

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

1. Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam Waktu 24 Jam

Kategori Indikator	: Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	: Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu (≤ 24 Jam).
Definisi Operasional	<p>Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik Dalam Waktu ≤ 24 Jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap adalah mengacu sesuai Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis dan kebijakan rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur Utama serta seluruh form rekam medik terisi.</p> <p>Kriteria tepat adalah dokumen rekam medik yang dikembalikan ≤ 24 jam dengan mencantumkan tanggal dan jam pasien pulang serta tanggal dan jam dokumen rekam medik diterima kembali oleh pengelola rekam medik.</p> <p>Kedua kriteria harus terpenuhi</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
Numerator	: Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
Denominator	: Jumlah seluruh pasien pulang rawat inap (populasi)
Inklusi	: Seluruh dokumen rekam medis pasien pulang rawat inap berdasarkan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 dan kebijakan rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur Utama
Ekslusi	: Dokumen rekam medis pasien rawat jalan dan dokumen rekam medis terkait kasus hukum, Perawatan Intensif
Formula	: $\left(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi Jumlah seluruh pasien pulang} \right) \times 100\%$
Sumber Data	: Instalasi Rekam Medis
Standar	: 80%
Kriteria Penilaian	$C_n = \left\{ \left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS (%) R : Nilai Realisasi yang dicapai α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)</p> <p>Untuk monitoring pengembalian Rekam Medis yang masih menggunakan metode manual, maka nilai capaian maksimal adalah 80% dari Cn</p>
PIC	: Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum dan Operasional

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

2. Kepuasan Pelanggan

a. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis

Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
Perspektif	: <i>Customer</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	: Akses Pelayanan
Tujuan	: Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	: Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis sebagai DPJP setiap hari untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan dibawah jam 11:00 Monitoring visite dokter spesialis diusahakan terintegrasi dengan SIM RS
Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
Periode Analisa	: Bulanan
Numerator	: Jumlah kegiatan visite yang dilakukan DPJP dibawah jam 11.00 pada hari kerja
Denominator	: Jumlah kegiatan visite yang harus dilakukan DPJP pada hari kerja (populasi)
Inklusi	: 1 pasien dihitung 1 x visite DPJP perhari (misal : bila 3 DPJP merawat 1 pasien maka visite 1 DPJP dari ketiga DPJP sudah masuk dalam kriteria penilaian)
Ekslusi	: Pasien yang di visite pada hari Libur
Formula	: <p>Kategori :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ pukul 11.00 nilai 100 2. > pukul 11.00 s/d 13.00 nilai 50 3. > pukul 13.00 nilai 25 4. Tidak Visite nilai 0 $\{(\text{Jumlah visite pasien} \leq 11.00 \text{ kali } 100) + (\text{jumlah visite pasien } 11.00 \text{ s/d } 13.00 \text{ kali } 50) + (\text{jumlah visite pasien } > 13.00 \text{ kali } 25) + (\text{jumlah DPJP tidak visite kali } 0)\} \text{ pada hari kerja} / \text{Jumlah kegiatan visite yang harus dilakukan DPJP pada hari kerja}$
Sumber Data	: Laporan Visite Rawat Inap
Standar	: 80%
Kriteria Penilaian	: $C_n = \left\{ \left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p> S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang dicapai α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%) Direktur Utama Rumah Sakit/Kepala Balai Menetapkan jam visite dokter </p>
PIC	: Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

2. Kepuasan Pelanggan

b. Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (*Online* /SMS)

Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Kepuasan Pelanggan
Perspektif	: <i>Customer</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan registrasi rawat jalan secara <i>online</i> /SMS
Definisi Operasional	: Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan <i>Online</i> /SMS, merupakan <i>front end application</i> yang terintegrasi dengan SIMRS. Pasien/masyarakat dapat mengakses sistem pendaftaran ini melalui <i>website</i> atau melalui telepon genggam. Dengan adanya sistem pendaftaran pasien rawat jalan <i>online</i> /SMS ini, pasien akan memperoleh nomor reservasi, dan dilayani melalui loket pendaftaran khusus
Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
Numerator	: Jumlah pasien rawat jalan yang mendaftar dengan menggunakan Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (<i>Online</i> /SMS)
Denominator	: Total pasien rawat jalan
Inklusi	: Pasien rawat jalan yang mendaftar dengan menggunakan Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (<i>Online</i> /SMS)
Ekslusi	: Pasien rawat inap
Formula	: $\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang mendaftar online/SMS}}{\text{Jumlah total pasien rawat jalan}} \times 100\%$
Sumber Data	: Sistem Pendaftaran Rawat Jalan <i>Online</i> /SMS
Standar	: 10%
Kriteria Penilaian	: $C_n = \left\{ \left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang dicapai α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)
PIC	: Direktur Umum dan Operasional/Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	: Petunjuk Teknis Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan <i>Online</i>

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

2. Kepuasan Pelanggan

c. Informasi Ketersediaan Tempat Tidur

Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Informasi Ketersediaan tempat tidur
Perspektif	: <i>Customer</i>
Sasaran Strategis	: Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	: Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	: Terselenggaranya pelayanan informasi ketersediaan tempat tidur RS
Definisi Operasional	<p>Informasi ketersediaan tempat tidur adalah kepatuhan rumah sakit dalam memperbaharui data tempat tidur sehingga mempermudah akses layanan publik terhadap informasi ketersediaan tempat tidur.</p> <p>Upaya memperbaharui informasi ketersediaan tempat tidur terdiri dari : Penyajian informasi ketersediaan tempat tidur mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terpakai dan tersedia b. Dibedakan menurut jenis kelamin (Laki-laki/Perempuan) c. Kelas Perawatan d. <i>Terupdate</i> secara <i>real time</i> (terintegrasi dengan SIMRS) e. Informasi ketersediaan TT disajikan dalam bentuk dashboard yang dapat menjadi informasi bagi pengunjung/pasien rumah sakit dan dapat diakses dari website rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
Formula	1. Terpenuhi Kriteria SIRANAP real time (terintegrasi)= 100% 2. Terpenuhi Kriteria SIRANAP tidak real time (tidak terintegrasi) = 50% 3. Tidak Terpenuhi Kriteria SIRANAP = 0%
Numerator	: -
Denominator	: -
Inklusi	: -
Ekslusi	: Untuk ruang rawat yang memerlukan persiapan khusus (antara lain ruang isolasi RIIM)
Sumber Data	: Siranap
Standar	: 100%
Kriteria Penilaian	$C_n = \left\{ \left(\alpha \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) \times \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p> S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang dicapai α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%) </p>
PIC	: Direktur Umum dan Operasional

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

3. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	: Manajerial
Kategori Indikator	: Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)
Perspektif	: Keuangan
Sasaran Strategis	: Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
Dimensi Mutu	: Efisiensi, efektivitas
Tujuan	: Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
Definisi Operasional	<p>Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU, dan tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	: Triwulanan (Perhitungan Akumulatif)
Numerator	: Pendapatan PNBP
Denominator	: Biaya Operasional
Formula	: Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%
Inklusi	: -
Ekslusi	: -
Sumber Data	: Laporan Keuangan Akrua BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan oleh Pemimpin BLU
Standar	<p>65%; 45% untuk RS Jiwa, RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi dan RS Stroke</p>
Kriteria Penilaian	$C_n = \left\{ \left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP/ Biaya Operasional x 100%] α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%) 1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)</p>
PIC	: Direktur Keuangan

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

4. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem / BIOS)

