasi 2023	
			Saldo Awal Januari 2023	Saldo Akhir Desember 2023
1	BMN INTRAKOMTABEL			
	Posisi Awal	Rp	574.678.019.655	572.524.027.555
a	Penambahan			
	Saldo Awal	Rp	-	-
	Pembelian	Rp	20.178.781.301	20.208.335.544
	Perolehan KDP	Rp	-	-
	Pengembangan KDP	Rp	-	-
	Hibah Masuk	Rp	554.647.853	5.673.609.730
	Transfer Masuk	Rp	139.000.000	-
	Reklasifikasi Masuk	Rp	2.700.000	-
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	Rp	2.109.093.765	997.068.161
	Reklas Dari Aset Lainnya Ke Aset Tetap	Rp	-	-
	Penyelesaian Pembangunan dengan KDP	Rp	-	-
	Pengembangan Nilai Aset	Rp	72.988.855	-
	Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	-	-
	Pengembangan Melalui KDP	Rp	4.253.251.797	682.962.425
	Pengembangan Nilai Aset Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	-	-
	Koreksi Susulan	Rp	2.223.196.206	-
	Aset Tak Berwujud	Rp	-	-
	Aset Tetap yang Tidak Digunakan	Rp		
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-
	Likuidasi Masuk	Rp	-	166.042.786.729
	Likuidasi Masuk Henti Guna	Rp	-	1.499.343.037
	Perolehan Lainnya	Rp	14.800.000	187.481.465

b	Pengurangan			
	Penghentian Aset Dari Penggunaan	Rp	2.109.093.765	997.068.161
	Penggunaan Kembali	Rp	-	-
	Penyusutan	Rp	28.398.539.631	84.323.743.867
	Penghapusan/Penghentian KDP	Rp	-	-
	Koreksi Pencatatan	Rp	13.600.000	-
	Transfer Keluar	Rp	-	-
	Reklasifikasi Keluar	Rp	2.700.000	-
	Penyelesaian KDP	Rp	-	-
	Penyelesaian Aset tak Berwujud	Rp	-	-
	Penghapusan BMN dihentikan	Rp	-	-
	Penghapusan BMN	Rp	-	-
	Transaksi Normalisasi BMN	Rp	-	-
	Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	1.200.000	187.481.465
	Reklasifikasi KDP menjadi Barang Jadi	Rp	-	-
	Pencatatan Barang yang Mau Dihapuskan	Rp	1.177.318.481	1.149.410.702
	Posisi Akhir	Rp	572.524.027.555	681.157.910.451
2	BMN EKSTRAKOMTABEL			
	Posisi Awal	Rp	42.829.805	36.455.218
a	Penambahan			
	Pembelian	Rp	-	-
	Likuidasi Masuk Henti Guna	Rp	-	6.957.210
	Likuidasi Masuk	Rp	-	39.938.750
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	Rp	9.326.177	1.034.772
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-
b	Pengurangan/ Penyusutan			
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-
	Penghentian Penggunaan	Rp	9.326.177	1.034.772
	Penghapusan BMN dihentikan	Rp	-	-
	Pencatatan Barang yang Mau Dihapuskan	Rp	6.374.587	2.951.590
	Posisi Akhir	Rp	36.455.218	80.399.588

3	BMN GABUNGAN INTRAKOMTABEL & EKSTRAKOMTABEL			
	Posisi Awal	Rp	574.720.849.460	572.560.482.773
	Penambahan	Rp	29.557.785.954	195.339.517.823
	Pengurangan/ Penyusutan	Rp	31.718.152.641	86.661.690.557
	Posisi Akhir	Rp	572.560.482.773	681.238.310.039
4	BMN TAK BERWUJUD			
	Posisi Awal	Rp	-	-
	Penambahan	Rp	-	-
	Pengurangan	Rp	-	-
	Posisi Akhir	Rp	-	-
	<i>Total Keseluruhan keadaan BMN per tanggal 31 Desember 2023 sebanyak</i>	Rp	572.560.482.773	681.238.310.039

Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.28 Total Keseluruhan BMN keadaan pada tanggal 31 Desember 2023 sebesar Rp.681.238.310.039,-.

B. Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2023

Tabel 3.29

Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2023

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	IKU	2023				REALISASI TAHUN 2023	% CAPAIAN
			PROGRAM KERJA STRATEGIS RSB	KEGIATAN RKA-KL	ANGGARAN	REVISI XV		
PELANGGAN	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	Peningkatan Kepuasan Pasien	Peningkatan Kepuasan Pasien		0	
				Peningkatan Kepuasan Pasien	Peningkatan Kepuasan Pasien		0	
				Program reminder jadwal kontrol untuk pasien Poli Eksekutif dan LASIK	Reminder jadwal kontrol untuk pasien Poli Eksekutif dan LASIK		0	
				Program Monev hasil Survei Kepuasan Pasien dan kotak saran serta melakukan monitoring dan evaluasi untuk tindak lanjutnya	Kegiatan Survei Kepuasan Pelanggan & Anti Korupsi	94.875.000	94.875.000	92.414.000 97,41%
				Program peningkatan pelayanan di Poli Eksekutif	Peningkatan pelayanan di Poli Eksekutif		0	
				Program kemudahan pelayanan pasien di Poli Eksekutif	Kemudahan pelayanan pasien di Poli Eksekutif		0	
				Program IHT Service Excellent/ Komunikasi Efektif	IHT Service Excellent/ Komunikasi Efektif		0	
				Program pelayanan call center 24 Jam	Pelayanan call center 24 Jam		0	
				Program pengelolaan media sosial 24 jam	Media Promosi Kehumasan	66.422.000	85.953.000	83.836.277 97,54%
				Program Promosi Kesehatan dan Kehumasan	Kegiatan Pemasaran dan Promosi Kesehatan	791.798.000	770.735.000	527.637.532 68,46%
					Pengadaan souvenir	49.617.000	49.617.000	36.907.500 74,38%
					Pengadaan brosur	50.000.000	50.000.000	48.174.000 96,35%

