



RENCANA STRATEGI BISNIS

TAHUN 2025-2029



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan berkah-Nya, sehingga Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini dapat kami susun sebaik – baiknya sebagai salah satu karya terbaik untuk menjadi tolak ukur kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 5 (lima) tahun ke depan. Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025 – 2029 akan menjadi Pedoman dan Acuan dalam Pelaksanaan Program dan Kegiatan Tahunan yang tertuang dalam Rencana Bisnis dan Anggaran sesuai dengan tahapan dan target kinerja yang telah ditetapkan.

Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025 – 2029 dilakukan karena adanya penurunan target pendapatan akibat rumah sakit tidak mengalami penambahan bangunan gedung pelayanan, kapasitas tempat tidur dan alat kesehatan maupun penambahan jenis layanan baru karena keterbatasan anggaran. Kondisi tersebut menyebabkan kapasitas produksi layanan tidak dapat meningkat, sehingga realisasi pendapatan tahun 2025–2026 berada jauh di bawah target yang ditetapkan. Berdasarkan keterbatasan kapasitas dan *trend* realisasi tersebut, maka perlu dilakukan penyesuaian target pendapatan BLU pada tahun 2027 – 2029 agar lebih realistis, akuntabel, dan sesuai kemampuan riil rumah sakit dalam menyediakan layanan.

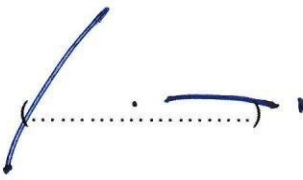
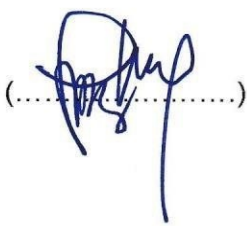
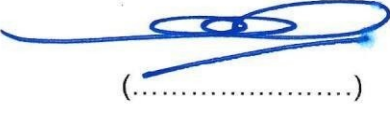
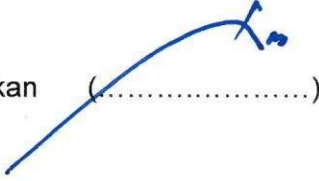
. Pada akhirnya Rencana Strategis Bisnis ini diharapkan menjembatani komunikasi dan partisipasi seluruh *stakeholder* menjadi bahan evaluasi atas kinerja sesuai target yang ditetapkan serta memberikan manfaat bagi peningkatan kesehatan masyarakat sehingga apa yang menjadi tujuan strategis untuk tahun 2025 – 2029 dapat tercapai.



Makassar, 10 Desember 2025
Direktur Utama

Dr. dr. Aswan Usman, M.Kes
NIP. 197104042002121001

HALAMAN PENGESAHAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) OLEH DIREKSI

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	Dr. dr. Aswan Usman, M.Kes	Direktur Utama	
2.	Angriany Rauf, S.Si, SE, Apt, M. Adm. Kes	Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Oprasional	
3.	Dr. dr. Eka Jusup Singka, M.Sc	Direktur Medik dan Keperawatan	
4.	DR. I Nyoman Dharma Wiasa, S.Kp, SH, MM, M.Kes, MH	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

Ketua



Pungkas Bahjuri Ali, STP., MS., PhD

Anggota



drg. R.Vensya Sitohang, M.Epid., Ph.D

Anggota



**Misyal B. Achmad, SH., MH., CLA., C.MSP.,
C.NSP**

Anggota



Tjahjo Purnomo, SE., M.M

Anggota



Yogi Dwiyanoro, SE., M.M

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Kata Pengantar	ii
Halaman Pengesahan Oleh Direksi	iii
Halaman Pengesahan Oleh Dewan Pengawas	iv
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Grafik	viii
Daftar Gambar	ix
Ringkasan Eksekutif	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis (RSB)	7
1.3 Dasar Hukum	10
BAB II. ANALISA DAN STRATEGI	12
2.1 Profil Satuan Kerja	12
2.2 Gambaran Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.....	14
2.3 Analisa SWO.....	31
2.4 Diagram Kartesius	34
2.5 Analisis TOWS	35
2.6 Analisis Dan Mitigasi Risiko	36
2.7 Inisiatif Strategis	48
BAB III. RENCANA BISNIS 5 TAHUN	52
3.1 Program Strategis Dari Kementerian Kesehatan	52
3.2 Program Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	54
3.3 Prioritisasi Program	55
BAB IV. PENUTUP	76
4.1 Kesimpulan	76
4.2 Saran	76
LAMPIRAN	77

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Tujuan Strategis Dan Sasaran Strategis Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029.....	1
Tabel 1.2 Sasaran Strategis RSB RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2025 - 2029	10
Tabel 2.1 Waktu Tunggu Layanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	19
Tabel 2.2 Data HAIs RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	19
Tabel 2.3 Realisasi Belanja Berdasarkan Jenis Belanja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	22
Tabel 2.4 Capaian Laporan MKKO RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2018 - 2024	24
Tabel 2.5 Data Sarana Gedung Dan Alat Kesehatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	25
Tabel 2.6 Data Utilisasi Alat Kesehatan Layanan Unggulan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	26
Tabel 2.7 Pencapaian Pendapatan Per Total Pegawai RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	27
Tabel 2.8 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	29
Tabel 2.9 Analisis Internal Kekuatan (<i>Strength</i>)	31
Tabel 2.10 Analisis Internal Kelemahan (<i>Weakness</i>)	32
Tabel 2.11 Analisis Eksternal Peluang (<i>Oppoturnity</i>)	33
Tabel 2.12 Analisis Eksternal Ancaman (<i>Threat</i>)	33
Tabel 2.13 Identifikasi Risiko	37
Tabel 2.14 Kriteria Kemungkinan	40
Tabel 2.15 Kriteria Dampak	41
Tabel 2.16 Penilaian Tingkat Risiko	42
Tabel 2.17 Rencana Mitigasi Risiko	46
Tabel 2.18 Sasaran Strategis	48
Tabel 2.19 Inisiatif Strategis Turunan Dari Kementerian Kesehatan	50
Tabel 2.20 Inisiatif Strategis Tambahan Berdasarkan Analisis SWOT Dan TOWS	51

Tabel 3.1 Program Strategis Kementerian Kesehatan	52
Tabel 3.2 Program Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	54
Tabel 3.3 Program Strategis Berdasarkan <i>Master Plan</i> RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	55
Tabel 3.4 Prioritas Pelaksanaan Program RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	56
Tabel 3.5 Inisiatif Strategis Dan Indikator Inisiatif Strategis (L2)	57
Tabel 3.6 Inisiatif Strategis Dan Indikator Inisiatif Strategis (L2) Tambahan	60
Tabel 3.7 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2025 – 2029	62
Tabel 3.8 Program dan Kegiatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2025 – 2029.....	64
Tabel 3.9 Estimasi Anggaran Operasional (Revisi) Tahun 2025 – 2029	70
Tabel 3.10 Estimasi Anggaran Pengembangan Tahun 2025 – 2029	73

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1 <i>Trend</i> Jumlah Kunjungan Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 – 2024.....	5
Grafik 1.2 <i>Trend</i> Jumlah Kunjungan Layanan Operasi Orthopedi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	6
Grafik 1.3 Jumlah Penyakit Kanker, Stroke dan KIA RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	6
Grafik 2.1 Perbandingan Kunjungan Rawat Jalan Pasien BPJS Dan Non BPJS RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	14
Grafik 2.2 Perbandingan Kunjungan Rawat Inap Pasien BPJS Dan Non BPJS RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	15
Grafik 2.3 Perbandingan Indikator Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	16
Grafik 2.4 <i>Trend</i> Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pelatihan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	17
Grafik 2.5 <i>Trend</i> Jumlah Pegawai Yang Mencapai 20 JPL RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	17
Grafik 2.6 <i>Trend</i> Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pelatihan Berdasarkan Penyelenggara (<i>In House Training</i> dan <i>Eksternal</i>) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	18
Grafik 2.7 Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2021 – 2024	20
Grafik 2.8 <i>Trend</i> Pagu Dan Realisasi Anggaran RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	21
Grafik 2.9 <i>Trend</i> Target Dan Pendapatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020 - 2024	23
Grafik 2.10 Jumlah Sumber Daya Manusia ASN, Non ASN, Medis, Nakes Lainnya Dan Administrasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	27
Grafik 3.1 Estimasi Pendapatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid (Revisi) Tahun 2025 – 2029	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Bagan Bagan Pilar <i>Strategy House</i> RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	4
Gambar 1.2 Bagan Transformasi Sistem Kesehatan	7
Gambar 1.3 Bagan Pilar <i>Transformasi Layanan Rujukan</i>	8
Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	12
Gambar 2.2 <i>Milestone</i> RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	12
Gambar 2.3 Diagram Kartesius	34
Gambar 2.4 Peta Strategis	49
Gambar 3.1 <i>Roadmap</i> Inisiatif Strategis	61

RINGKASAN EKSEKUTIF

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah dokumen perencanaan pembangunan jangka menengah yang merupakan penjabaran dari visi dan misi Kementerian Kesehatan dalam rangka pencapaian sasaran pembangunan nasional secara menyeluruh sejalan dengan visi, misi dan program prioritas (*platform*) yang telah dijabarkan dalam RPJMN dan Rencana Kerja Pemerintah Tahunan.

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai rumah sakit yang merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025-2029 yang memuat visi, misi, sasaran strategis, dan kegiatan yang dilengkapi dengan indikator kinerja dan target yang akan dicapai, yang selanjutnya menjadi acuan dalam penyusunan rencana kegiatan setiap tahunnya.

Untuk mewujudkan visi “Rumah Sakit dengan Pelayanan Orthopedi, Rehabilitasi Medik, TB RO dan *Traditional Health Care Center* Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan”, maka RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar memiliki misi, yaitu:

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan;
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Dengan mengacu pada Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan serta berdasarkan analisa *Balance Score Card*, maka RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan 5 (Lima) Tujuan Strategis yaitu:

1. Terwujudnya kepuasan pasien dengan memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan;
2. Terwujudnya produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan;
3. Terselenggaranya Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *clinical pathway* serta peningkatan riset medis;
4. Terwujudnya perbaikan sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan;
5. Terwujudnya penguatan kolaborasi dengan pengampu nasional dalam

memperoleh sumber daya yang memadai untuk mendukung pengembangan riset medis di rumah sakit.

Untuk mencapai Visi dan Misi tersebut, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan sasaran strategis yaitu:

1. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal;
2. Terwujudnya layanan terbaik level Asia;
3. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas;
4. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan;
5. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal;
6. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel;
7. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien;
8. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten;
9. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan;
10. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK.

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah dokumen perencanaan pembangunan jangka menengah yang merupakan penjabaran dari visi dan misi Kementerian Kesehatan dalam rangka pencapaian sasaran pembangunan nasional secara menyeluruh sejalan dengan visi, misi dan program prioritas (*platform*) yang telah dijabarkan dalam RPJMN dan Rencana Kerja Pemerintah Tahunan. Dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025 serta mewujudkan visi Indonesia Emas 2045 dan visi Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029 di bidang kesehatan yaitu “Masyarakat yang sehat dan produktif guna mewujudkan Indonesia Emas 2045”. Adapun misi Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029 adalah :

- a. Masyarakat sehat;
- b. Komunitas gaya hidup sehat;
- c. Layanan kesehatan baik, adil dan terjangkau;
- d. Sistem kesehatan yang kuat;
- e. Tata Kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif;
- f. Teknologi kesehatan yang maju.

Untuk mewujudkan visi tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan 7 (tujuh) Tujuan Strategis dan 11 (sebelas) Sasaran Strategis, sebagai berikut:

**Tabel 1.1 Tujuan Strategis dan Sasaran Strategis Renstra
Kementerian kesehatan 2025 – 2029**

NO	TUJUAN STRATEGIS	SASARAN STRATEGI
1	Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	a. Meningkatnya kualitas layanan kesehatan ibu, anak, usia dewasa dan lansia b. Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit

Lanjutan tabel 1.1 :

NO	TUJUAN STRATEGIS	SASARAN STRATEGI
2	Masyarakat berperilaku hidup sehat	a. Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat
3	Layanan Kesehatan yg berkualitas, baik, adil dan terjangkau	a. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes
		b. Meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM kesehatan
4	Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif	a. Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan
5	Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif	a. Meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah
		b. Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan
6	Teknologi Kesehatan yang Maju	a. Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan
		b. Meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis
7	Kemenkes yang Agile, Efektif dan Efisien	a. Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan

Berdasarkan visi dan misi Kementerian Kesehatan, maka RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan visi, misi dan target sebagai berikut :

a. Visi dan Misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Visi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Visi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah “Rumah Sakit dengan Pelayanan Orthopedi, Rehabilitasi Medik, TB RO dan *Traditional Health Care Center* Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan”.

Misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yaitu:

- 1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
- 2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas

kerja;

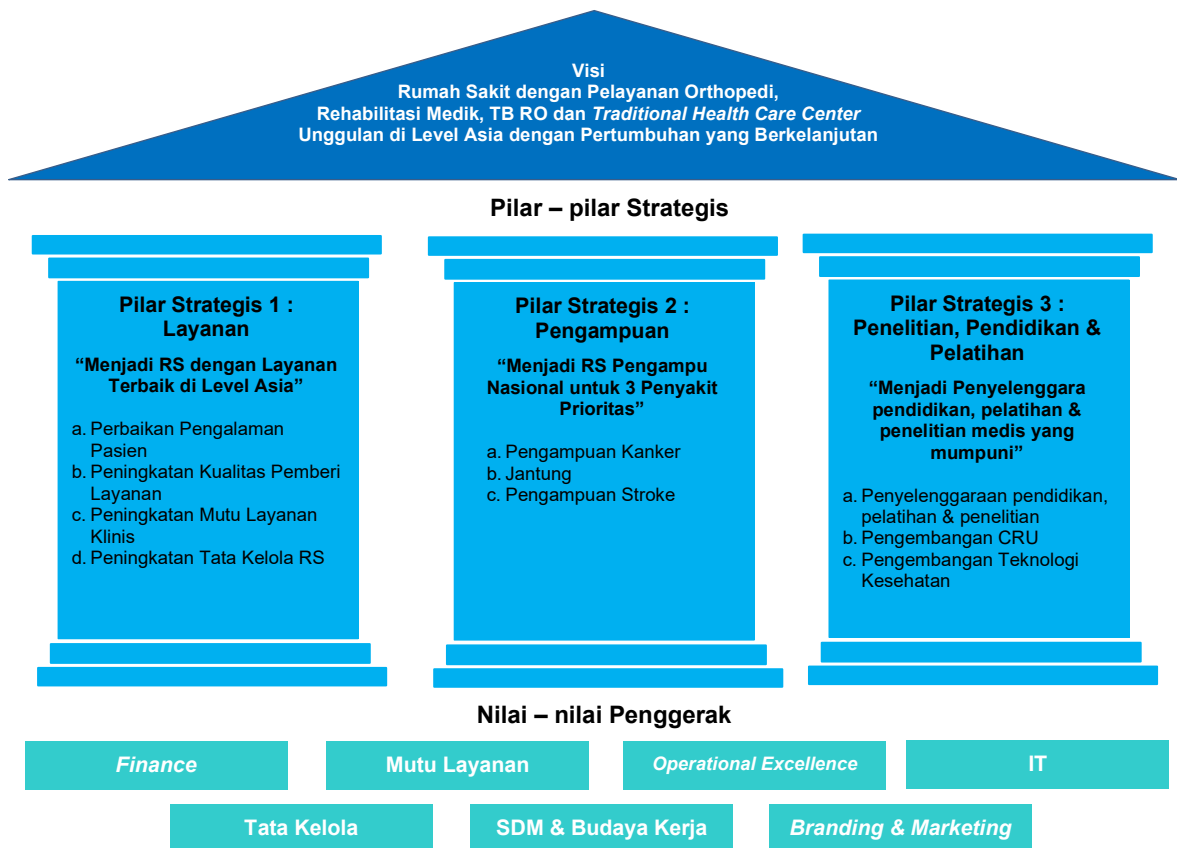
- 3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan;
- 4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
- 5) Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
- 6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menyelenggarakan fungsi :

- 1) Penyusunan rencana program dan anggaran;
- 2) Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- 3) Pengelolaan pelayanan nonmedis;
- 4) Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- 5) Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- 6) Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- 7) Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- 8) Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- 9) Pelaksanaan urusan hukum, kerjasama dan hubungan masyarakat;
- 10) Pengelolaan sistem informasi;
- 11) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan;
- 12) Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Arah strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar terdiri dari pilar strategis dan nilai penggerak yang telah dirumuskan dalam *Strategy House* sebagai berikut :

**Gambar 1.1 Bagan Pilar *Strategy House*
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**



Untuk pengembangan strategis tersebut di atas, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar akan fokus untuk pengembangan UPF (Unit Pelayanan Fungsional) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yaitu pelayanan paru, kesehatan tradisional dan pengembangan layanan lainnya sesuai kebutuhan masyarakat dan hasil riset rumah sakit.

b. Target Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah sebuah pedoman yang dapat digunakan rumah sakit dari kondisi saat ini untuk mencapai tujuan usaha dalam waktu beberapa tahun ke depan. Rencana Strategis Bisnis (RSB) memuat strategi - strategi yang selanjutnya menjadi dasar bagi penyusunan program kerja, dengan demikian arah pengembangan rumah sakit menjadi jelas dan terarah.

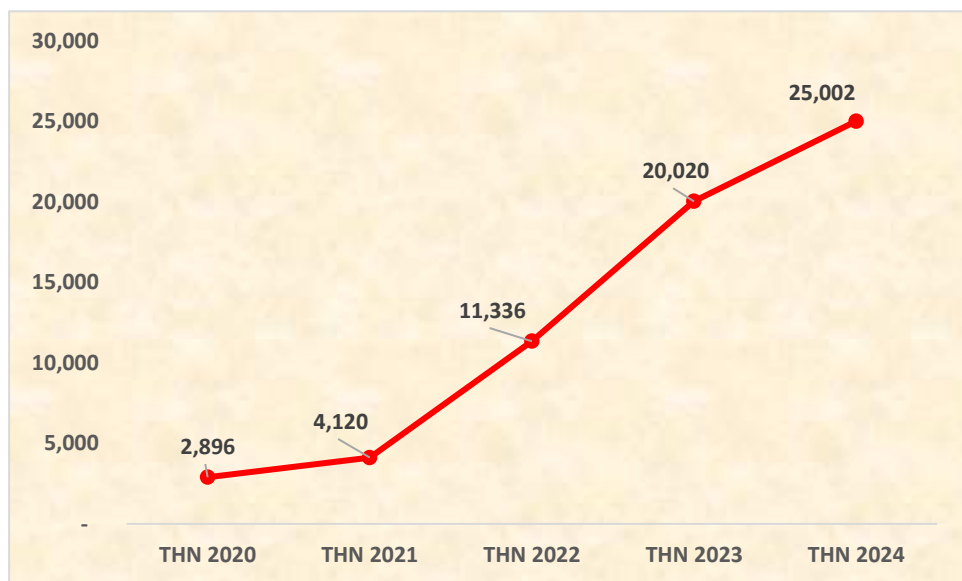
Adapun target Rencana Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yaitu:

- 1) Rumah Sakit dengan Pelayanan Orthopedi (Arthroplasty, Arthroscopy dan Onkologi Orthopedi) Neuro Intervensi, Rehabilitasi Medik (Neuromuscular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO/Respirasi Pediatrik), *Traditional Health Care Center* (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik) yang unggul di Asia;

- 2) Pengampu nasional dalam pelayanan Kanker, Jantung, Stroke dan KIA;
- 3) Penggerak pendidikan, pelatihan dan penelitian pelayanan Orthopedi (Arthroplasty, Arthroscopy dan Onkologi Orthopedi) Neuro Intervensi, Rehabilitasi Medik (Neuromuscular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO/Respirasi Pediatrik), Traditional Health Care Center (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik) di Asia.

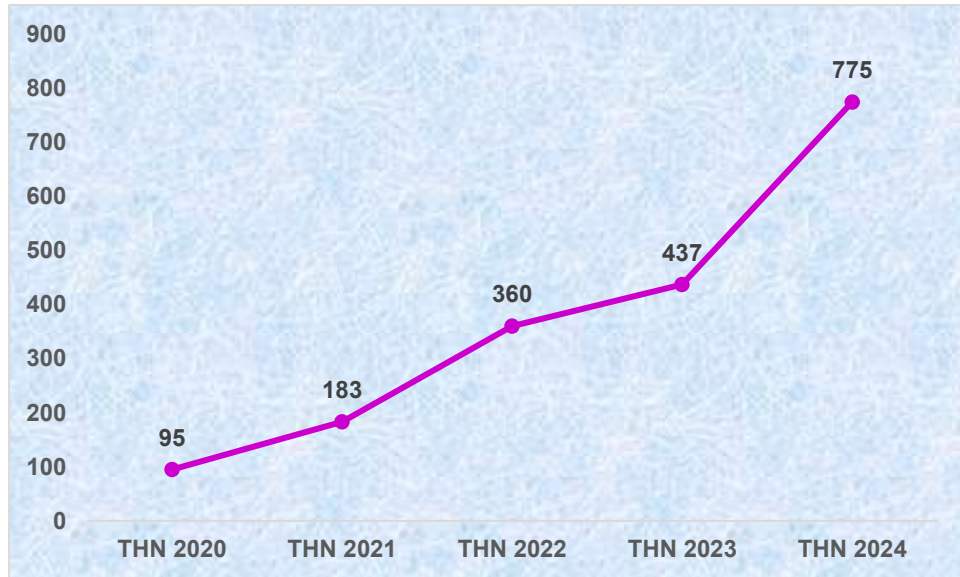
Berikut gambaran penyakit yang menjadi sasaran dari layanan prioritas dan utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

**Grafik 1.1 *Trend* Jumlah Kunjungan Rehabilitasi Medik
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**



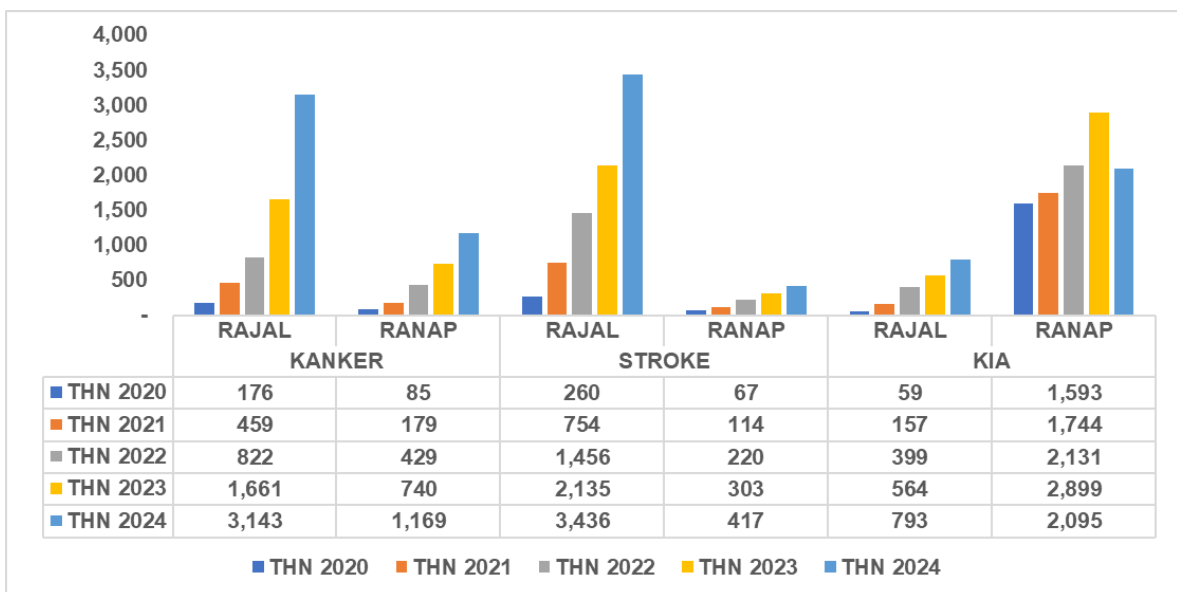
Berdasarkan grafik 1.1 di atas menggambarkan bahwa kunjungan Rehabilitasi Medik 5 (lima) tahun terakhir mengalami peningkatan yang signifikan. Hal ini disebabkan karena sumber daya yang ada sangat lengkap baik dari tenaga medis maupun tenaga kesehatan lainnya, begitu juga dengan alat kesehatan yang semakin canggih seperti adanya alat kesehatan robotik, sehingga minat masyarakat untuk berkunjung ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar khususnya untuk pelayanan Rehabilitasi Medik cukup tinggi.

**Grafik 1.2 Trend Jumlah Layanan Operasi Orthopedi
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**



Berdasarkan grafik 1.2 di atas menggambarkan bahwa layanan Operasi Orthopedi 5 (lima) tahun terakhir juga mengalami peningkatan yang signifikan. Hal ini juga disebabkan karena sumber daya yang ada lengkap baik dari tenaga medis yang berkompeten, begitu juga dengan alat kesehatan yang semakin canggih, sehingga minat masyarakat untuk memilih RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar untuk mendapatkan pelayanan Operasi Orthopedi cukup tinggi.

**Grafik 1.3 Jumlah Penyakit Kanker, Stroke Dan KIA
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**



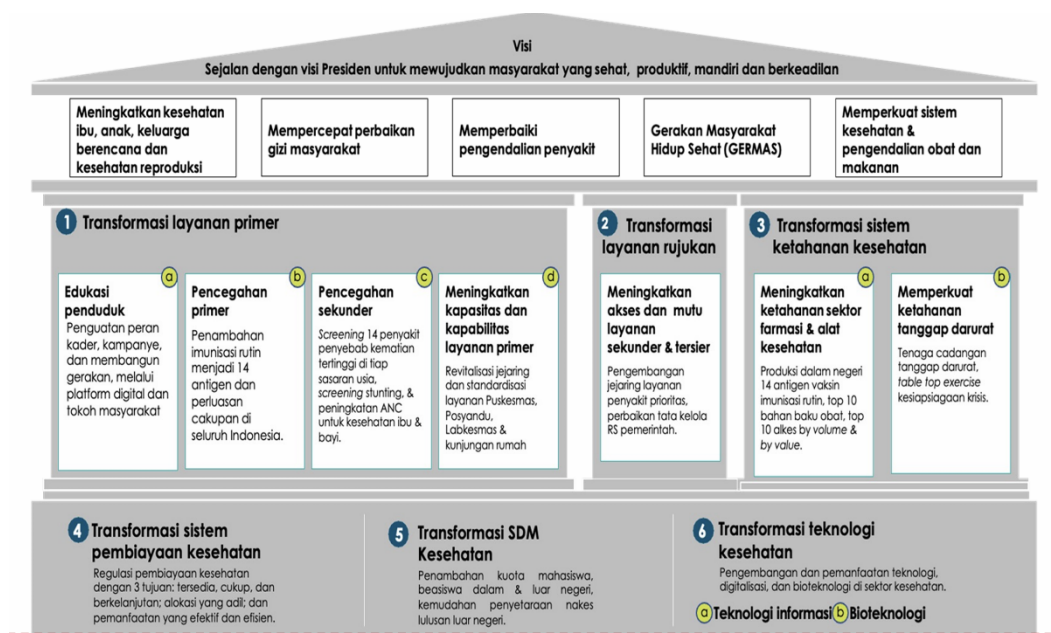
Dari grafik 1.3 di atas menunjukkan bahwa ketiga penyakit Kanker, Stroke dan KIA dari tahun 2020 – 2024 mengalami peningkatan secara signifikan baik itu di Rawat Jalan maupun Rawat Inap. Hal ini juga disebabkan karena sumber daya yang ada lengkap baik dari tenaga medis yang berkompeten, begitu juga dengan alat kesehatan yang semakin canggih, sehingga kepercayaan masyarakat untuk memilih RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar semakin tinggi pula.