Area	: Manajerial		
Kategori Indikator	: Penyelesaian Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS)		
Perspektif	: <i>Learning and growth</i>		
Sasaran Strategis	: Untuk meningkatkan kinerja layanan dan keuangan BLU		
Dimensi Mutu	: Sistem informasi BLU yang andal dan modern		
Tujuan	: Untuk mengukur tingkat modernisasi pengelolaan BLU dalam mendukung peningkatan layanan serta peningkatan akuntabilitas dan akurasi manajemen dalam pengambilan keputusan		
Definisi Operasional	: Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi pada tahun 2018 berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dan kelengkapan tahapan yang diselesaikan .		
	: Terdapat 8 (delapan) Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BIOS) dengan dasar nilai capaian tiap triwulan adalah 100% dengan penjelasan:		
	Urutan Tahapan	Variabel	Nilai Penambah (%)*) Nilai Pengurang (%)**)
	1.	Pengisian data profil, layanan dan keuangan pada BIOS secara lengkap dan <i>up to date</i> , dengan sub variabel:	
		Mengelola dan memiliki data BIOS (info umum, info khusus, info keuangan) yang <i>up to date</i>	- 3%
		Memiliki data info umum dan khusus (selain data SDM dan Layanan) kondisi terakhir	1% 1%
		Memiliki data info khusus (data SDM dan Layanan data 3 (tiga) tahun kebelakang dan tahun berjalan (triwulanan)	2% 2%
		Memiliki data info keuangan data triwulanan	2% 2%
		Penggunaan modul-modul pada BIOS	- 3%
		Memberikan tanggapan pada Laporan pembinaan PPK BLU	1% 1%
		Melakukan input Tarif Berlaku & delegasi pada modul Tarif	1,5% 1,5%
		Melakukan Penyampaian RBA pada Modul RBA	1% 1%
		Melakukan Perekaman Laporan Dewas pada Modul Dewas	1,5% 1,5%
		Menggunakan Modul <i>Office Automation</i> (OA) Secara Aktif	5% -
		Memiliki Standard Operating Procedures (SOP) updating data pada BIOS	- 3%
	2.	Tersedianya website yang representatif dan <i>up to date</i> , dengan sub variabel:	
		Memiliki <i>Website</i> dengan data profil, alamat, kontak informasi, berita, produk layanan, tarif layanan, pengaduan pelanggan yang informatif dan <i>up to date</i>	- 2,5%
		Memiliki fitur survei kepuasan layanan pada <i>website</i>	- 2%
		Memiliki SOP pengelolaan <i>website</i>	- 2,5%

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

		Terbentuknya database terpusat, dengan sub variabel:	
		Memiliki database terpusat	2%
	3.	Kelengkapan data pada database terpusat (variabel data menyesuaikan kebutuhan BIOS)	2,5%
		Mengelola dan memiliki data database yang up to date dan valid	2%
		Memiliki SOP pengelolaan database	2,5%
		Tersedianya Webservices untuk transfer data ke Kementerian Keuangan, dengan sub variabel:	
	4.	Memiliki webservices yang terkoneksi dengan Dit PPK BLU	2%
		Memiliki Kelengkapan data pada webservice (variabel data pada webservice menyesuaikan kebutuhan BIOS)	2,5%
		Memiliki SOP pengelolaan webservice	2,5%
		Tersedianya dashboard untuk kebutuhan manajerial, dengan sub variabel:	
	5.	BLU Memiliki dashboard untuk manajerial (bukan dari aplikasi BIOS)	2,5%
		Memiliki Kelengkapan data pada dashboard (profil, layanan, keuangan)	2,5%
		Kebutuhan data pada dashboard secara otomatis (tidak didapatkan dengan manual input)	2,5%
		Dashboard telah digunakan dalam rapat manajerial	2,5%
	6.	Optimalisasi penggunaan fasilitas dari perbankan, dengan sub variabel:	
		Ketersediaan Cash Management System (CMS) dari perbankan	3%
		Mengoptimalkan penggunaan CMS (minimal: inquiry, transfer, payroll)	-
		Memiliki SOP pengelolaan rekening dengan menggunakan CMS	2%
		Pembayaran jasa pelayanan ke rekening penerimaan dengan menggunakan mekanisme Virtual Account	-