PELANGGAN	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	2	Persentase kepuasan Pegawai					-	
		a. Persentase Kepuasan dan budaya kerja pegawai	Peningkatan Budaya Kerja Cicendo	Gaji dan Tunjangan	27.657.844.000	28.621.991.000	27.682.824.647	96,72%	
				Belanja Pegawai	5.199.403.000	4.599.261.000	3.952.375.571	85,94%	
				Pakaian Dinas	788.058.000	594.531.000	520.781.310	87,60%	
				Belanja Operasional	13.280.160.000	13.339.909.000	12.440.222.122	93,26%	
				Pembayaran Remunerasi	78.286.378.000	81.186.378.000	75.716.888.231	93,26%	
				Belanja Perjalanan	1.611.852.000	2.138.952.000	1.420.877.261	66,43%	
		b. Persentase Pegawai yang melakukan <i>medical check up</i>	<i>Medical Check Up</i> Pegawai	Pemeriksaan <i>Medical Check Up</i> bagi Pegawai				-	
		c. Persentase peningkatan pengembangan SDM	Peningkatan pengembangan SDM	Peningkatan SDM (Bag. SDM)	2.374.275.000	2.098.537.000	1.747.716.992	83,28%	
				Peningkatan SDM (Bag. Diklit)	4.022.705.000	4.990.974.000	4.665.122.084	93,47%	
		d. Persentase pengembangan sistem kepegawaian	Pengembangan Sistem Kepegawaian melalui Pengembangan sistem kontrol lisensi tenaga kesehatan (SIKONTES) melalui <i>early warning system</i> dan istem Informasi Kepegawaian dengan <i>Early Warning System</i> (SIGALING), Sewa hosting dalam rangka implementasi kepegawaian, Pengembangan Sistem Informasi Elektronik Remunerasi (SiEmon)	Pengembangan Sistem Kepegawaian melalui Pengembangan sistem kontrol lisensi tenaga kesehatan (SIKONTES) melalui <i>early warning system</i> dan istem Informasi Kepegawaian dengan <i>Early Warning System</i> (SIGALING), Sewa hosting dalam rangka implementasi kepegawaian, Pengembangan Sistem Informasi Elektronik Remunerasi				-	

PELANGGAN	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	3	Persentase Kepuasan Peserta Didik						-
			a. Persentase Kepuasan Peserta Didik PPDS, PSPD, Fellowship	Program <i>Excellence Coaching</i> : Pelatihan <i>Excellence Coaching</i> , IHT Pemahaman & Pelaksanaan Disiplin Profesi pada Pelayanan Kesehatan, Training For Trainer bagi Dokter Spesialis, Pelatihan & Workshop Excellence Coaching, Workshop Penyusunan Kurikulum & Sistem Pendidikan Dokter Spesialis Mata	Pelatihan <i>Excellence Coaching</i> : Pelatihan <i>Excellence Coaching</i> , IHT Pemahaman & Pelaksanaan Disiplin Profesi pada Pelayanan Kesehatan, Training For Trainer bagi Dokter Spesialis, Pelatihan & Workshop Excellence Coaching, Workshop Penyusunan Kurikulum & Sistem Pendidikan Dokter Spesialis Mata				-
			b. Persentase Kepuasan Peserta Didik Non Dokter	Program Pelatihan <i>Clinical Instructur</i> : Pelatihan Preceptorship	Pelatihan <i>Clinical Instructur</i> : Pelatihan Preceptorship				-
BPI	Mewujudkan Pendidikan yang terintegrasi		Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu	Program Peningkatan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata :	Peningkatan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata :				-
				- Monitoring dan Evaluasi kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata	- Monitoring dan Evaluasi kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata				-
				- Workshop Penyusunan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata	- Workshop Penyusunan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata				-
			Persentase PPDS yang Melaksanakan Standar Keselamatan Pasien (SKP)						-
		4	- Persentase PPDS yang melaksanakan cuci tangan	Program Peningkatan Budaya Cuci Tangan sesuai WHO : Pelatihan/Refreshment Cuci Tangan	Peningkatan Budaya Cuci Tangan sesuai WHO : Pelatihan/Refreshment Cuci Tangan				-

BPI	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	- Penentuan Objek Peningkatan Stratifikasi - Identifikasi Kebutuhan Stratifikasi - PKS Pengampuan - Kunjungan & Identifikasi kebutuhan RS yang akan di ampu	- Penentuan Objek Peningkatan Stratifikasi - Identifikasi Kebutuhan Stratifikasi - PKS Pengampuan - Kunjungan & Identifikasi kebutuhan RS yang akan di ampu				-
			Peningkatan kompetensi SDM (medik, perawat, Nakes lainnya) sesuai kebutuhan	Peningkatan kompetensi SDM (medik, perawat, Nakes lainnya) sesuai kebutuhan					-
			- Workshop Pengampuan Rumah Sakit Jejaring - Pelatihan Pengelolaan Program - Sarana Prasarana	- Workshop Pengampuan Rumah Sakit Jejaring - Pelatihan Pengelolaan Program - Sarana Prasarana					-
		6	Persentase Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)						-
		WTRJ	Percepatan Waktu Pelayanan : Peningkatan kompetensi SDM untuk EMR, Optimalisasi penjadwalan Dokter, Monitoring penjab unit dalam pelayanan, Pemenuhan sarana dan prasarana EMR.	Percepatan Waktu Pelayanan : Peningkatan kompetensi SDM untuk EMR, Optimalisasi penjadwalan Dokter, Monitoring penjab unit dalam pelayanan, Pemenuhan sarana dan prasarana EMR.					-
			Peningkatan layanan Advanced DR (Persentase advanced PDR yg setelah diterapi menjadi stable DR)	Peningkatan layanan Advanced DR (Persentase advanced PDR yg setelah diterapi menjadi stable DR)					-
		7	Pendidikan S3 dokter Spesialis Mata	Pendidikan S3 dokter Spesialis Mata					-
			IHT Staf baru dokter retina	IHT Staf baru dokter retina					-
			Observership Dokter Spesialis Mata (offline/online)	Observership Dokter Spesialis Mata (offline/online)					-
			Penelitian DR dan Publikasi Internasional	Penelitian DR dan Publikasi Internasional					-
			Pelatihan (course) baru advanced DR	Pelatihan (course) baru advanced DR					-
			Pengadaan OCT Sweptsource	Pengadaan OCT Sweptsource	3.589.075.000	3.517.985.000	3.509.888.303	99,77%	
			Pengadaan 3D viewing system	Pengadaan 3D viewing system			-	-	