Capaian – capaian tersebut di atas yang didukung dengan ketersediaan sarana prasarana dan sumber daya manusia yang handal sebagai gambaran sehingga RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan layanan Orthopedi dan Rehabilitasi Medik sebagai layanan unggulan yang nantinya diharapkan dapat menjadi layanan yang unggul di level Asia.

1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Kementerian Kesehatan sedang melakukan transformasi sistem kesehatan melalui 6 pilar transformasi sebagaimana bagan berikut:

Gambar 1.2 Bagan Transformasi Sistem Kesehatan



Dalam mewujudkan tujuan strategis Kementerian Kesehatan maka Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan dituntut untuk melakukan transformasi Rumah Sakit dengan 3 pilar strategis yaitu Layanan, Pengampunan dan Riset.

Gambar 1.3 Bagan Pilar Transformasi Layanan Rujukan



Tiga Pilar strategis Rumah Sakit Vertikal yaitu:

a. Layanan Terbaik Level Asia

- 1) Perbaikan pengalaman pasien
- 2) Peningkatan kualitas pemberi layanan
- 3) Peningkatan mutu layanan klinis
- 4) Peningkatan tata kelola rumah sakit

b. Pengampu Nasional

- 1) Pengampuan Kanker
- 2) Pengampuan Jantung
- 3) Pengampuan Stroke
- 4) Pengampuan Urologi
- 5) Pengampuan KIA

c. Pengembangan Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

- 1) Pembentukan *Clinical Research Unit (CRU)*
- 2) Sosialisasi *CRU* ke peneliti internal rumah sakit
- 3) Penguatan kompetensi SDM pada *CRU*
- 4) Penguatan kapasitas sarana prasarana rumah sakit pada *CRU*

Tiga pilar tersebut di atas akan diturunkan ke dalam 14 (empat belas) inisiatif strategis dan 2 (dua) inisiatif strategis tambahan yang harus dijalankan dan diterjemahkan ke dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) yaitu :

- a. Memperbaiki fasilitas pendukung;
- b. Memperbaiki waktu pelayanan pasien;
- c. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien;
- d. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan;
- e. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *Clinical Pathway*;
- f. Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi;
- g. Digitalisasi sistem *inventory* RSV yang terintegrasi;
- h. Mengembangkan layanan Non-BPJS;
- i. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset;
- j. Penerapan standar unit cost pelayanan;
- k. Advokasi penyedia barang dan jasa untuk daftarkan produk di e-catalogue;
- l. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi;
- m. Melakukan review tarif INA CBG secara berkala;
- n. Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya;
- o. Mengembangkan layanan klinis (inisiatif tambahan);
- p. Peningkatan budaya kerja (inisiatif tambahan).

Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah sebuah pedoman yang dapat digunakan rumah sakit dari kondisi saat ini untuk mencapai tujuan usaha dalam waktu beberapa tahun ke depan. Rencana Strategis Bisnis (RSB) memuat strategi - strategi yang selanjutnya menjadi dasar bagi penyusunan program kerja, dengan demikian arah pengembangan rumah sakit menjadi jelas dan terarah.

Secara umum, tujuan strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 – 2029 adalah :

- a. Terwujudnya kepuasan pasien dengan memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan;
- b. Terwujudnya produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan;
- c. Terselenggaranya Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *clinical pathway* serta peningkatan riset medis;
- d. Terwujudnya perbaikan sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan;
- e. Terwujudnya penguatan kolaborasi dengan pengampu nasional dalam memperoleh sumber daya yang memadai untuk mendukung pengembangan riset medis di rumah sakit.

Dalam rangka mencapai tujuan strategis tersebut, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid

Makassar telah merumuskan sasaran strategis Tahun 2025 – 2029 sebagai berikut :

**Tabel 1.2 Sasaran Strategis Rencana Strategis Bisnis (RSB)
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2025 – 2029**

PERSPEKTIF	NO	SASARAN STRATEGIS	RELEVANSI TERHADAP PILAR/NILAI PENGGERAK
<i>Finance</i>	1	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	<i>Finance</i>
<i>Stakeholder</i>	2	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	Pilar 1 : Layanan
	3	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	Pilar 2 : Pengampunan
	4	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	Pilar 3 : Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
<i>Internal Business Process</i>	5	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	IT
	6	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola
	7	Terwujudnya Proses Bisnis Yang Efektif dan Efisien	<i>Operational Excellence</i>
	8	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	Mutu Layanan
	9	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus kepada Pelanggan	<i>Branding & Marketing</i>
<i>Learning & Growth</i>	10	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK.	SDM dan Budaya Kerja

1.3 Dasar Hukum

- a. Undang – undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
- b. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum;
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

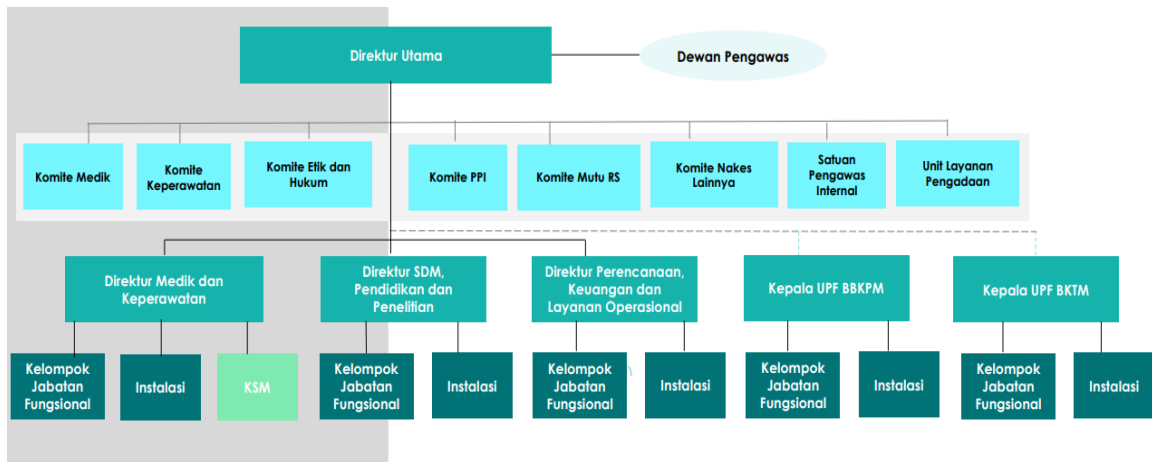
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
- e. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2023 tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Strategis Kementerian/Lembaga Tahun 2025 – 2029;
- f. Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029;
- g. Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/1334/2025 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029.

BAB II ANALISA DAN STRATEGI

2.1 Profil Satuan Kerja

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar merupakan salah satu rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan. RSUP Dr. Tadjuddin Chalid merupakan RS Tipe B dan memiliki Surat Izin Operasional Nomor 2105220014560002 yang berdiri pada Luas Lahan 102.092 m² dengan Luas Bangunan 32.889 m² beralamat di Jalan Paccerakkang/pajjaiyyang No. 67, Kecamatan Biringkanaya, Kelurahan Paccerakkang.

Gambar 2.1 Struktur Organisasi

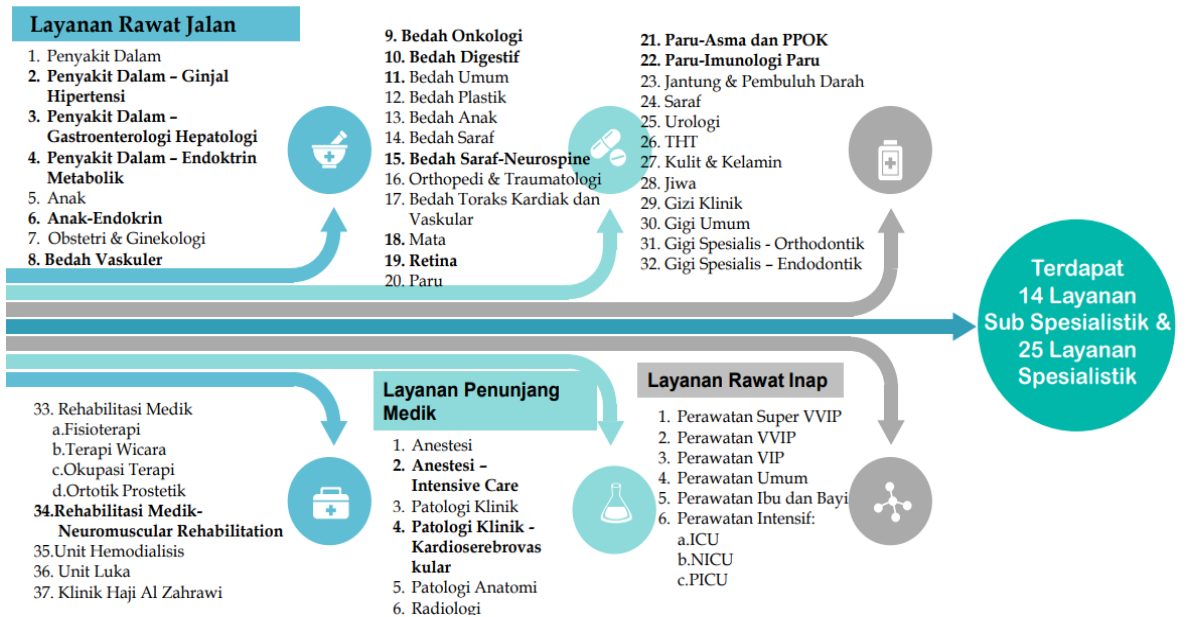


RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, memiliki 6 (enam) komite dan 17 (tujuh belas) kelompok staf medis. Dalam perjalanannya RSUP Dr. Tadjuddin Chalid telah mengalami perubahan dan berbagai penghargaan yang telah diterima.

Gambar 2.2 Milestone



Selain itu RSUP Dr. Tadjuddin Chalid memiliki jenis layanan yang cukup lengkap dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 235 unit.



Beberapa juga penghargaan yang telah diterima selama 2 (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2023 dan Tahun 2024.



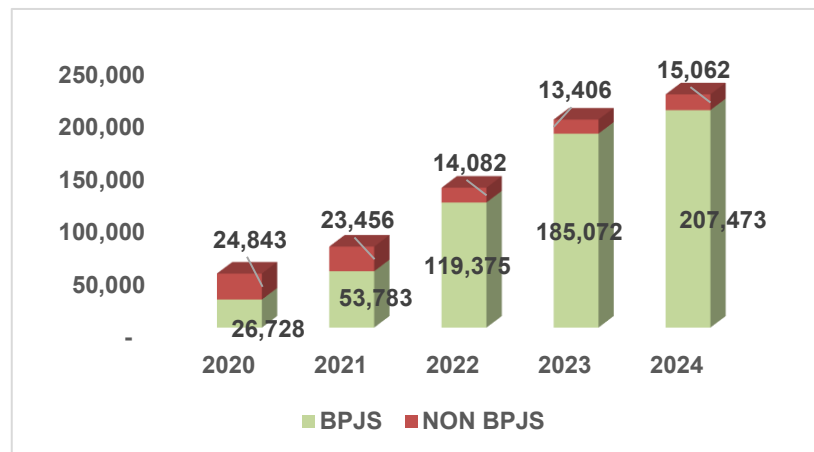
2.2 Gambaran Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

a. Pencapaian Kinerja Layanan

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dari tahun 2020-2024 banyak mengalami perkembangan mulai dari pembangunan gedung layanan baru yaitu Gedung Graha Seruni dan Graha Lily masing-masing 4 lantai sampai kepada pengembangan layanan seperti bedah saraf, bedah anak, bedah digestif sampai pembentukan Poliklinik Eksekutif sehingga berdampak ke peningkatan kunjungan baik kunjungan rawat jalan, IGD maupun rawat inap, adapun gambaran kunjungan rawat jalan, IGD dan rawat Inap sebagai berikut:

1) Kunjungan Rawat Jalan

Grafik 2.1 Perbandingan Kunjungan Rawat Jalan Pasien BPJS Dan Non BPJS RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 - 2024



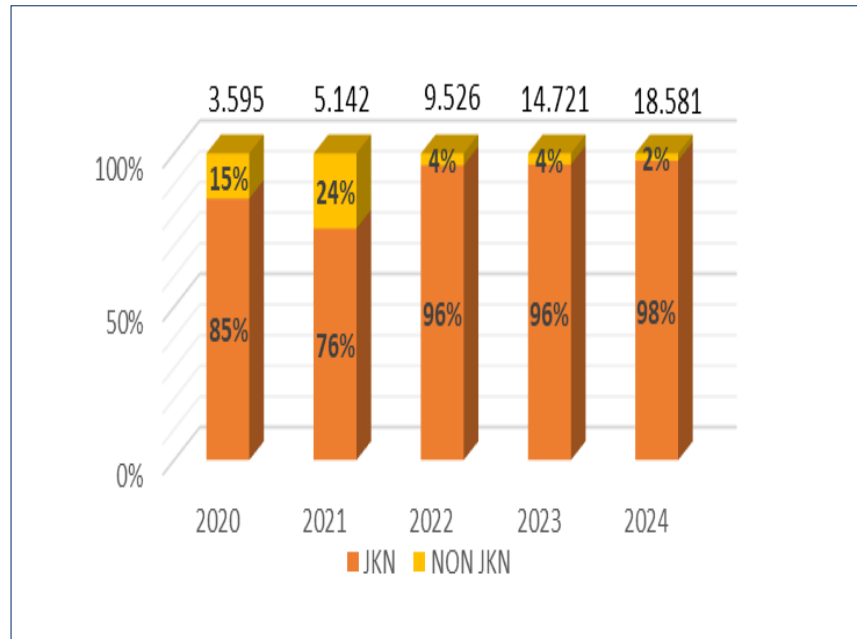
TAHUN	BPJS	NON BPJS
2020	51.83%	48.17%
2021	69.63%	30.37%
2022	89.45%	10.55%
2023	93.25%	6.75%
2024	93.23%	6.77%

Pada Grafik 2.1 menunjukkan jumlah kunjungan poliklinik terus meningkat dengan rata pertumbuhan 39% pertahun. Hal ini disebabkan adanya pengembangan layanan dan minat masyarakat terhadap pelayanan poliklinik semakin meningkat, namun kunjungan non BPJS menurun karena pasien dari UPF Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) yang terintegrasi dengan RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar di pertengahan tahun 2023, melayani 99% pasien BPJS.