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

	7	Memiliki Proses Bisnis Layanan yang berbasis teknologi informasi (TI) , dengan sub variabel:		
		Proses pendaftaran pasien, pengenaan tindakan, layanan penunjang sampai dengan pemberian tarif (kuitansi/bukti pembayaran) sudah berbasis TI	3%	3%
		Pengelolaan barang persediaan (Medis dan Nonmedis) sudah berbasis TI (pengadaan – data barang persediaan – penggunaan)	2,5%	-
		Pengelolaan belanja rutin (perjalanan dinas, keperluan sehari-hari) BLU sudah berbasis TI (pengajuan Uang Muka, pertanggungjawaban, s.d. pembayaran)	2,5%	-
		Memiliki SOP pengelolaan barang persediaan dan pengelolaan belanja rutin yang berbasis TI	2%	-
	8	Memiliki Proses Bisnis Keuangan (akuntansi dan pelaporan keuangan) yang berbasis teknologi informasi (TI) , dengan sub variabel:		
		Data pendapatan layanan sudah dapat digunakan untuk penyusunan laporan keuangan secara otomatis	2,5%	2,5%
		Data belanja sudah dapat digunakan untuk penyusunan laporan keuangan secara otomatis	2,5%	2,5%
		Penyusunan Laporan Pendapatan dan Belanja BLU (Laporan Operasional) dapat disediakan oleh sistem TI	3%	-
		Memiliki SOP Penyusunan Laporan Pendapatan dan Belanja BLU (Laporan Operasional) yang berbasis TI	2%	-
	Keterangan: *) Nilai Penambah adalah nilai yang ditambahkan jika realisasi kinerja BLU dapat melampaui tahapan yang ditargetkan oleh BLU **) Nilai Pengurang adalah nilai yang dikurangkan jika realisasi kinerja BLU tidak dapat memenuhi tahapan yang ditargetkan oleh BLU			
	Frekuensi Pengumpulan Data		Triwulanan	
	Standar	100% dengan penjelasan :		
Triwulan		Urutan Tahapan yang harus diselesaikan		
Triwulan I (TW.I)		1 s.d. 5 Tahapan		
Triwulan II (TW.II)		1 s.d. 4 & 6 Tahapan		
Triwulan III (TW.III)		1 s.d. 4 & 7 Tahapan		
Triwulan IV (TW.IV)		1 s.d. 4 & 8 Tahapan		
Keterangan :				
1. Nilai Standar 100% pada Triwulan I adalah selesainya Tahap 1 s.d 5				
2. Nilai Standar 100% pada Triwulan II adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 dan 6				
3. Nilai Standar 100% pada Triwulan III adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 dan 7				
4. Nilai Standar 100% pada Triwulan IV adalah selesainya Tahap 1 s.d 4 dan 8				

Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (IKT) TA.2018 Rumah Sakit Umum dan Khusus