BPI	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	8	Pengembangan Inovasi Layanan Trauma Eye Center, Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic, Refractive Surgical & Laser Center, Pengembangan One Stop Service Low Vision				-	-	
		Trauma Eye Center	Peningkatan Pelayanan Trauma Center	Peningkatan Pelayanan Trauma Center			-	-	
			Observership ke luar negeri	Observership ke luar negeri			-	-	
			IHT perawat trauma mata	IHT perawat trauma mata			-	-	
			Publikasi Internasional	Publikasi Internasional			-	-	
			Penerbitan buku trauma mata	Penerbitan buku trauma mata			-	-	
			Pembentukan Kurikulum Pelatihan/ Observership Trauma Mata	Pembentukan Kurikulum Pelatihan/ Observership Trauma Mata			-	-	
			Sistem IT Terintegrasi : IGATES	Sistem IT Terintegrasi : IGATES			-	-	
		Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic	Pengembangan Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic	Pengembangan Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic			-	-	
			Pelatihan/ observership luar negeri dr SpM (2)	Pelatihan/ observership luar negeri dr SpM (2)			-	-	
			1 Publikasi Internasional	1 Publikasi Internasional			-	-	
			Mnyelenggarakan CME dan edukasi awam terkait Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic (1x)	Mnyelenggarakan CME dan edukasi awam terkait Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic (1x)			-	-	
			BMHP : Lensa Kontak RGP ,Dry eye spa intens puls light ; BHP Blepharoplasty, Eye lashes, Eye brow, filler; Pojok Dokumentasi Before-After (Kamera DSLR, Printer, Komputer, Papan Nama Medrek, Background, Tripod)	BMHP : Lensa Kontak RGP ,Dry eye spa intens puls light ; BHP Blepharoplasty, Eye lashes, Eye brow, filler; Pojok Dokumentasi Before-After (Kamera DSLR, Printer, Komputer, Papan Nama Medrek, Background, Tripod)			-	-	
			Alat/Instrumen	Instrumen Bedah	196.913.000	196.913.000	163.483.575	83,02%	

BPI	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	-	-
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	Meningkatkan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Meningkatkan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	-	-
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	-	-
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK, & IGD	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK, & IGD	-	-
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Memperbaiki waktu pelayanan pasien operasi elektif	Memperbaiki waktu pelayanan pasien operasi elektif	-	-
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	-	-
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	-	-
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah	Menurunkan kejadian endoftalmitis pasca bedah katarak	Menurunkan kejadian endoftalmitis pasca bedah katarak	-	-
		17	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	-	-
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan dengan cuci tangan	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan dengan cuci tangan	-	-
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD	Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD	-	-

BPI	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien	Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien		-	-	
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK, & IGD	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK, & IGD		-	-	
		22	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Meningkatkan kecepatan pelaporan hasil kritis laboratorium	Meningkatkan kecepatan pelaporan hasil kritis laboratorium		-	-	
		23	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP	41.217.266.000	47.375.004.000	45.419.146.566	95,87%
		24	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway		-	-	
		25	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh		-	-	
		26	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien		-	-	
	Menghasilkan penelitian yang Inovatif		Terakreditasi Internasional	Survei verifikasi Akreditasi KARS Internasional, pelatihan internal dan eksternal, pit stop, revisi buku saku akreditasi.	Akreditasi	192.489.000	99.109.000	24.069.000	24,29%
		27	Jumlah Hasil Penelitian yang di Implementasikan	- Workshop metodologi penelitian	- Workshop metodologi penelitian		-	-	
				- Penelitian Uji klinis Fase 3 dan 4	- Penelitian Uji klinis Fase 3 dan 4		-	-	
				- Pengoptimalan KEPK untuk penerbitan Etik penelitian	- Pengoptimalan KEPK untuk penerbitan Etik penelitian		-	-	
				Kerjasama Penelitian ITB dan Institusi lain	Kerjasama Penelitian ITB dan Institusi lain		-	-	
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	- Workshop pembuatan proposal penelitian	- Workshop pembuatan proposal penelitian		-	-	
				- Workshop pembuatan manuscript	Penyusunan Buku	150.000.000	18.000.000	14.200.000	78,89%
				- Submit manuscript pada jurnal	Penyusunan Jurnal	32.100.000	35.100.000	31.942.075	91,00%
				Publikasi pada jurnal terakreditasi	Publikasi	150.000.000	182.000.000	176.300.000	96,87%