2) Kunjungan Rawat Inap

Selain rawat jalan, RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar juga melayani pasien rawat inap. Saat ini terdapat sebanyak 235 (dua ratus tiga puluh lima) tempat tidur yang terbagi ke ruang perawatan yang ada.

Grafik 2.2 Perbandingan Kunjungan Rawat Inap Pasien BPJS Dan Non BPJS RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 - 2024

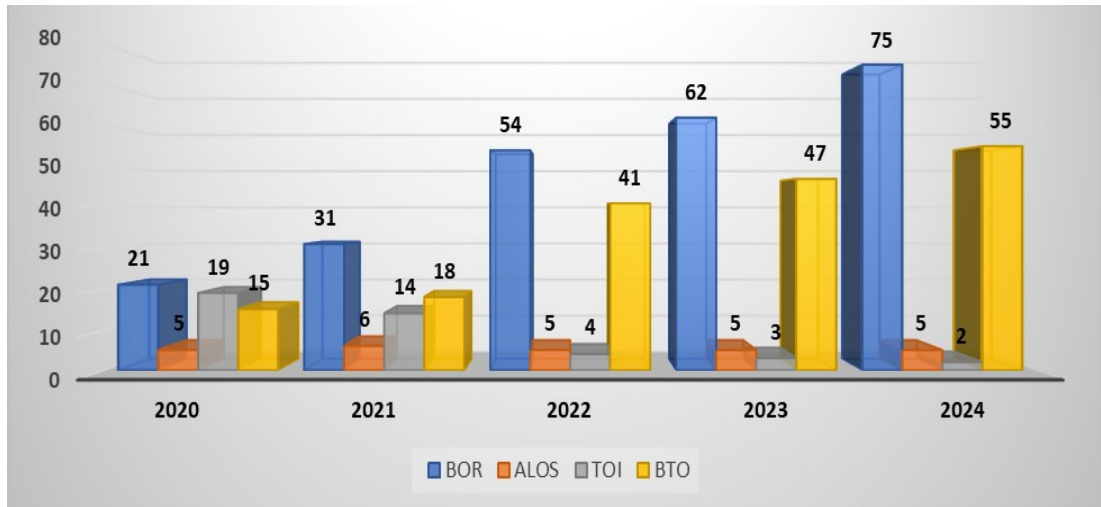


Pada Grafik 2.2 menunjukkan jumlah kunjungan Rawat Inap terjadi peningkatan secara signifikan dengan rata-rata pertumbuhan 61%. Hal ini disebabkan adanya pengembangan layanan baik spesialisik dan subspecialistik, pengadaan alat yang lengkap dan canggih dan ruangan perawatan dengan kelas KRIS, sehingga masyarakat merasa nyaman untuk dirawat di RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar. Namun terjadi penurunan kunjungan Non BPJS yang disebabkan karena UPF Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) yang terintegrasi dengan RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar di pertengahan tahun 2023, melayani 99% pasien BPJS.

3) Indikator Layanan Rawat Inap

Untuk melihat capaian rawat inap, dapat juga dilihat berdasarkan capaian indikator rawat inap yaitu *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Average Length of Stay (ALOS)*, *Turn Over Interval (TOI)* dan *Bed Turn Over (BTO)*, sebagaimana grafik 2.3 berikut :

**Grafik 2.3 Perbandingan Indikator Rawat Inap
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**

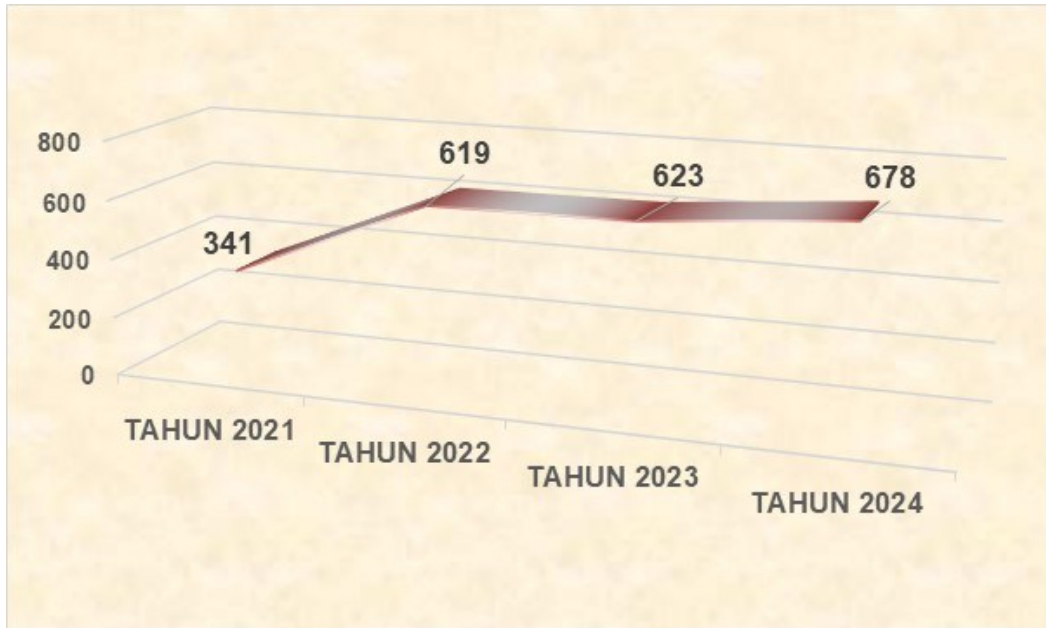


Grafik 2.3 menunjukkan indikator layanan Rawat Inap yang mencerminkan tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap. Berdasarkan perhitungan indikator *Bed Occupation Rate (BOR)* di tahun 2024 terjadi peningkatan pemanfaatan tempat tidur sampai 75% yang sudah sesuai standar (60 - 85%), begitupula dengan indikator LOS, TOI dan BTO yang sudah sesuai dengan standar, ini menggambarkan kepercayaan masyarakat untuk memilih RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatannya semakin meningkat.

4) Pendidikan dan Pelatihan

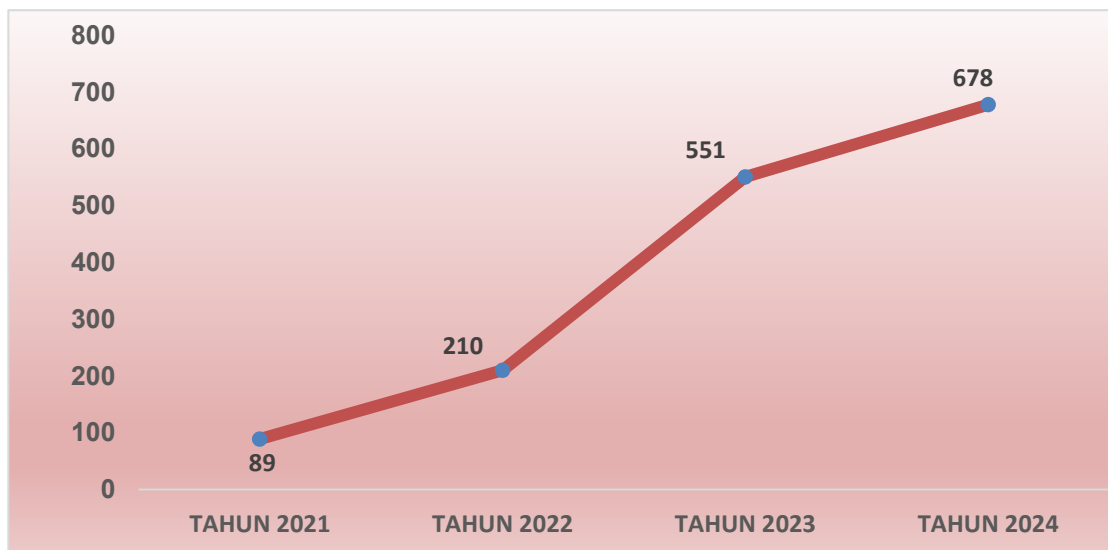
Pendidikan dan Pelatihan yang diikuti oleh pegawai RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam kurun waktu 4 (empat) tahun terakhir yaitu Tahun 2021 – 2024 dapat dipetakan berdasarkan jumlah pegawai yang mengikuti Pendidikan dan Pelatihan, jumlah pegawai yang mengikuti Pendidikan dan Pelatihan yang telah mencapai 20 (dua puluh) JPL sebagaimana yang dipersyaratkan bagi setiap pegawai dan Pendidikan dan Pelatihan baik itu *In House Training* maupun Eksternal.

**Grafik 2.4 Trend Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pelatihan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2021 – 2024**



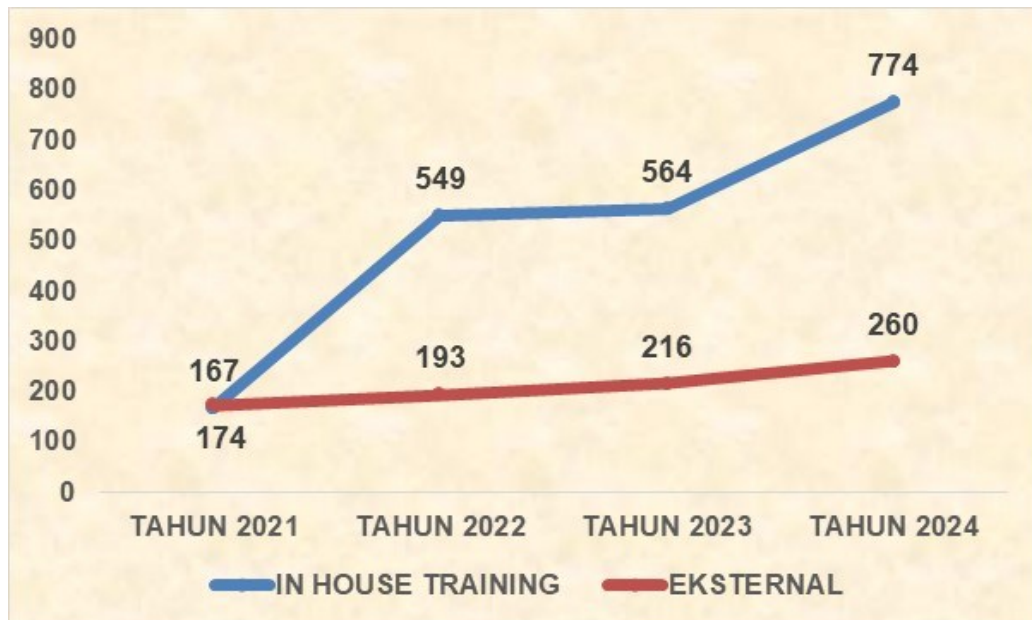
Berdasarkan grafik 2.4 di atas, menggambarkan bahwa terjadi peningkatan jumlah pegawai yang ikut pelatihan baik yang dilakukan secara *in house training* maupun eksternal. Pada Tahun 2021 jumlah pegawai yang ikut pelatihan sangat sedikit dibanding Tahun 2022 – 2024 oleh karena pada Tahun 2021 masa pandemi.

**Grafik 2.5 Trend Jumlah Pegawai Yang Mencapai 20 JPL
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2021 – 2024**



Jumlah pegawai yang telah mengikuti pelatihan dan telah mencapai 20 JPL sebagaimana yang dipersyaratkan setiap pegawai juga mengalami *trend* peningkatan dari tahun ke tahun sebagaimana grafik 2.5 di atas, bahkan pada Tahun 2024 jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan sebanyak 678 orang seluruhnya mencapai 20 JPL (100%). Hal ini terjadi karena setiap pegawai sudah dapat mengikuti pelatihan secara mandiri melalui Aplikasi LMS Kementerian Kesehatan. Pada aplikasi ini pegawai dapat memilih jenis pelatihan yang diinginkan baik yang berbayar maupun gratis.

Grafik 2.6 Trend Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pelatihan Berdasarkan Penyelenggara (*In House Training* & Eksternal) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2021 – 2024



Grafik 2.6 di atas menunjukkan trend yang meningkat setiap tahun baik itu yang dilakukan secara *In House Training* maupun eksternal. Grafik 2.6 di atas juga menggambarkan jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan secara eksternal lebih sedikit dibanding jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan secara *In House Training*, hal ini disebabkan karena terbatasnya anggaran untuk mengirim pegawai keluar untuk mengikuti pelatihan. Namun demikian, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tetap memperhatikan pengembangan kompetensi bagi seluruh pegawai yang ada.

