

INDIKATOR KINERJA UTAMA RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI

TAHUN 2016-2021

No.	SASARAN	INDIKATOR	DATA CAPAIAN PADA AWAL TAHUN 2015 PERENCANAAN	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019	Tahun 2020	Tahun 2021
				Target (%)	Target (%)	Target (%)	Target (%)	Target (%)	Target (%)
1	Terpenuhinya Jumlah Tenaga / SDM Sesuai Standar	Persentase jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM yang sesuai dengan standar	9 Dokter Spesialis%	10 Dokter Spesialis%	11 Dokter Spesialis%	12 Dokter Spesialis%	13 Dokter Spesialis%	14 Dokter Spesialis%	15 Dokter Spesialis%
		Persentase pelaksanaan evaluasi kinerja SDM pada tingkat individu dan unit	240 orang	310 org	320 org	330 org	340 org	350 org	350 org
		Tersedia dokumen Training Need Assesment (TNA) untuk setiap jenis tenaga dan unit	0%	1 dok	1 dok %	1 DOK	1 dok%	1 dok%	1 dok%
		Persentase SDM yang mengikuti pelatihan fungsional dan manajerial	25%	50	60%	70%	80%	90%	100%
		Persentase SDM yang mengikuti pelatihan soft skill	50%	60	70%	80%	90	100	100
		Jumlah tenaga pada setiap unit yang mengikuti pelatihan SIMRS	20 org	30	40	50	60	70	80
2	Tersedianya peralatan yang sesuai standar	Persentase kesesuaian sarana dan prasarana sesuai standar Permenkes dan Akreditasi	60%	65%	70%	75%	80%	90%	100%
3	Jumlah lama hari rawat / Lengt Of Stay (LOS)	Persentase ketersediaan dan kesesuaian (jumlah, jenis, dan kualitas)	60	70	75	80	85	90	95
		Terpeliharanya sarana dan prasarana sesuai standar akreditasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Jumlah pemanfaatan Tempat Tidur (BOR)	Persentase peralatan yang terkalibrasi	120 jenis	130 jenis	140 jenis	150 jenis	160 jenis	160 jenis	160 jenis
5	Rumah Sakit Umum Daerah yang terakreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)	Tersusunnya struktu rorganisasi hasil revisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Meningkatnya kemampuan manager dalam penyusunan kebijakan yang berkaitan dengan pencapaian visi misi rumah sakit	0%		20 org			40 org	
		Tersusunnya dokumen tata kelola RS	20%		1 dok	1 dok			1 dok
		Tersusunnya Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit padasetiap unit	0%		1 dok				1 dok

		Tersusunnya laporan pencapaian kinerja berdasarkan SPM pada setiap unit (per semester)	60%	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok
		Tersusunnya laporan risiko klinis berbasis bukti	30%	1 dok	1 dok	1 dok	0	0	0
		Tersusunnya <i>clinical pathway</i>	40%	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok
		Terakreditasinya Rumah sakit Oleh KARS dan ISO	40	1 dok	1 dok	1 dok			1 dok
6	Tingkat Kepatuhan terhadap SOP	Tersusunnya SOP tentang Pelayanan di setiap unit yang ada di rumah sakit yang	30%	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok
7	Rumah Sakit Umum Daerah yang melaksanakan Sistem Manajemen Mutu (ISO : 9000 : 2008)	Tersedianya dokumen tatakelola keuangan BLUD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Terlaksananya audit tatakelola keuangan BLUD	75%	1 dok	1 dok	1 dok	0	0	0
		Terlaksananya Penyusunan Laporan Keuangan	75%	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok	1 dok
		Terlaksananya Penyusunan Dokumen Perencanaan dan Laporan Kinerja	75%	5 dok	5 dok	5 dok	5 dok	5 dok	5 dok
		Terlaksananya penyusunan dokumen renstra		1 dok			1 dok		
		Terlaksananya pengelolaan keuangan berdasarkan sistem INA CBG's	75%	20 org	20 org	20 org	0	0	0
8	Ketersediaan Obat Generik	Terlaksananya Pengadaan dan implementasi manajemen obat dan logistik RS	75%	20 org	20 org	20 org	0	0	0
		Terlaksananya system manajemen logistik yang efektif dan efisien	75%	20 org	20 org	20 org	0	0	0
9	Cakupan Pelayanan (Penemuan dan penanganan) HIV AIDS, TB Paru, dan Malaria	Tersedianya informasi yang terkoneksi dengan Lintas Sektor	75%	1 SIM	1 SIM	1 SIM	0	0	0
		Terlaksananya Pelayanan Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	100%	100 org	100 org	100 org	100 org	100 org	100 org
		Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Kasus HIV AIDS, TB Paru dan Malaria	60%	1	100%	100%	100%	100%	100%
10	Cakupan Penyuluhan Kesehatan di RS (Individu	Terlaksananya edukasi tentang pelayanan kesehatan yang	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

	dan Kelompok)	Terlaksananya pemberian edukasi tentang <i>informed consent</i> kepada pasien dan keluarganya tentang pelayanan medik yang akan dilakukan oleh rumah sakit.	30%	0	50%	100%	100%	100%	100%
	Pencapaian Keselamatan Pasien (Patient Safety)	Terlaksananya enam	30%	30 org	30 org	30 org	30 org		
		Tercapainya standar angka kejadian infeksi nosokomial di RS	30%		30 org	30 org	30 org		
			30%	0	50%	100%	100%		
		Terciptanya budaya kesehatan dan keselamatan kerja di RS	30%	1	100%	100%	100%	100%	100%
		Terciptanya budaya	30%	30 org	30 org	30 org	30 org	30 org	30 org
11	Jumlah komplain	Terlaksananya audit mutu RS	30%	0	75%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian Mal Praktek	Peningkatan kepuasan staf	30%	0	50%	100%	100%	100%	100%
13	Tingkat kepuasan Pasien	Peningkatan kepuasan pelanggan	60%	1	100%	100%	100%	100%	100%
14	Menurunnya Angka Kematian Ibu & Angka Kemattian Bayi di	Menurunnya angka Kematian Ibu	2	3 orang	4 orang	5 orang	5 orang	5 orang	5 orang
		Menurunnya Angka Kematian Bayi	0	1 set	2 set	3 set	1 set	1 set	1 set