BPI	Menghasilkan penelitian yang inovatif	29	Hasil Penelitian yang Dipatenkan/Mendapat Hak Cipta	Administratif HAKI: Mendaftarkan hasil penelitian untuk mendapatkan HAKI	Penelitian	364.800.000	344.800.000	332.829.905	96,53%
LEARN & GROWTH	Membangun Budaya Quality First	30	Persentase Budaya Keselamatan	Survey dan sosialisasi budaya keselamatan pasien, Pengembangan dan Sosialisasi Pelatihan tentang IKP Pelatihan tentang Keselamatan Pasien Lomba pelaporan IKP Bulan Keselamatan Pasien (per triwulan) Survey Budaya Keselamatan Pasien, Membangun Aplikasi Survey	Survey dan sosialisasi budaya keselamatan pasien, Pengembangan dan Sosialisasi Pelatihan tentang IKP Pelatihan tentang Keselamatan Pasien Lomba pelaporan IKP Bulan Keselamatan Pasien (per triwulan) Survey Budaya Keselamatan Pasien, Membangun Aplikasi Survey				-
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	Meningkatkan pelaporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	Menyusun laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	16.600.000	14.110.000	12.300.000	87,17%
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	Meningkatkan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	Menyusun laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol				-
	Membangun Sarana Prasarana yang Handal	Persentase keandalan sarana medic (OEE – overall equipment effectiveness) (alked dengan nilai harga tertentu dan mempunyai tingkat urgensi terhadap pelayanan)	Efisiensi Pengadaan Peralatan Medik dan Keperawatan. Monitoring dan evaluasi Peralatan Medik dan Keperawatan, Koordinasi dengan IPSRS Terkait Pemeliharaan dan kalibrasi alat, Kaji ulang usulan kebutuhan peralatan medik dan keperawatan	Pengadaan alat kesehatan		2.224.409.000	6.975.863.000	6.449.944.429	92,46%
				Pemeliharaan sarana dan prasarana (IPSRs)		19.855.841.000	18.383.541.000	14.940.755.550	81,27%
				Pengadaan Rehabilitasi Ringan Ruang Ofkom Gedung E Lantai 1		775.800.000	862.963.000	856.623.425	99,27%
				Sarana dan Prasarana (Bag. Organum)		126.849.000	190.244.000	193.801.258	101,87%
				Belanja Operasional (Bag. Organum)		2.482.879.000	2.621.614.000	2.465.151.541	94,03%
				Pemeliharaan (Bag. Organum)		480.300.000	652.538.000	546.390.318	83,73%
				Pemeliharaan (Instalasi Kesling & K3RS)		486.738.000	675.946.000	678.342.117	100,35%

LEARN & GROWTH	Meningkatkan Kompetensi SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	Program Peningkatan kompetensi tenaga medik dokter spesialis. Pengiriman Tenaga dokter Spesialis ke Luar NegeriProgram Peningkatan kompetensi tenaga medik dokter spesialis. Pengiriman Tenaga dokter Spesialis ke Luar Negeri	Pelatihan Eksternal/Seminar/ Workshop/Simposium/ Lokakarya Luar Negeri	157.500.000	50.000.000	33.500.000	67,00%
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	Program Peningkatan Kompetensi Tenaga Kesehatan. Pengiriman Tenaga Kesehatan ke Luar Negeri	Kursus/Pelatihan/Obs erver Luar Negeri	638.100.000	571.600.000	547.873.953	95,85%
	Membangun Sistem IT yang mandiri dan terpadu	35	Persentase Maturitas IT	Otomatisasi Manajemen : Interface Aplikasi Single Sign On	Belanja jasa	444.990.000	740.383.000	645.227.162	87,15%
				Peningkatan Keamanan : Tindak Lanjut Hasil Assesment & Audit Internal	Pemeliharaan personal komputer/notebook, printer, LIS smartlab, CISCO	521.215.000	455.285.000	440.952.828	96,85%
				Sistem Dashboard : Dashboard Report Eksekutif					-
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi				-
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	Meningkatkan implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	Meningkatkan implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)		-		-
	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar		-		-

FINANSIAL	Meningkatkan Revenue	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	A. Inovasi Pelayanan Unggulan, Eksekutif dan Pengembangan Klinik Utama di Garut	A. Inovasi Pelayanan Unggulan, Eksekutif dan Pengembangan Klinik Utama di Garut	-	-	-	-
				B. Optimalisasi aset	Pengadaan Kacamata dan perlengkapannya	1.499.000.000	1.609.993.000	1.325.789.275	82,35%
				C. Perjanjian Kerjasama pola pembiayaan pelayanan (bank, asuransi, ADMEDIKA, KITA BISA penjamin lainnya)	C. Perjanjian Kerjasama pola pembiayaan pelayanan (bank, asuransi, ADMEDIKA, KITA BISA penjamin lainnya)			-	
				D. Penyesuaian Tarif	D. Penyesuaian Tarif			-	
				E. Peningkatan Kualitas Klaim BPJS dan Jaminan Lainnya	Kerjasama layanan	2.250.000.000	1.408.885.000	1.182.346.650	83,92%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Peningkatan Pendapatan BLU	Peningkatan Pendapatan BLU			-	
	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	Efisiensi Belanja Operasional melalui konsolidasi PBJ RS Vertikal di Bandung	Efisiensi Belanja Operasional melalui konsolidasi PBJ RS Vertikal di Bandung			-	
				Memprioritaskan Belanja Modal untuk kegiatan yang menghasilkan pendapatan dengan melakukan Cost Benefit Analysis dan Konsolidasi PBJ RS Vertikal di Bandung	Memprioritaskan Belanja Modal untuk kegiatan yang menghasilkan pendapatan dengan melakukan Cost Benefit Analysis dan Konsolidasi PBJ RS Vertikal di Bandung			-	
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	Peningkatan Nilai EBITDA Margin	Peningkatan Nilai EBITDA Margin			-	