5) Mutu Pelayanan

Salah satu indikator untuk mengukur mutu layanan adalah waktu tunggu pelayanan. Ada 3 waktu tunggu pelayanan yang merupakan gambaran mutu pelayanan dan menjadi indikator mutu RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam memberikan pelayanan kepada pasien yaitu Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ), *Emergency Respon Time 1* (ERT) dan Waktu Tunggu Operasi Elektif. Berikut capaian dalam 4 (empat) tahun terakhir.

**Tabel 2.1 Waktu Tunggu Layanan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2021 – 2024**

NO	INDIKATOR	STANDAR	TAHUN			
			2021	2022	2023	2024
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤ 60 Menit	20 Menit	28 Menit	17 Menit	12 Menit
2	<i>Emergency Respon Time 1</i> (ERT)	≤ 5 Menit	4 Menit	5 Menit	104 Menit	4 Menit
3	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤ 48 Jam	22 Jam	23 Jam	26 Jam	30 Jam

Pada tabel 2.1 di atas menunjukkan bahwa mutu layanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid berdasarkan waktu tunggu pelayanan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan kecuali *Emergency Respon Time 1* (ERT) pada Tahun 2023 sangat jauh dari standar yang ada. Hal ini disebabkan karena sistem yang ada mengalami *error* dan pada saat itu ada *maintenance*.

6) Mutu Klinik

Mutu Klinik merupakan salah satu indikator yang sangat penting untuk diperhatikan dan perlu pemantauan secara periodik karena mutu klinik juga merupakan gambaran kinerja suatu rumah sakit.

**Tabel 2.2 Data HAIs
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2021 – 2024**

NO	INDIKATOR	TARGET	TAHUN			
			2021	2022	2023	2024
1	Phlebitis	1 (‰)	9,17	4	1,36	1,22
2	ISK	< 4,7 (‰)	0	0	0	0
3	VAP	< 5,8 (‰)	0	0	0,64	0
4	IADP	3,5 (‰)	0	0	0	0
5	HAP	1 (‰)	0	0	0	0
6	IDO	2%	0,97	0,11	0,22	0,23

7) Kepuasan Pelanggan

Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam perbaikan pelayanan publik adalah melakukan survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar berdasarkan PermenPAN-RB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggara Pelayanan Publik. Survei ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik. Berikut capaian Indeks Kepuasan Masyarakat sebagai pelanggan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Grafik 2.7 Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2021 – 2024



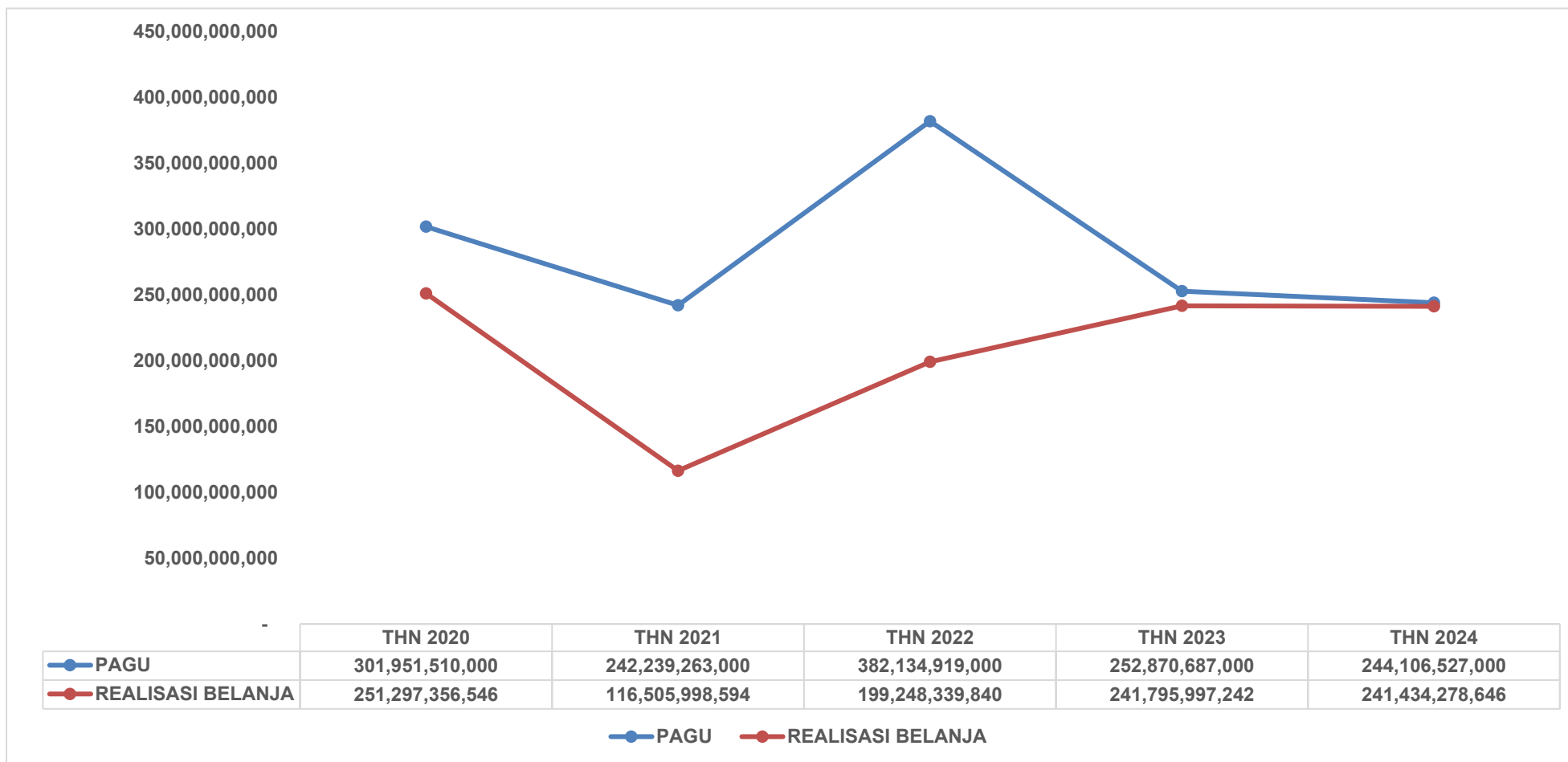
Pada grafik 2.7 di atas menunjukkan bahwa capaian Indeks Kepuasan Pelanggan mengalami fluktuasi, terlihat pada Tahun 2021 dan 2022 capaian melebihi target sedangkan Tahun 2023 dan 2024 capaian di bawah target atau mencapai target. RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar berupaya secara terus menerus untuk meningkatkan mutu layanannya baik berhubungan langsung dengan pasien maupun tidak.

b. Pencapaian Kinerja Keuangan

1) Pencapaian Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran merupakan salah satu indikator kinerja keuangan, di mana telah ditetapkan target realisasi setiap tahunnya. Adapun gambaran capaian realisasi anggaran Tahun 2020 – 2024 dapat dilihat pada grafik 2.8 berikut.

**Grafik 2.8 Trend Pagu Dan Realisasi Anggaran
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 – 2024**



Berdasarkan grafik 2.8 di atas, nampak bahwa dari Tahun 2020 – 2024 mengalami fluktuasi karena sebagai satker BLU subsidi dari APBN/RM semakin dikurangi, namun realisasi belanja mengalami peningkatan setiap tahun kecuali Tahun 2021, hal ini disebabkan karena pada Tahun 2021 jumlah kunjungan mengalami penurunan karena adanya pandemi Covid – 19. Berikut dapat dilihat secara detil belanja berdasarkan jenis belanja.

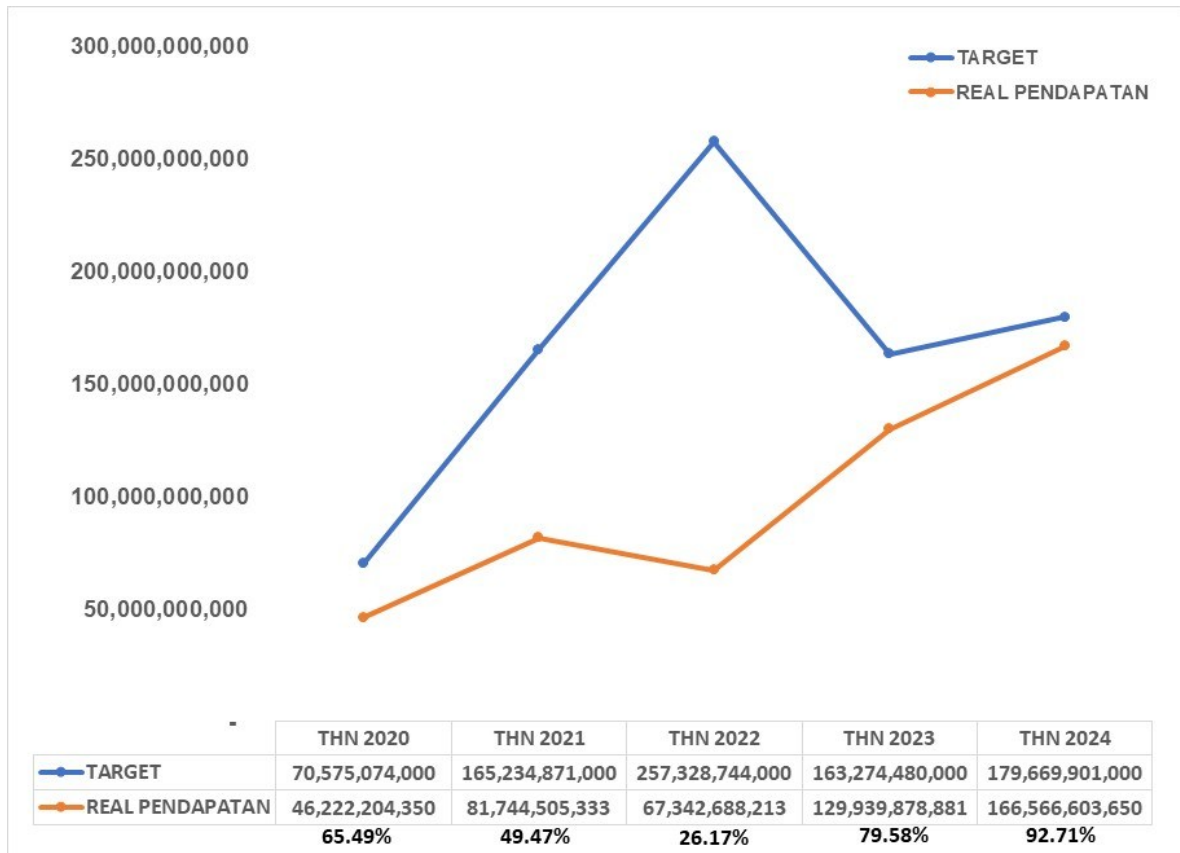
**Tabel 2.3 Realisasi Belanja Berdasarkan Jenis Belanja
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 – 2024**

JENIS BELANJA	TAHUN 2020	TAHUN 2021	TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024
Belanja Pegawai	28,073,903,222	29,673,777,431	30,589,939,666	37,120,375,662	49,605,714,670
Belanja Barang	67,502,910,622	64,314,624,835	87,095,907,346	149,741,771,530	181,312,943,876
Belanja Modal	155,720,542,702	22,517,596,328	81,562,492,828	54,933,850,050	10,515,620,100
TOTAL	251,297,356,546	116,505,998,594	199,248,339,840	241,795,997,242	241,434,278,646

2) Pencapaian Realisasi Pendapatan

Sebagai satker BLU rumah sakit dituntut untuk dapat mandiri dengan cara meningkatkan pendapatan atau penerimaan melalui pengembangan layanan, membuka bisnis internal dan mengoptimalkan kegiatan promosi kesehatan dan pemasaran rumah sakit.

**Grafik 2.9 Trend Target Dan Realisasi Pendapatan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 – 2024**



Pada grafik 2.9 di atas, menunjukkan bahwa 2 (dua) tahun terakhir pendapatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengalami peningkatan secara signifikan. Pertumbuhan pendapatan pada periode tahun 2023 – 2024 rata – rata 60.57%. Hal ini disebabkan karena adanya pengembangan beberapa layanan dan juga minat masyarakat untuk berobat ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid semakin tinggi.