Target	<p>Penentuan Target oleh BLU sebagai berikut:</p> <p>A. RS "A" pada TW I menetapkan target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d 5), maka target RS "A" pada TW I adalah = 100%</p> <p>B. RS "B" pada TW I menetapkan target tahap 1 s.d 6 (target TW II), maka target RS "B" pada TW I adalah: 100%+10% = 110%</p> <p>C. RS "C" pada TW II menetapkan target s.d. TW III (tahap 1 s.d 4, dan 6, 7), maka target RS "C" pada TW II adalah: 100%+10% = 110%</p> <p>RS "D" pada TW III (tahap sesuai standar adalah tahap 1 s.d. 4 dan 7) memperkirakan hanya dapat menyelesaikan 1 sub variabel pada tahap 7 yaitu tahapan:</p> <p>D. "Proses pendaftaran pasien, pengenaan tindakan, layanan penunjang sampai dengan pemberian tarif (kuitansi/bukti pembayaran) sudah berbasis TI"</p> <p>dari 4 sub variabel yang dipersyaratkan pada tahap 7, Maka target RS "D" pada TW III adalah : 100%-7% = 93%</p> <p>Catatan: Penentuan tahapan target untuk periode Triwulan II, III, dan IV tidak boleh lebih kecil dari tahapan target yang ditetapkan Triwulan sebelumnya, dengan mempertimbangkan standar tahapan.</p> <p>RS "E" pada TW I mengambil target tahap 1 s.d 7, (tahap 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7) sebesar 120%.</p> <p>E. Untuk target TW II, penentuan target RS "E" paling tidak harus sama dengan Triwulan I, yaitu tahap 1 s.d 4, 6 dan 7 (tahap 5 tidak termasuk dalam standar untuk TW II).</p> <p>Maka target RS "E" pada TW II adalah: 100%+10% = 110%</p>
Formula Perhitungan Realisasi	<p>Perhitungan Realisasi setiap menggunakan <i>baseline</i> Target yang ditentukan BLU pada tiap triwulannya.</p> <p>Formulasi: 100% + [Nilai Penambah(%)] – [Nilai pengurang(%)]</p> <p>Contoh:</p> <p>A. RS "A", pada TW I memiliki target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d. 5), 100%. RS "A" dapat merealisasikan tahap 1 s.d. 5. kecuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak memiliki data info keuangan triwulanan periode berjalan • Tidak Menyampaikan RBA pada Modul RBA • Dashboard belum digunakan dalam rapat manajerial <p>maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "A" adalah: 100%+12%+7.5% = 119.5%</p> <p>B. RS "B", pada TW I memiliki target tahap 1 s.d. 6, 110%. RS "B" dapat merealisasikan seluruh tahap 1 s.d. 6.</p> <p>Maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "B" adalah: 100%+15%+10%+10% = 135%</p> <p>RS "C", pada TW I memiliki target sesuai dengan standar (tahap 1 s.d. 5), 100%. RS "C" dapat merealisasikan tahap 1 s.d. 5 dan menyelesaikan 2 sub variabel di tahap 6, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki Cash Management System (CMS) dari perbankan • Memiliki SOP pengelolaan rekening dengan menggunakan CMS <p>Maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "C" adalah: 100%+15%+10%+5% = 130%</p> <p>D. RS "D", pada TW I memiliki target s.d. Triwulan II (tahap 1 s.d. 6), 110%. RS "D" hanya dapat merealisasikan seluruh tahap 1 s.d. 5.</p> <p>Maka perhitungan realisasi untuk TW I untuk RS "D" adalah: 100%+15%+10%-5% = 120%</p>
Sumber Data	<p>1. Data pada BIOS dan data pada sistem informasi BLU; dan</p> <p>2. Data primer sebagai pembanding/ penguji kevalidan data yang terekam pada sistem</p>
Kriteria Penilaian	$C_n = \left\{ \left(\alpha x \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left((1 - \alpha) x \frac{T + (R - T)}{T} \right) \right\}$ <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai</p> <p>T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>R : Nilai Realisasi yang dicapai</p> <p>α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Standar (40%)</p> <p>1- α : Nilai Bobot kinerja pemenuhan Target (60%)</p>
PIC	Direktorat atau bagian pengelola data dan informasi

CONTOH CAPAIAN KINERJA VISITE DOKTER
RS ABC
PERIODE : 19 - 23 FEBRUARI 2018

RUANG BANGSAL : MELATI JAYA
KEPALA BANGSAL : ADISAH, AMD
NAMA DOKTER SPESIALIS : DR. ASMURI, SP - PD (K), DR. SONYA, SP - PD (K), DR. YOGI, SP PD (K)
JUMLAH PASIEN : 11 ORANG

NO	NAMA PASIEN	NOMOR RM	WAKTU VISITE										KET
			19 FEB		20 FEB		21 FEB		22 FEB		23 FEB		
			WKT	KTGR	WKT	KTGR	WKT	KTGR	WKT	KTGR	WKT	KTGR	
1	ZAID	21005	8:30	1	10:45	1	12:40	2	07:35	1	12:55	3	1 = 100
2	NURUL	21003	8:40	1	10:55	1	12:50	2	07:45	1	13:05	3	2 = 50
3	PRAS	21004	8:50	1	11:05	2	13:00	3	12:40	2	13:15	3	3 = 25
4	SIGIT	21007	9:00	1	11:15	2	13:10	3	12:50	2	-	4	4 = 0
5	TEDDY	21025	07:35	1	07:40	1	07:50	1	07:35	1	08:00	1	1 = 100
6	UNGGUL	21010	07:50	1	07:50	1	12:50	2	07:45	1	08:15	1	2 = 50
7	ANINDA	21009	08:00	1	08:00	1	13:00	2	12:40	2	13:15	3	3 = 25
8	WAHYU	21006	12:55	2	08:15	1	13:10	3	-	4	13:30	3	4 = 0
9	GOFUR	21050	8:30	1	10:45	1	07:30	1	12:30	2	07:30	1	1 = 100
10	EKO	21100	8:40	1	10:55	1	07:40	1	12:40	2	07:45	1	2 = 50
11	MANDY	21075	8:50	1	11:05	2	07:50	1	12:50	2	13:20	3	3 = 25
CAPAIAN KINERJA			95,45		86,36		61,36		63,64		50		4 = 0