FINANSIAL	Menjamin Ketersediaan Anggaran	43	Cash Ratio 240% < CR < 300%	Akselerasi Belanja Operasional (AKSI BEJO) dengan menjaga agar Hutang Jangka Pendek tidak lebih dari 36% dari kas dan setara kas yang dimiliki	Akselerasi Belanja Operasional (AKSI BEJO) dengan menjaga agar Hutang Jangka Pendek tidak lebih dari 36% dari kas dan setara kas yang dimiliki				-
				Manajemen Kas dengan Menjaga jumlah kas dan setara kas tidak lebih dari 300% dari kewajiban yang dimiliki salah satunya dengan cara investasi (deposito jangka menengah 4 sd. 6 bulan)	Manajemen Kas dengan Menjaga jumlah kas dan setara kas tidak lebih dari 300% dari kewajiban yang dimiliki salah satunya dengan cara investasi (deposito jangka menengah 4 sd. 6 bulan)				-
		44	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni		Outsourcing Satuan Pengamanan/Security	4.479.650.000	4.971.922.000	4.767.650.610	95,89%
					Cleaning Service	4.457.776.000	5.553.214.000	5.451.821.376	98,17%
					Pengadaan Obat-obatan dan BMHP-RM	5.000.000.000	4.292.601.000	4.218.076.613	98,26%
					Langganan Listrik (RM)	4.000.000.000	4.489.985.000	2.722.408.029	60,63%
					Langganan Air dan Pajak Air Tanah (RM)	396.000.000	402.000.000	94.990.169	23,63%
					Belanja barang cetakan (RM)	583.439.000	583.439.000	607.731.737	104,16%
					Belanja barang rumah tangga (RM)	560.021.000	560.021.000	396.279.338	70,76%
					Isi ulang tabung APAR (RM)	104.000.000	104.000.000	88.249.300	84,86%

FINANSIAL	Menjamin Ketersediaan Anggaran	45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU		Belanja Operasional (Bag. Anggaran)	854.600.000	929.860.000	827.781.986	89,02%
					General Audit	100.000.000	97.250.000	97.125.000	99,87%
					Belanja Jasa (Akuntansi dan BMN)	12.960.000	12.960.000	12.461.000	96,15%
					Belanja Operasional (Instalasi Gizi)	2.221.587.000	2.218.023.000	1.986.420.119	89,56%
					Belanja Operasional (Instalasi Kesling & K3RS)	895.752.000	658.135.000	597.104.321	90,73%
					Penyusunan Program, Perencana Anggaran, evaluasi & Pelaporan	27.309.000	33.000.000	25.446.000	77,11%
					Review Master Plan	564.000.000		-	
					Penyusunan FSB Klinik Bogor	100.000.000	100.000.000	94.005.000	94,01%
					Evaluasi kegiatan PBJ	6.000.000	4.000.000	3.759.000	93,98%
					Belanja Barang	9.670.000	2.800.000	2.800.000	100,00%
					Belanja Modal (Bag. Organum)	2.955.665.000	2.959.603.000	3.206.492.912	108,34%
					Belanja Modal (Instalasi SIMRS)	1.559.789.000	2.901.789.000	2.483.970.710	85,60%
					Belanja modal lainnya/software	42.900.000	1.913.500.000	1.912.350.000	
				46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Menyusun laporan Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Menyusun laporan Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	-	
						242.954.675.000	261.522.041.000	241.257.493.091	92,25%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.24 terlihat realisasi dana tahun 2023 untuk mendukung capaian indikator kinerja sebesar 92,25% (Rp. 241.257.493.091,-) dari pagu anggaran sebesar Rp.242.954.675.000,-.

Indikator kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung pada tahun 2023 sebanyak 46 indikator, dari 46 indikator terealisasi 41 indikator yang mencapai/melampaui target (89,13%), sedangkan yang belum mencapai target sebanyak 5 indikator (10,87%). Adapun rincian selengkapnya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.30
Capaian Jumlah Indikator Rencana Strategis Bisnis Tahun 2023

No	Capaian	Jumlah indikator
1	0- <25 %	0
2	25– < 50%	0
3	50 – <75 %	0
4	75 – <100 %	5
5	≥100 %	41
TOTAL		46

Apabila di lihat dari tabel di atas semua indikator dapat dilaksanakan tetapi masih ada kegiatan yang belum mencapai target antara lain :

- 1) Persentase Kepuasan Pasien sebesar 83,74% dari target 87%.
- 2) Pengembangan Inovasi Layanan sebesar 98% dari target 100%.
- 3) Persentase Maturitas IT sebesar 92,33% dari target 100%.
- 4) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 91,72% dari target 97%.
- 5) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU sebesar 92,38% dari target 95%.

BAB IV

KESIMPULAN

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2023 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dalam mengukur kinerja sudah sesuai dengan program dan sasaran strategis yang telah ditetapkan dan penetapan kinerja dengan indikator yang merupakan target yang harus dicapai pada tahun 2023. Indikator tersebut mendukung setiap sasaran strategis dalam Rencana Strategis Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2023 yang mengacu pada program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Keberhasilan yang sudah dicapai oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada tahun 2023 diharapkan menjadi acuan atau parameter dalam kegiatan yang akan datang serta perlu didukung oleh kerjasama dan koordinasi yang lebih baik lagi agar tidak adanya hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat bermanfaat dan berguna sebagai alat informasi tertulis, bahwa PMN Rumah Sakit mata Cicendo sudah dapat melaksanakan pertanggungjawaban sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dan menjadi acuan atau monitoring pelaporan yang akan datang.

Capaian Pada Tahun 2023:

Berdasarkan Rencana Strategi Bisnis atau Perjanjian Kinerja pada tahun 2023 bahwa sebanyak 46 indikator kinerja terdapat 41 indikator atau 89,13% yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 10,87% yaitu:

1. Persentase Kepuasan Pasien sebesar 83,74% dari target 87%.
2. Pengembangan Inovasi Layanan sebesar 98% dari target 100%.
3. Persentase Maturitas IT sebesar 92,33% dari target 100%.
4. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 91,72% dari target 97%.
5. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU sebesar 92,38% dari target 95%.