3) Pencapaian Laporan MKKO

**Tabel 2.4 Capaian Laporan MKKO
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**

INDIKATOR	STANDAR	TA.2020	TA.2021	TA.2022	TA.2023	TA.2024
EBITDA (Rp miliar)	Positif	(70,920,013,453)	(69,333,915,994)	(91,717,906,254)	(71,948,162,836)	(58,210,037,255)
Net Cash Flow	Positif	12,748,235,651	38,132,413,602	(15,092,804,634)	(25,106,469,548)	(10,911,016,580)
Pendapatan Operasional	Linier	49,303,220,226	87,007,151,813	72,937,516,086	130,441,680,433	173,635,271,421
Rasio Beban Pegawai / Pendapatan	$X \leq 45\%$	91%	60%	94%	86%	82%
Rasio Beban Bersediaan Farmasi/ Pendapatan	$X \leq 25\%$	30%	33%	35%	43%	30%
Rasio Beban Persediaan Non Farmasi / Pendapatan	$X \leq 5\%$	3%	4%	4%	2%	3%
<i>Gross Margin</i>	$X \geq 25\%$	-71%	-26%	-58%	-67%	-40%
Operating Margin	$X \geq 10\%$	-142%	-79%	-122%	-113%	-87%
Ebitda Margin	$X \geq 15\%$	-144%	-80%	-126%	-61%	-41%
<i>Days Receivable Turnover</i>	≤ 40 hari	47	36	68	52	63
<i>Days Inventory Turnover (days)</i>	≤ 60 hari	127	58	54	18	8
<i>Days Payable Turnover</i>	≤ 60 hari	2	1	2	27	5

Dari tabel 2.4 di atas menggambarkan posisi keuangan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar lima tahun terakhir. Dalam lima tahun terakhir rumah sakit mengalami defisit dalam menjalankan kegiatan operasional. Dari sisi lain pendapatan rumah sakit terus mengalami peningkatan secara signifikan namun tidak diimbangi dengan efisiensi biaya. Dalam tiga tahun terakhir penerimaan *cash* rumah sakit belum mampu menutupi pengeluaran rumah sakit untuk operasional dan investasi, hal ini disebabkan masih tingginya klaim pending piutang JKN sebagai sumber utama penerimaan rumah sakit.

c. Sarana Prasarana

1) Sarana Gedung dan Alat Kesehatan

Luas lahan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yaitu 12 Ha. Pembangunan Gedung Graha Seruni dimulai pada tahun 2018 dan operasional tahun 2019 dengan luas gedung yaitu 32.218,4 m². Tahun 2020 Pembangunan Gedung Graha Lily dan operasional pada tahun 2021. Gedung rumah sakit terdiri dari 3 Gedung utama yaitu Gedung Graha Seruni 4 lantai, Gedung Graha Lily 4 lantai dan IGD 2 lantai, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar telah dilengkapi dengan peralatan sesuai standar Rumah Sakit di antaranya: Cathlab, CT- Scan, MRI, ESWL, Fluroskopi, Panoramic, Mammography, Robotik dan alat kesehatan lainnya.

**Tabel 2.5 Data Sarana Gedung Dan Alat Kesehatan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2018 - 2024**

NO	URAIAN	TAHUN PEROLEHA
SARANA GEDUNG		
1	Gedung IGD	2018
2	Gedung Graha Seruni	2018
3	Gedung Graha Lily	2020
4	Poliklinik Eksekutif	2024
ALAT KESEHATAN		
1	Cathlab	2018
2	CT-Scan	2019
3	ESWL	2023
4	Fluroskopi	2023
5	Mammography	2023
6	MRI	2023
7	Robotic Luna	2023
8	Digital X-Ray	2023
9	COBALT-60	2023
10	CT Simulator	2023
11	LINAC	2023
12	Brachytherapy	2022
13	PET-Scan	2019
14	Heart-Lung Machine	2020
15	Mikroskop Mikroneurosurgery	2021
16	Bronkoskopi	2021
17	Phacoemulsifikasi	2021
18	Vitreotomy set	2022
19	Laser Retina	2023
20	YAG Laser	2023

Sarana prasarana dan alat kesehatan yang terdapat pada tabel 2.5 di atas merupakan sarana dan alat kesehatan yang mendukung pelayanan yang ada di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid terhadap masyarakat.

2) Utilisasi Alat Kesehatan (Layanan Unggulan)

Ada beberapa alat kesehatan yang mendukung pelaksanaan layanan unggulan dan mempunyai utilisasi yang cukup tinggi sebagaimana tabel berikut.

**Tabel 2.6 Data Utilisasi Alat Kesehatan Layanan Unggulan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 - 2024**

NO	ALAT KESEHATAN	UTILISASI
1	Cathlab	70%
2	CT-Scan	90%
3	ESWL	70%
4	Fluroskopi	30%
5	Mammography	10%
6	MRI	90%
7	Robotic Luna	20%

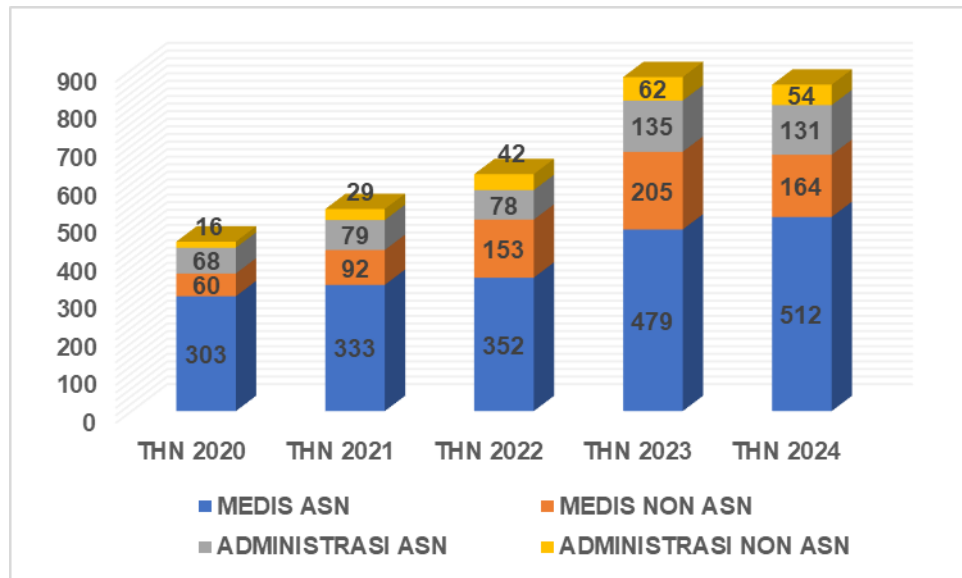
Pada tabel 2.6 di atas nampak bahwa utilisasi alat kesehatan layanan unggulan mempunyai utilisasi rata – rata 50% ke atas, hal ini terjadi karena pemanfaatan alat tersebut juga tinggi akibat jumlah kunjungan juga meningkat.

d. Sumber Daya Manusia

1) Pencapaian Jumlah Pegawai

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, tentunya RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar membutuhkan sumber daya manusia yang handal dan cukup dalam hal kuantitas baik tenaga medis, tenaga kesehatan lainnya maupun tenaga administrasi. Adapun jumlah sumber daya manusia berdasarkan jenis ketenagaan dapat dilihat pada tabel berikut.

Grafik 2.10 Jumlah Sumber Daya Manusia Berdasarkan ASN, Non ASN, Medis, Nakes Lainnya, Administrasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 – 2024



Berdasarkan grafik 2.10 di atas menunjukkan bahwa tenaga medis ASN dari tahun 2020 – 2024 jumlah meningkat sedangkan tenaga medis Non ASN jumlahnya menurun dari Tahun 2023 ke Tahun 2024, hal ini terjadi karena tenaga Non ASN tersebut pada Tahun 2023 ada yang berubah status dari tenaga medis Non ASN menjadi tenaga medis ASN, demikian halnya dengan tenaga administrasi. Berikut pencapaian pendapatan per total karyawan.

2) Pencapaian Pendapatan Per Total Pegawai

Untuk mengukur produktifitas pegawai dapat dilihat dengan pendapatan per total pegawai, seperti tabel berikut :

Tabel 2.7 Pencapaian Pendapatan Per Total Pegawai RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 – 2024

URAIAN	TAHUN 2020	TAHUN 2021	TAHUN 2022	TAHUN 2023	TAHUN 2024
Pendapatan	46,222,204,350	83,098,844,331	67,342,688,213	129,939,878,881	166,566,603,650
Jumlah Pegawai	447	533	625	881	861
NILAI RASIO	103,405,379	155,907,775	107,748,301	147,491,349	193,457,147

Pada tabel 2.7 di atas nampak bahwa pendapatan per total pegawai berfluktuasi selama 3 (tiga) tahun yaitu Tahun 2020 – 2022, hal ini terjadi karena adanya pandemik Covid – 19, namun Tahun 2023 – 2024 mengalami peningkatan sebesar 31.17%.

e. Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020 - 2024

Indikator Kinerja Utama (IKU) terbagi berdasarkan perspektif dengan menggunakan pendekatan Balance Score Card yang terdiri dari 4 (empat) perspektif yaitu Perspektif *Stakeholder*, Perspektif Proses Bisnis Internal, Perspektif *Learning and Growth* dan Perspektif Finansial. Selain itu terdapat pula Indikator Direktif Rumah Sakit Vertikal. Capaian indikator – indikator tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 2.8 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2020 – 2024**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2024		
		TARGET	CAPAIAN	
A. PERSPEKTIF STAKEHOLDER				
Terwujudnya Kepuasan Pasien	1	% Kepuasan Pasien	90%	86,70%
	2	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	100%	100%
	3	% Ketepatan Waktu Pelayanan	100%	100%
Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	4	Indikator Kinerja BLU	AA	AA
	5	Hasil Evaluasi SAKIP	98,5	Belum desk
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS				
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	6	Capaian Collection Period (Hari)	30	13
	7	Capaian Reformasi Birokrasi	WBK	<i>Self Assessment</i>
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	8	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	90%	81,23%
	9	Penelitian yang dipublikasikan	5	5
	10	SISRUTE	100%	71,91%
	11	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≤ 2 Jam; 80%	61 menit; 93,33%
	12	Waktu Pemeriksaan Laboratorium	≤ 1 Jam 80%	58 menit 100%
	13	Waktu Pemeriksaan Radiologi	≤ 1 Jam; 80%	1 Jam; 82.83%
	14	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3 %	2,19%
	15	15. Waktu Masuk Rawat Inap	≤ 1 Jam ; 80%	≤ 1 Jam ;
	16	% Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1 (1x24Jam) sebelum Pasien Pulang	90%	81%
	17	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥80%	86,94%
	18	Capaian Ondikaator Klinis Sesuai PPK	≥80%	89,21%
19	Kepatuhan CP Per KSM	≥80%	91,04%	
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	20	% Peningkatan layanan MCU	15%	143,05%
	21	Peningkatan KSO	10	17
	22	Pengembangan Layanan Geriatri	Paripurna	Lengkap

Lanjutan Tabel 2.8 :

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2024		
		TARGET	CAPAIAN	
D. PERSPEKTIF FINANSIAL				
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri	30	Hasil Audit Laporan Keuangan	WTP	WTP
	31	% Pertumbuhan Pendapatan	15%	8,90 %
E. INDIKATOR DIREKTIF RUMAH SAKIT VERTIKAL				
Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	32	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2,5%	3,4%
	33	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2	2
Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat keluar negeri	34	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non-JKN	10%	60,18%
	35	Jumlah Rumah sakit yang dibina dan mencapai strata utama	1	Belum Terlaksana
	36	Jumlah Rumah sakit yang dibina dan mencapai strata madya	4	Belum Terlaksana
Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)	37	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	Tidak Ada Kasus
	38	% Layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasin di rumah sakit vertikal	100%	100%
Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	39	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional	1 Layanan	1 Layanan
	40	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	90,88%
	41	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	100%
	42	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	100%
	43	Persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik.	100%	100%
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	44	Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	105,66%
	45	Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar.	90%	92%
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	46	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	92,30%
	47	Capaian hasil survei budaya keselamatan	>75 %	62%
	48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Dirjen pelayanan Kesehatan	95%	100%
	49	Persentase Realisasi target pendapatan BLU	>90%	95,81%
	50	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	99,26%
	51	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	98,78%
	52	Persentas Nilai EBITDA Margin	10%	-56%

Berdasarkan Tabel 2.8 di atas nampak bahwa masih ada beberapa indikator yang belum mencapai target dan masih ada juga yang belum terlaksana seperti pengampunan/pembinaan terhadap rumah sakit dalam bidang layanan khusus seperti kanker, jantung, stroke dan KIA. Hal ini terjadi karena RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai rumah sakit pembina utama telah mengcover beberapa rumah sakit binaan di samping itu RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menunggu pembagian wilayah binaan dari Dinas Kesehatan Provinsi.

Untuk indikator yang belum mencapai target seperti Persentase Nilai EBITDA

Margin yang standarnya hanya -10%, namun capaiannya adalah -56%, menggambarkan bahwa penerimaan yang ada belum dapat mengcover biaya operasional secara keseluruhan. Hal ini terjadi karena pendapatan/penerimaan lebih rendah 31isbanding biaya operasional yang dikeluarkan.