Keterangan :
 KTGR : Kategori

Catatan:

1. Periode penghitungan capaian kinerja agar dibuat mingguan sehingga lebih sederhana
2. Pengisian waktu visite disusun berdasarkan catatan Kepala Bangsal (perawat) saat mendampingi dokter spesialis
3. Waktu *visite* dokter spesialis yang dicatat adalah saat dokter tiba ditempat tidur pasien sebelum melakukan tindakan
4. Kolom Katagori diisi berdasarkan ketentuan dalam DO Ketepatan Jam *Visite* Dokter Spesialis
5. Kolom Capaian Kinerja dihitung berdasarkan nilai rata-rata agregat (total jumlah tiap kategori dikali skor tiap kategori)

CONTOH CAPAIAN IKT PENGEMBALIAN RM DALAM WAKTU 24 JAM
RS ABC
PERIODE : JANUARI 2018

NO	NO RM	NAMA PASIEN	TGL MASUK	DPJP	PASIEN PULANG		PENGEMBALIAN RM		KETEPATAN		DOKUMEN RM YG DIKEMBALIKAN*				KELENGKAPAN RM		STATUS RM	KET
					TGL	WAKTU	TGL	WAKTU	≤ 24 JAM	> 24 JAM	DOK A	DOK B	DOK C	DOK D	LENGKAP	TDK	(10+16)/2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	9001	x	12-Jan-17	dr. AB	20-Jan-17	9:40	21-Jan-17	8:35	1	0	1	1	1	1	1	0	1	
2	9504	y	15-Jan-17	dr. CD	18-Jan-17	15:00	19-Jan-17	15:05	0	1	1	1	1	1	1	0	0,5	
3	9803	z	21-Jan-17	dr. EF	27-Jan-17	12:30	28-Jan-17	12:00	1	0	1	1	0	1	0	1	0,5	
Jumlah									66,67	33,33					66,67	33,33	0,67	



Capaian Kinerja

PANDUAN PENGISIAN FORMAT:

1. Isilah seluruh data input dengan lengkap dan benar
2. Kolom Ketepatan diperoleh dari selisih waktu, yaitu kolom Pengembalian RM (tgl & waktu) dikurangi kolom Pasien Pulang (tgl & waktu), jika selisih waktu ≤ 24 jam maka pada subkolom 10 diisi poin 1, jika selisih waktu > 24 jam diisi poin 0
3. Kolom Kelengkapan RM diperoleh dari kontribusi tiap-tiap dokumen yang ada dengan merujuk pada Permenkes 269 tahun 2008 , semua dokumen harus terisi lengkap dan ditandatangani petugas berwenang. Jika ada salah satu dokumen yang tidak lengkap atau tidak ditandatangani petugas, maka nilai kelengkapan keseluruhan menjadi 0 (subkolom 16). Dalam contoh diatas, diumpamakan berdasarkan keputusan Dirut komponen permenkes 269/2008 dibagi menjadi 4 kelompok dokumen.
4. Kolom Status RM (18) per pasien diperoleh dengan menghitung nilai rata-rata (subkolom 10 + subkolom 16 dibagi 2)
5. Nilai capaian kinerja keseluruhan Status RM yaitu dengan menghitung nilai rata-rata yang terdapat subkolom 18
6. Capaian Kinerja dalam 1 tahun diperoleh dengan menghitung nilai rata-rata agregat capaian selama 12 bulan