Hambatan/ Kendala dan Solusi Pada Tahun 2023

Hambatan yang dihadapi dalam kegiatan pada tahun 2023 adalah:

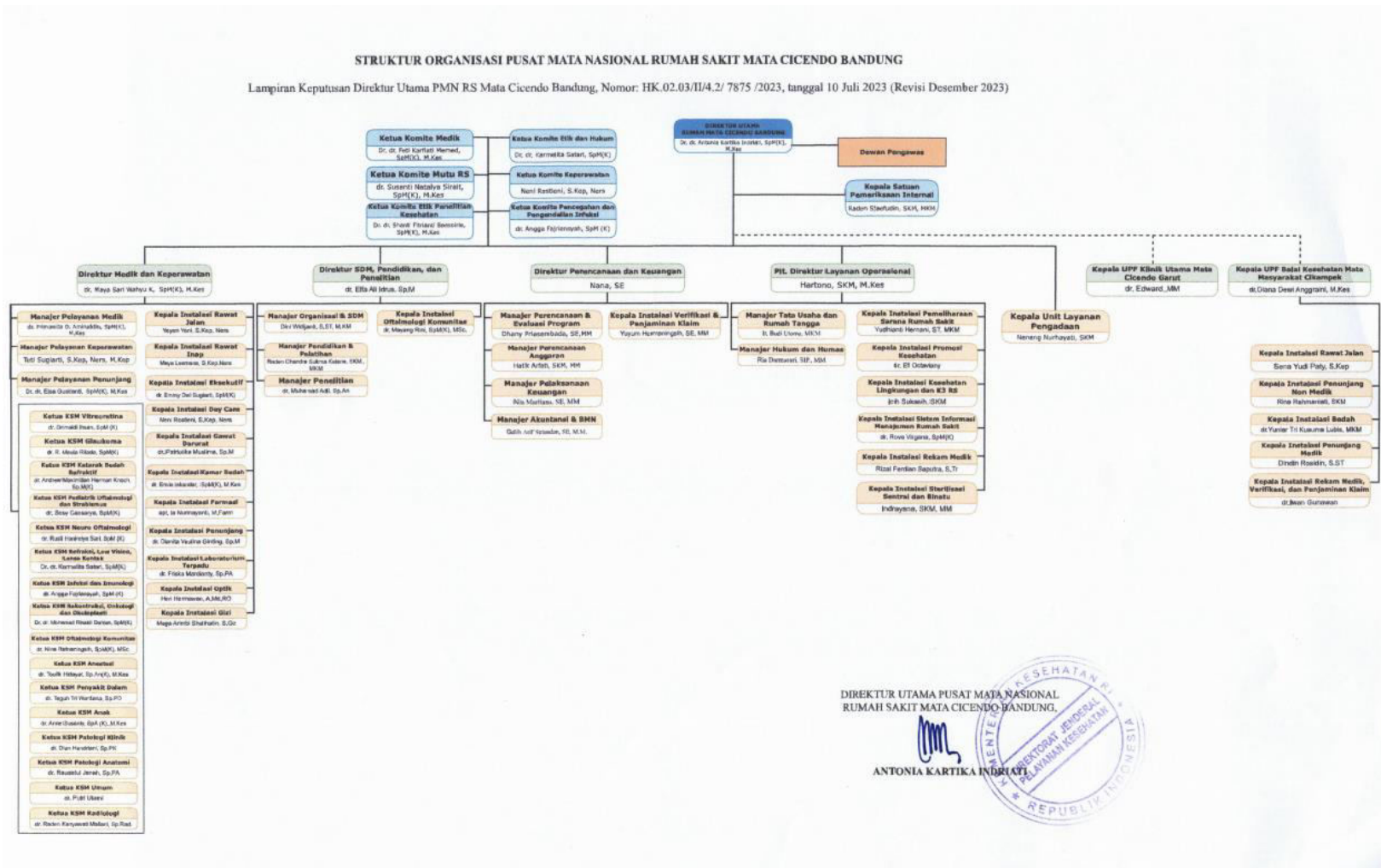
- a. Beberapa Indikator Kinerja Utama (IKU) belum tercapai yaitu rendahnya nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang menyebabkan indikator Persentase Kepuasan Pasien tidak mencapai target.
- b. Belum optimalnya pengembangan Inovasi Layanan.
- c. Kendala pada pengembangan sistem *Single Sign On* yang direncanakan yaitu penyelesaian akhir pengembangan sistem dan ujicobanya.
- d. Kurang tertibnya penerapan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Pencairan Dana (RPD) yang telah ditetapkan sehingga menghambat penyerapan anggaran.

Upaya Tindak Lanjut

Upaya untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan strategi yang merupakan terobosan/ inovasi dalam rangka pencapaian target yang ditetapkan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo, antara lain adalah:

- a. IKU yang belum tercapai telah dilakukan monitoring dan evaluasi, penanggungjawab IKU diharapkan menindaklanjuti terkait kekurangan capaian program tahun 2023 di tahun mendatang.
- b. Merencanakan pemenuhan sarana prasarana yang dibutuhkan di tahun 2024.
- c. Melakukan penyempurnaan sistem informasi rumah sakit dan Maturitas IT sesuai kebutuhan.
- d. Melaksanakan penyusunan anggaran berbasis kinerja dan berbasis rencana strategis rumah sakit.
- e. Menerapkan *cost reduction* dan efisiensi biaya.
- f. Koordinasi dengan para penanggungjawab kegiatan serta melakukan evaluasi dan menyusun langkah-langkah percepatan penyerapan anggaran.

Lampiran 4. SOTK PMN RS Mata Cicendo Bandung.