2.3 Analisa SWOT

Analisis SWOT adalah teknik yang digunakan untuk mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman untuk bisnis atau bahkan proyek tertentu, analisis SWOT yang dilakukan oleh RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar merupakan upaya mempertimbangkan sekaligus mengevaluasi faktor internal dan faktor eksternal serta peluang dan kelemahan. Faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam mewujudkan visi organisasi serta 31isban eksternal yang dinilai tidak bisa dikendalikan sepenuhnya oleh RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Faktor internal dalam analisis SWOT dapat dilihat 2 aspek yaitu *Strength* (kekuatan) dan *Weakness* (kelemahan), sedangkan *Opportunity* (peluang) dan *Threat* (ancaman) adalah aspek eksternal RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

a. Analisis Internal

1) Kekuatan (*Strength*)

Tabel 2.9 Analisis Internal Kekuatan (*Strength*)

NO	KEKUATAN (<i>STRENGTH</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Memiliki Layanan Unggulan: Layanan Orthopedi (Arthroplasty, Arthroscopy dan Onkologi Orthopedi) Neuro Intervensi, Rehabilitasi Medik (Neuromuscular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO/Respirasi Pediatrik), <i>Traditional Health Care Center</i> (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik)	0.30	85	25.5
2	Memiliki peralatan medik canggih dan lengkap (<i>Robotic Rehabilitation, Neuro Navigasi</i>)	0.30	80	24.0
3	Memiliki SDM dalam usia produktif	0.20	80	16.0
4	Terakreditasi Paripurna	0.20	80	16.0
TOTAL		1.00		81.5

2) Kelemahan (*Weakness*)

Tabel 2.10 Analisis Internal Kelemahan (*Weakness*)

NO	KELEMAHAN (<i>WEAKNESS</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Terdapat jenis kompetensi SDM yang belum dimiliki seperti neuro dan kardiologi intervensi, onkologi radiasi, forensik dan programmer	0.1	80	8.0
2	Kapasitas perangkat server SIMRS belum memadai	0.1	80	8.0
3	Kantor Induk dan UPF yang berjauhan sehingga komunikasi dan koordinasi tidak optimal/	0.1	80	8.0
4	Akses RS (Induk) yang tidak strategis	0.05	80	4.0
5	Kolaborasi antar unit/ instalasi pelayanan dan administrasi belum maksimal	0.05	80	4.0
6	Implementasi Registrasi Online belum optimal	0.2	80	16.0
7	<i>Follow Up</i> pasca pelayanan di rumah sakit belum terlaksana	0.1	80	8.0
8	Gedung layanan privat terpadu belum optimal	0.1	80	8.0
TOTAL		1.00		80.0

b. Analisis Eksternal

1) Peluang (*Opportunity*)

Tabel 2.11 Analisis Eksternal Peluang (*Opportunity*)

NO	PELUANG (<i>OPPORTUNITY</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Meningkatnya <i>Personalized Health Service</i> dari <i>customer</i>	0.2	85	17.0
2	<i>Trend</i> gaya hidup masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan tradisional, layanan estetik	0.2	80	16.0
3	Menjadi pengampu rumah sakit daerah dalam pengembangan layanan	0.1	80	8.0
4	Kerjasama dengan asuransi dan perusahaan swasta untuk layanan kesehatan	0.2	85	17.0
5	Kebijakan 3 pilar transformasi kesehatan rumah sakit (Pengampuan KJSU)	0.1	80	8.0
6	Sistem Rujukan berdasarkan kompetensi Rumah Sakit (PP Nomor 47 Tahun 2021)	0.1	80	8.0
7	Peluang pelayanan Konseling BUSUI pada perusahaan-perusahaan berkaitan dengan komitmen Pemerintah untuk Konseling BUSUI ((PP No 33 Tahun 2012)	0.1	80	8.0
TOTAL		1.00		82.0

2) Ancaman (*Threat*)

Tabel 2.12 Analisis Eksternal Ancaman (*Threat*)

NO	ANCAMAN (<i>THREAT</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Image buruk Masyarakat terhadap pelayanan RS Pemerintah	0.25	80	20.0
2	Persaingan WTO (<i>World Trade Organization</i>) dalam hal pengadaan alat kesehatan	0.25	80	20.0
3	Tingginya harga obat dan alkes	0.25	80	20.0
4	Meningkatnya pesaing di sekitar rumah sakit	0.25	80	20.0
TOTAL		1.00		80.0

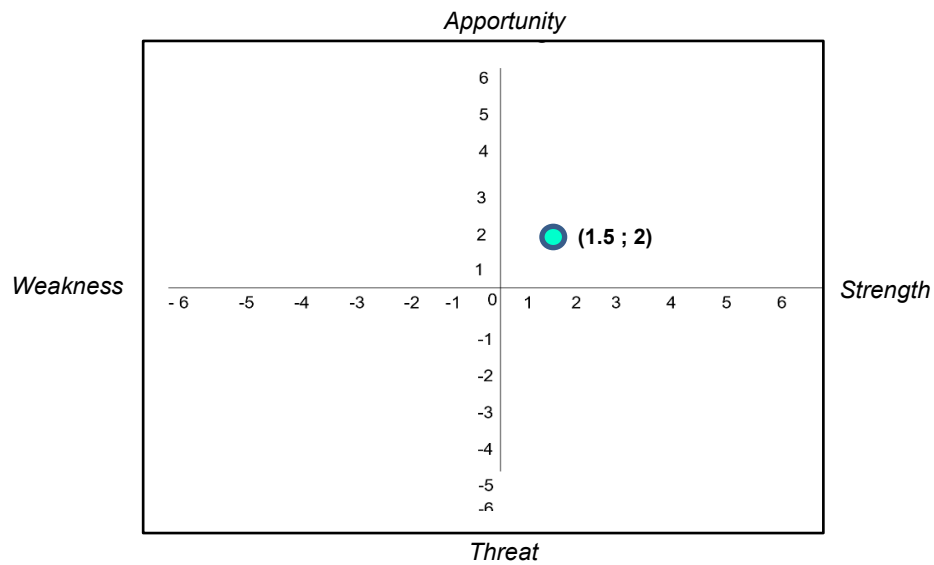
2.4 Diagram Kartesius

Dari Hasil Analisis SWOT diperoleh nilai sebagai berikut:

$$X = \text{Kekuatan} - \text{Kelemahan} = 81.5 - 80.0 = 1.5$$

$$Y = \text{Peluang} - \text{Ancaman} = 82.0 - 80.0 = 2.0$$

Gambar 2.3 Diagram Kartesius



Dengan posisi di Kuadran I, maka strategi yang direkomendasikan adalah :
“Menggunakan kekuatan/potensi yang dimiliki oleh rumah sakit untuk memanfaatkan peluang yang ada”.

2.5 Analisis TOWS

	Strength	Weakness
Opportuni	<p>S-O (Attacking Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> S1-O1; S1-O2; S1-O4; S2-O1, S2-O2; S2 -O3, S2-O4, S2-O6 S3-O1 :S3-O6; S3 – O7 S4 – O3; S4-O4 	<p>W-O (Build Strength for Attacking Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> W1 – O5 W2 – O1; W2 – O4 W3 – O6, W4 – O1; W4 -O4 W5 – O4, W5 – O5 W6- O1,W6 – O2; W6 – O3,W6 – O4 W7 – O1; W7 – O4 W8 – O1; W8 – O4 W9 – O4; W9 – O6
Threat	<p>S-T (Defensive Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> S1 – T1; S1 – T2; S1 – T3; S1 – T4 S2 – T1; S2 – T2; S2 – T4; S3 – T4; S4 – T1; S4 – T4 	<p>W-T (Build Strength for Defensive Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> W1 – T1 W2 – T1 W2 – T2 W3 , W4, W6 -T4 W5- T1 W7, W8 , W9 – T1,T4

	Strength	Weakness
Opportunity	<p>S-O (Attacking Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> Penguatan Layanan Orthopedi (Arthroplasty, Arthroscopy dan Onkologi Orthopedi) Neuro Intervensi, Rehabilitasi Medik (Neuromuscular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO), Traditional Health Care Center (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik) Peningkatan Produktifitas SDM Penguatan mutu layanan Peningkatan kualitas finansial, pelayanan & Total Quality Management (TQM) 	<p>W-O (Build Strength for Attacking Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengembangkan layanan unggulan berdasarkan hasil riset Digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi Meningkatkan budaya kerja yang ber-AKHLAK Digitalisasi sistem <i>inventory</i> RS yang terintegrasi Memenuhi kebutuhan sarpras Peningkatan Utilitas Kamar Operasi
Threat	<p>S-T (Defensive Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengembangan <i>Branding</i> dan <i>Marketing</i> rumah sakit yang tersegmentasi Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring 	<p>W-T (Build Strength for Defensive Strategy)</p> <ol style="list-style-type: none"> Meminimalkan dan mempercepat penanganan keluhan pasien Digitalisasi Layanan Terintegrasi Pemenuhan Sarpras dan peningkatan mutu layanan

2.6 Analisis Dan Mitigasi Risiko

Risiko sebagai kejadian potensial, akan sangat berdampak pada suatu organisasi yang dapat memanager risikonya dengan baik dalam rangka mempertahankan dari terjadinya kerugian, baik keuangan ataupun non keuangan. Sama dengan sebuah bank, rumah sakit juga sangat rentan terhadap risiko. Implementasi manajemen risiko dalam rumah sakit berarti melakukan manajemen atas risiko yang kemungkinan dapat terjadi melalui identifikasi, analisa dan evaluasi, sehingga risiko tersebut dapat diterima atau ditransfer.

Setiap rumah sakit sebagai badan usaha ingin mencapai hasil yang maksimal dan dapat berguna dalam menghadapi kompetisi antara rumah sakit, untuk kualitas layanan. Rumah Sakit berusaha untuk menghindari risiko bisnis (risiko rumah sakit), termasuk kerugian, nama buruk dan tuntutan hukum.

Risiko ada di setiap unit pelayanan dan di setiap proses pelayanan. Risiko perlu diidentifikasi agar supaya seluruh personil dan manajemen merasa lebih tenang karena risiko sudah diketahui sebelumnya. Dengan mengetahui dapat dapat mencegah terjadinya kecelakaan kerja atau kejadian yang tidak diinginkan pada pasien. Sebagai hasil akhir dari teridentifikasinya risiko maka pengeluaran biaya akibat terjadinya kecelakaan kerja dan kejadian yang tidak diinginkan pada pasien dapat dihindarkan sehingga secara umum mutu pelayanan menjadi lebih baik.

a. Identifikasi Risiko

Tabel 2.13 Identifikasi Risiko

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	IKU	AKAR MASALAH	RISIKO
<i>Finance</i>	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1 EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	Karena pendapatan tidak mencapai target dan biaya yang dikeluarkan dalam operasional tidak efisien	Kemungkinan target rasio ebitda tidak tercapai
<i>Stakeholder</i>	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2 Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Karena Sarana dan prasarana yang tidak mendukung	Kemungkinan terjadi penurunan kepercayaan masyarakat terhadap RS/karena persepsi negatif
	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	3 % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Karena belum adanya regulasi yang jelas tentang rumah sakit yang bisa diampu menjadi strata madya	Kemungkinan proses pendampingan menuju strata madya tidak berjalan
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4 % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Karena kurangnya minat pegawai dalam melakukan penelitian	Kemungkinan Penelitian tidak terlaksana

Lanjutan Tabel 2.13

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	IKU	AKAR MASALAH	RISIKO
Internal Business Process	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5 % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Karena kapasitas server rumah sakit yang ada saat ini sudah tidak memadai	Kemungkinan server tidak mampu mengimbangi jumlah proses yang berjalan secara bersamaan/terintegrasi
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6 Skor <i>Maturity Rating</i>	a Karena rendahnya kinerja keuangan (likuiditas, efisiensi, efektivitas, tingkat kemandirian)	Kemungkinan Skor <i>Maturity Rating</i> tidak mencapai target
			b Karena rendahnya kinerja pelayanan (indeks kepuasan masyarakat, efisiensi waktu pelayanan, sistem pengaduan pelayanan, tingkat keberhasilan pemenuhan pelayanan)	
			c Karena Rendahnya kapabilitas internal RS (SDM, Proses Bisnis, Teknologi, <i>Customer Focus</i>)	
			d Karena rendahnya tata kelola dan kepemimpinan (Perencanaan strategis, etika bisnis, <i>stakeholder relationship</i> , manajemen risiko, pengawasan dan pengendalian)	
			e Karena tidak adanya inovasi (keterlibatan pengguna jasa, proses inovasi, manajemen pengetahuan, manajemen perubahan)	
			f Karena buruknya kondisi lingkungan RS (<i>Environmental Footprint Management</i> dan penggunaan sumber daya)	
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7 <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	a Karena kurangnya tenaga perawat	Kemungkinan rendahnya pasien rawat inap
			b Karena sarana prasarana yang kurang memadai	
			c Karena waktu pelayanan rawat inap yang lama	
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8 <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) Rates	a Karena tidak terlaksananya Surveilans HAIs setiap bulan	Kemungkinan terjadi kasus Healthcare Associated Infections (HAIs)	
		b Karena tidak terlaksananya Audit Bundels HAIs setiap bulan		
	9 % standar klinis yang tercapai	Karena belum semua penyakit/diagnosa dibuatkan <i>Clinical Pathway</i>	Kemungkinan tidak ada standarisasi dalam penanganan penyakit	
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10 % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	a Karena kurang optimalnya Promosi dan Pemasaran kepada masyarakat & <i>stakeholder</i> terkait layanan eksisting dan layanan baru RS	Kemungkinan pendapatan non-JKN tidak mencapai target pendapatan yang diharapkan	
		b Karena ketidakmampuan dalam memenuhi ekspektasi pelanggan terhadap layanan yang diberikan		

Lanjutan Tabel 2.13

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	IKU		AKAR MASALAH	RISIKO	
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	a	Karena adanya lingkungan kerja yang tidak kondusif	Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap lingkungan kerja yang ada
				b	Karena tidak dilakukan sosialisasi oleh pengelola remunerasi	Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap penerimaan remunerasi
				c	Karena tidak adanya penerapan <i>reward & punishment</i>	Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap sistem yang ada & kemungkinan terjadi demotivasi
		12	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	Belum <i>update</i> -nya pemetaan standar kompetensi berdasarkan TNA di unit kerja		Kemungkinan rendahnya kompetensi pegawai
Finance	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13	Nilai kinerja Penganggaran	a	Karena adanya ketidaksesuaian antara RPD dan realisasi anggaran	Kemungkinan Nilai Kinerja Penganggaran tidak mencapai target
				b	Karena efisiensi anggaran belum optimal	
		14	Realisasi Anggaran	a	Karena anggaran terbatas	Kemungkinan realisasi anggaran rendah
				b	Karena proses pengadaan yang lambat	
c	Karena adanya belanja yang belum dilakukan pengesahan					
d	Karena pendapatan tidak mencapai target					

b. Penilaian Risiko

Untuk melihat tingkat setiap risiko yang terdapat pada tabel 2.13 di atas, maka perlu dilakukan penilaian dengan memperhatikan tingkat kemungkinan terjadinya suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, berikut matriks risiko untuk menentukan tingkat risiko :