**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama PMN RS Mata Cicendo

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

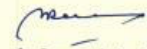
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002


dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS
NIP 196201231989012001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO

NO	SASARAN STRATEGIS		IKU	TARGET 2023
	Perspektif Pelanggan			
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	87%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	89%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	88.5%
	Bisnis Proses Internal			
2	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	95%
		5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu		Pengembangan Layanan Unggulan	
		7	<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥80%
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥80%
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥80%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤1,2%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥90%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		21	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%		
24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%		
25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%		
26	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%		

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET 2023	NO
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
		28	Jumlah Publikasi Nasional/ Internasional	10
		29	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	1
Learn & Growth				
5	Membangun Budaya Quality First	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	35	Persentase Maturitas IT	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital	1 Sistem
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%
8	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%
Financial				
8	Meningkatkan Revenue	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	6%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
9	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	85%
10	Menjamin Ketersediaan Anggaran	42	Persentase nilai EBITDA Margin	15%
		43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 200.715.945.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 42.238.730.000,-
Total	Rp. 242.954.675.000,-
Pihak Kedua,	Jakarta, Januari 2023 Pihak Pertama,
	
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS NIP 197106262000031002	dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS NIP 196201231989012001

**CATATAN HASIL REVIU
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PMN RS MATA CICENDO BANDUNG
DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2023**

KEMENTERIAN KESEHATAN RI INSPEKTORAT JENDERAL		Disusun oleh/ Tanggal	Yandri /29 Januari 2024
		Direviu oleh/ Tanggal	Saifulloh /29 Januari 2024
		Disetujui oleh/ Tanggal	R. Sjaefudin /31 Januari 2024
Entitas Akuntabilitas	X	PMN RS Mata Cicendo Bandung	
Uraian Catatan Hasil Reviu		Indeks KKR	
Pelaksanaan Reviu Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berdasarkan Surat Tugas Direktur Utama PMN RS Mata Cicendo Bandung Nomor: KP.03.04/II.2/2.1/ /2024 tanggal 24 Januari 2024 perihal Reviu Laporan Kinerja/ Lakip PMN RS Mata Cicendo Bandung Reviu ini tidak memindahkan tanggung jawab penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah PMN RS Mata Cicendo Bandung kepada SPI. Tanggung jawab penyusunan Laporan Kinerja termasuk kebenaran data sepenuhnya menjadi tanggung jawab Unit Kerja/Satker. Keterbatasan reviu : Waktu pelaksanaan reviu sangat terbatas, dimana penyampaian LAKIP dari Tim penyusun LAKIP kepada SPI disampaikan pada tanggal 30 Januari 2024 yang harus selesai per tanggal 31 Januari 2024. Berdasarkan hasil reviu tersebut, bersama ini kami sampaikan Catatan Hasil Reviu sebagai berikut:			
A. Format Laporan Kinerja			
1. Format Laporan Kinerja Instansi Pemerintah telah mengacu pada Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 (Anak Lampiran II/1), yaitu telah menampilkan data penting Instansi Pemerintah (IP): a.Uraian singkat organisasi (BAB I); b. Rencana dan target kinerja yang ditetapkan (BAB II); c. Pengukuran Kinerja (BAB III); d. Evaluasi dan analisis kinerja untuk setiap sasaran strategis atau hasil program/kegiatan dan kondisi terakhir yang seharusnya terwujud). Analisis ini juga mencakup atas efisiensi penggunaan sumber daya. (BAB III) 2. LKj telah menyajikan ringkasan/ikhtisar Perjanjian Kinerja (PK) tahun yang bersangkutan. 3. LKj telah menyajikan Capaian kinerja. 4. Lampiran LKj yang ada : (pendukung informasi pada badan laporan), berupa SOTK PMN RS Mata Cicendo dan perjanjian kinerja. Sebaiknya dilengkapi dengan lampiran : - SK Tim LAKIP terbaru yang pada saat ini masih dalam proses pengajuan.			
B. Mekanisme Penyusunan Laporan Kinerja			
LKj disusun oleh unit kerja yang memiliki tugas fungsi untuk itu, yaitu sesuai Tupoksi Organisasi penyusun sesuai SK Direktur Utama No HK.02.03/II/2.1/9802/2020 tentang tim penyusun Laporan tahunan dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) PMN RS Mata			

Cicendo Bandung. (SK terbaru 2023 terkait tim penyusunan laporan tahunan dan LAKIP masih dalam proses pengajuan)

- SPO/SOP atau Surat Edaran yang berisi mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj, terdapat surat dari Direktur Utama No PR.01.01/D.XXIV/ 18138 /2023 tanggal 27 Desember 2023 tentang Penyusunan Laporan Kinerja Tahun 2023 dan Penyusunan LAKIP Tahun 2023 kepada Manajer/ Asisten Manajer/ Instalasi/ KSM/ UPF
- SK terbaru 2023 masih dalam proses revisi untuk Penetapan penanggung jawab pengumpulan data/informasi di setiap unit kerja khususnya berkaitan dengan penyusunan LKj.

Keandalannya Lkj.:

- Yang diukur telah sesuai dengan yang diperjanjikan.
- Semua indikator dapat dilaksanakan, namun terdapat kegiatan yang belum mencapai target antara lain :
 - 1) Persentase Kepuasan Pasien sebesar 83,74% dari target 87%.
 - 2) Pengembangan Inovasi Layanan sebesar 98% dari target 100%.
 - 3) Persentase Maturitas IT sebesar 92,33% dari target 100%.
 - 4) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 91,72% dari target 97%.
 - 5) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU sebesar 92,38% dari target 95%
- Belum terdapat realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional.
- Dalam Laporan LKj belum menjelaskan terkait efisiensi secara lebih rinci.
- Indikator Kinerja telah sesuai dengan RSB dan Perjanjian Kinerja (Belum dibuat Cascading Indikator dr RSB, Direksi, Manajer sampai dengan Asmen)
- Kelengkapan data dukung berupa kertas kerja disertai perhitungan pengukuran/capaian kinerja.

C. Substansi Laporan Kinerja

Secara substansi Laporan Kinerja, telah cukup jelas, yaitu :

- Tujuan/sasaran dalam Laporan Kinerja (LKj) :
 - telah sesuai dengan tujuan/sasaran dalam Perjanjian Kinerja (PK)
 - selaras dengan rencana strategis
 - sesuai dengan indikator kinerja dalam PK
 - sesuai dengan indikator kinerja dalam Renstra
- Terdapat perbandingan data kinerja dengan tahun lalu, standar nasional dan sebagainya yang bermanfaat
- Dalam pengukuran Prosentase Kepuasan Peserta Didik diketahui sudah melebihi target. Namun dalam perhitungan tersebut diketahui terdapat 5 orang responden yang tidak puas yang perlu dilengkapi pertanyaan lebih lanjut sebagai bahan untuk perbaikan.
- IKU dan IK telah cukup mengukur tujuan/sasaran
- IKU dan IK telah SMART

- Bab IV kesimpulan, belum semua hambatan dilengkapi dengan rencana langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya. (sesuai format dalam permenpan RB no 53 Tahun 2014)

D. Catatan Permasalahan Lainnya

- Terdapat kesalahan penulisan Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator target 2023 1200% sedangkan capaian 12 laporan
- Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol target 1200% tercapai 12 laporan
- Terdapat data Sumber Daya Manusia (SDM) yang dilaporkan adalah data tahun 2022 seharusnya menggunakan data tahun 2023 .
- Terdapat data sumber daya Barang Milik Negara (BMN) data yang dilaporkan adalah data tahun 2022 seharusnya menggunakan data tahun 2023
- Terdapat Indikator Kinerja baru tahun 2023 sehingga tidak ada perbandingan dengan tahun lalu antara lain:
 - 1) Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran
 - 2) Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP
 - 3) Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar
 - 4) Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
 - 5) Penundaan Waktu Operasi Efektif
 - 6) Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik
 - 7) Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap
 - 8) Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak
 - 9) Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi Paripurna
 - 10) Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - 11) Kepatuhan penggunaan APD
 - 12) Kepatuhan Identifikasi Pasien
 - 13) Waktu Tunggu Rawat Jalan
 - 14) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
 - 15) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
 - 16) Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)
 - 17) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
 - 18) Kecepatan Waktu Tanggap Pasien
 - 19) Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator
 - 20) Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol
 - 21) Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital
 - 22) Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan
 - 23) Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar
 - 24) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
 - 25) Persentase nilai EBITDA Margin
 - 26) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni
 - 27) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU
 - 28) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di Tindak Lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Koreksi / Perbaikan

A. Koreksi / Perbaikan yang sudah dilakukan

-

B. Koreksi / Perbaikan yang belum dilakukan

1. Lampiran LKj yang ada : (pendukung informasi pada badan laporan), berupa SOTK PMN RS Mata Cicendo. Sebaiknya dilengkapi dengan lampiran :
2. SK Tim LAKIP masih dalam proses
3. Bab IV kesimpulan, sebagaimana dalam pedoman selain diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi perlu dilengkapi dengan langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.
4. Penetapan penanggung jawab pengumpulan data/informasi disetiap unit kerja khususnya berkaitan dengan penyusunan LKj.
5. Kelengkapan data dukung berupa kertas kerja disertai perhitungan pengukuran/capaian kinerja.
6. Terdapat salah penulisan Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator target 2023 1200% sedangkan capaian 12 laporan
7. Jumlah Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol target 1200% tercapai 12 laporan
8. Terdapat data Sumber Daya Manusia (SDM) yang dilaporkan adalah data tahun 2022 belum yang seharusnya menggunakan data tahun 2023
9. Terdapat data sumber daya Barang Milik Negara (BMN) data yang dilaporkan adalah data tahun 2022 seharusnya menggunakan data tahun 2023

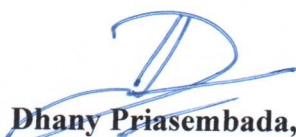
C. Rekomendasi

Atas permasalahan yang diuraikan di atas, kami rekomendasikan agar :

1. Melengkapi lampiran LKj yang ada : (pendukung informasi pada badan laporan), dengan Perjanjian Kinerja, SK Tim LAKIP, Kertas Kerja Evaluasi LAKIP dan data yang telah diotorisasi dari masing-masing Unit Kerja pelaksana sesuai indikator, SPO/SOP atau Surat Edaran yang berisi mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj
2. Merevisi Penetapan penanggung jawab pengumpulan data/informasi disetiap unit kerja khususnya berkaitan dengan penyusunan LKj.
3. Melengkapi data dukung berupa kertas kerja disertai perhitungan pengukuran/capaian kinerja.
4. Melengkapi pengukuran dari indikator kinerja dengan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional
5. Menjelaskan terkait efisiensi secara lebih rinci
6. Cascading Indikator dr RSB, Direksi, Manajer sampai dengan Asisten Manajer
7. Memperbaiki kesalahan penyajian/penulisan dalam LKj, antara lain :
8. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator target 2023 1200% capaian 12 laporan
9. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol target 1200% tercapai 12 laporan

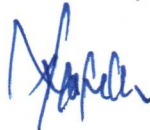
10. Memperbaiki dan mengupdate data pada Laporan Lkj, antara lain:
- Melakukan update data Sumber Daya Manusia (SDM) menjadi data yang terbaru tahun 2023.
 - Melakukan update data Sumber Daya Barang Milik Negara (BMN) dengan data yang terbaru tahun 2023.

Ketua Tim Penyusun Laporaj Kinerja / LAKIP
PMN RS Mata Cicendo Bandung



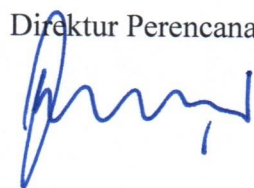
Dhany Priasembada, SE,MM
NIP. 198006302005011002

Bandung, 31 Januari 2024
Tim Reviu SPI
Ketua Tim,



Saifulloh, SKM
NIP. 197308051998031001

Direktur Perencanaan dan Keuangan



Nana, SE
NIP. 919670514202310101

Kepala SPI



R. Sjaefudin, SKM, MKM
NIP. 19700124 199703 1 001