Tabel 2.14 Kriteria Kemungkinan

Level Kemungkinan	Kriteria Kemungkinan		
	<i>Non Low Frequency Event</i>		<i>Low Frequency Event</i>
	Probabilitas	Jumlah frekuensi	
Jarang (1)	$P \leq 1\%$	< 2 kali dalam 12 bulan terakhir	\leq kejadian dalam 60 bulan terakhir
Kemungkinan Kecil (2)	$1\% < P \leq 10\%$	2 kali s.d 5 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 60 bulan terakhir
Kemungkinan Sedang (3)	$10\% < P \leq 20\%$	6 s.d 9 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 36 bulan terakhir
Kemungkinan Besar (4)	$20\% < P \leq 50\%$	10 kali s.d 12 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 24 bulan terakhir
Hampir Pasti Terjadi (5)	$P > 50\%$	> 12 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 12 bulan terakhir

Tabel 2.15 Kriteria Dampak

KATEGORI RISIKO	LEVEL DAMPAK					
	TINGKAT	TIDAK SIGNIFIKAN	KECIL	SEDANG	BESAR	KATASTROPIK
KEBIJAKAN		1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara umum	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja meskipun tidak signifikan	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara signifikan	1. Sebagian kecil pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilakukan	1. Sebagian besar pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilakukan
		2. Hanya berdampak pada satu pihak	2. Berdampak pada 2 pihak	2. Berdampak pada 3 pihak	2. Berdampak pada 4 pihak	2. Berdampak pada lebih dari 4 pihak
FRAUD-KORUPSI		Kerugian Keuangan ≤1- <5 JT	Kerugian Keuangan >5 JT- 10 JT	Kerugian Keuangan > 10 Juta - 20 Juta	Kerugian Keuangan > 20 Juta - 100 Juta	Kerugian Keuangan >100 Juta
LEGAL	UPR TK II	Perdata ≤ 25 juta	Perdata >25 Juta - 50 juta	1. Perdata 50 juta - 100 juta	1. Pidana: ≤ 1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara	1. Pidana >1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat Eselon II atau pejabat yang setara
				2. Administratif: tergugat merupakan pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara	2. Perdata > 100 juta sampai dengan 1 Milyar	2. Perdata >1 Milyar
					3. Administratif: tergugat merupakan pejabat eselon II, atau pejabat yang setara	
		1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 20	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 21-30	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial	1. Jumlah investor/pemberi hibah = 0
				2. Pemberitaan negatif di media massa local	2. Pemberitaan negatif di media massa nasional	2. Pemberitaan negatif di media massa internasional
		2. Jumlah investor/pemberi hibah ≥ 5	2. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 4	3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 3	3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 2	
KEPATUHAN		1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan kegiatan secara umum	1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan meskipun tidak signifikan	1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan secara signifikan.	1. Sebagian tujuan kegiatan gagal dilaksanakan	1. Sebagian besar tujuan kegiatan gagal dilaksanakan
		2. Dampaknya dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin	2. Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek kegiatan	2. Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan	2. Mengancam fungsi kegiatan yang efektif	2. Mengancam Pelaksanaan Kegiatan
OPERASIONAL		Terganggunya pelayanan kurang dari satu hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 1 hari kerja hingga 2 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari kerja hingga 3 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 3 hari kerja hingga 5 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih 5 hari kerja

Berdasarkan tabel 2.13 dan 2.14 di atas maka hasil penilaian risiko setiap sasaran strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.16 Penilaian Tingkat Risiko

SASARAN STRATEGIS	IKU	IDENTIFIKASI RISIKO		ANALISIS RISIKO				
		RISIKO	SEBAB	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1 EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	Kemungkinan target rasio ebitda tidak tercapai	Karena pendapatan tidak mencapai target dan biaya yang dikeluarkan dalam operasional tidak efisien	5	4	1.15	23	Sangat Tinggi
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2 Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Kemungkinan terjadi penurunan kepercayaan masyarakat terhadap RS/karena persepsi negatif	Karena Sarana dan prasarana yang tidak mendukung	4	4	1.16	19	Tinggi
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	3 % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Kemungkinan proses pendampingan menuju strata madya tidak berjalan	Karena belum adanya regulasi yang jelas tentang rumah sakit yang bisa diampu menjadi strata madya	3	3	1.43	13	Sedang
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4 % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Kemungkinan Penelitian tidak terlaksana	Karena kurangnya minat pegawai dalam melakukan penelitian	4	2	1.19	10	Sedang
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5 % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Kemungkinan server tidak mampu mengimbangi jumlah proses yang berjalan secara bersamaan/terintegrasi	Karena kapasitas server rumah sakit yang ada saat ini sudah tidak memadai	2	2	1.8	7	Rendah

Lanjutan Tabel 2.16

SASARAN STRATEGIS	IKU	IDENTIFIKASI RISIKO		ANALISIS RISIKO					
		RISIKO	SEBAB	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6 Skor <i>Maturity Rating</i>	Kemungkinan Skor <i>Maturity Rating</i> tidak mencapai target	a	Karena rendahnya kinerja keuangan (likuiditas, efisiensi, efektivitas, tingkat kemandirian)	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi
			b	Karena rendahnya kinerja pelayanan (indeks kepuasan masyarakat, efisiensi waktu pelayanan, sistem pengaduan pelayanan, tingkat keberhasilan pemenuhan pelayanan)					
			c	Karena Rendahnya kapabilitas internal RS (SDM, Proses Bisnis, Teknologi, <i>Customer Focus</i>)					
			d	Karena rendahnya tata kelola dan kepemimpinan (Perencanaan strategis, etika bisnis, <i>stakeholder relationship</i> , manajemen risiko, pengawasan dan pengendalian)					
			e	Karena tidak adanya inovasi (keterlibatan pengguna jasa, proses inovasi, manajemen pengetahuan, manajemen perubahan)					
			f	Karena buruknya kondisi lingkungan RS (<i>Environmental Footprint Management</i> dan penggunaan sumber daya)					
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7 <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	Kemungkinan rendahnya pasien rawat inap	a	Karena kurangnya tenaga perawat	2	5	2.1	21	Sangat Tinggi
			b	Karena sarana prasarana yang kurang memadai					
			c	Karena waktu pelayanan rawat inap yang lama					

Lanjutan Tabel 2.16

SASARAN STRATEGIS	IKU	IDENTIFIKASI RISIKO		ANALISIS RISIKO				
		RISIKO	SEBAB	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	Kemungkinan terjadi kasus <i>Healthcare Associated Infections (HAIs)</i>	a Karena tidak terlaksananya Surveilans HAIs setiap bulan	1	4	3	12	Sedang
	b Karena tidak terlaksananya Audit Bundels HAIs setiap bulan							
	9 % standar klinis yang tercapai	Kemungkinan tidak ada standarisasi dalam penanganan penyakit	Karena belum semua penyakit/diagnosa dibuatkan <i>Clinical Pathway</i>	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10 % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Kemungkinan pendapatan non-JKN tidak mencapai target pendapatan yang diharapkan	a Karena kurang optimalnya Promosi dan Pemasaran kepada masyarakat & <i>stakeholder</i> terkait layanan eksisting dan layanan baru RS	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi
			b Karena ketidakmampuan dalam memenuhi ekspektasi pelanggan terhadap layanan yang diberikan					
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap lingkungan kerja yang ada	a Karena adanya lingkungan kerja yang tidak kondusif	3	4	1.46	18	Tinggi
		Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap penerimaan remunerasi	b Karena tidak dilakukan sosialisasi oleh pengelola remunerasi					
		Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap sistem yang ada & kemungkinan terjadi demotivasi	c Karena tidak adanya penerapan <i>reward & punishment</i>					
	12 <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	Kemungkinan rendahnya kompetensi pegawai	Karena belum <i>update</i> -nya pemetaan standar kompetensi berdasarkan TNA di unit kerja	3	4	1.46	18	Tinggi
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13 Nilai kinerja Penganggaran	Kemungkinan Nilai Kinerja Penganggaran tidak mencapai target	a Karena adanya ketidaksesuaian antara RPD dan realisasi anggaran	3	4	1.46	18	Tinggi
			b Karena efisiensi anggaran belum optimal					
	14 Realisasi Anggaran	Kemungkinan realisasi anggaran rendah	a Karena anggaran terbatas	3	4	1.46	18	Tinggi
			b Karena proses pengadaan yang lambat					
		c Karena adanya belanja yang belum dilakukan pengesahan						
			d Karena pendapatan tidak mencapai target					

c. Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko merupakan upaya yang dibutuhkan untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko yang ada. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kendali rumah sakit. Rencana mitigasi yang diidentifikasi umumnya merupakan berbagai tindakan kongkrit yang perlu diwujudkan agar di kemudian hari dapat meniadakan atau mereduksi status tingkat risiko dari tingkat risiko sangat tinggi menjadi tinggi sedang, rendah.

Rencana mitigasi risiko juga diarahkan untuk mengupayakan memperkecil atau meniadakan tingkat risiko dan/atau memperkecil atau meniadakan besar dampak suatu risiko. Untuk setiap rencana mitigasi risiko yang teridentifikasi ditetapkan penanggungjawab penanganannya. Berikut tabel rencana mitigasi risiko yang ada di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

Tabel 2.17 Rencana Mitigasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	IKU	IDENTIFIKASI RISIKO		ANALISIS RISIKO					RENCANA MITIGASI RISIKO	PIC
		RISIKO	SEBAB	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO		
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1 EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	Kemungkinan target rasio ebitda tidak tercapai	Karena pendapatan tidak mencapai target dan biaya yang dikeluarkan dalam operasional tidak efisien	5	4	1.15	23	Sangat Tinggi	Melakukan efisiensi belanja dengan melakukan verifikasi tagihan	DIR. PKLO
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2 Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Kemungkinan terjadi penurunan kepercayaan masyarakat terhadap RS/karena persepsi negatif	Karena Sarana dan prasarana yang tidak mendukung	4	4	1.16	19	Tinggi	Pelaksanaan audiensi dengan para stakeholder, penambahan dan pemeliharaan sarpras	DIR. SDM
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	3 % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Kemungkinan proses pendampingan menuju strata madya tidak berjalan	Karena belum adanya regulasi yang jelas tentang rumah sakit yang bisa diampu menjadi strata madya	3	3	1.43	13	Sedang	Melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan dan rumah sakit koordinator pengampu dan rumah sakit yang akan diampu	DIR. MEDIK
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4 % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Kemungkinan Penelitian tidak terlaksana	Karena kurangnya minat pegawai dalam melakukan penelitian	4	2	1.19	10	Sedang	Membuat SPO Penelitian, dan mendorong inovasi kegiatan Unit CRU, dan melakukan sosialisasi tentang penelitian yang melibatkan pegawai untuk menumbuhkan minat melakukan penelitian dalam berbagai event rumah sakit	DIR. SDM
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5 % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Kemungkinan server tidak mampu mengimbangi jumlah proses yang berjalan secara bersamaan/terintegrasi	Karena kapasitas server rumah sakit yang ada saat ini sudah tidak memadai	2	2	1.8	7	Rendah	Pengembangan Infrastruktur Server Baru dengan mengembangkan Sistem <i>Cluster, Proses Write, get, dan Update</i>	DIR. PKLO
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6 Skor <i>Maturity Rating</i>	Kemungkinan Skor <i>Maturity Rating</i> tidak mencapai target	a Karena rendahnya kinerja keuangan (likuiditas, efisiensi, efektivitas, tingkat kemandirian)	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi	Melakukan efisiensi belanja, meningkatkan pendapatan	DIR. MEDIK, DIR. SDM, DIR. PKLO
			b Karena rendahnya kinerja pelayanan (indeks kepuasan masyarakat, efisiensi waktu pelayanan, sistem pengaduan pelayanan, tingkat keberhasilan pemenuhan pelayanan)						Menyusun SOP layanan, menyusun <i>Clinical Pathway</i> , memperbaiki waktu pelayanan melalui sistem layanan yang terintegrasi.	
			c Karena Rendahnya kapabilitas internal RS (SDM, Proses Bisnis, Teknologi, <i>Customer Focus</i>)						Melakukan pengembangan layanan dan melakukan SIRS yang terintegrasi untuk seluruh layanan	
			d Karena rendahnya tata kelola dan kepemimpinan (Perencanaan strategis, etika bisnis, <i>stakeholder relationship</i> , manajemen risiko, pengawasan dan pengendalian)						Menyusun RSB sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat sekitar, mengimplementasikan manajemen risiko dan melaksanakan pengawasan dan pengendalian	
			e Karena tidak adanya inovasi (keterlibatan pengguna jasa, proses inovasi, manajemen pengetahuan, manajemen perubahan)						Melakukan inovasi layanan baik yang berhubungan langsung dengan pasien maupun yang mendukung pelayanan	
			f Karena buruknya kondisi lingkungan RS (<i>Environmental Footprint Management</i> dan penggunaan sumber daya)						Memperbaiki fasilitas umum seperti toilet, ruang tunggu parkir dan taman	

Lanjutan Tabel 2.17

SASARAN STRATEGIS	IKU	IDENTIFIKASI RISIKO		ANALISIS RISIKO					RENCANA MITIGASI RISIKO	PIC
		RISIKO	SEBAB	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO		
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7 <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	Kemungkinan rendahnya pasien rawat inap	a Karena kurangnya tenaga perawat	2	5	2.1	21	Sangat Tinggi	Rekrutmen atau mutasi tenaga perawat dari UPF	DIR. MEDIK, DIR. SDM, DIR. PKLO
			b Karena sarana prasarana yang kurang memadai						Memperbaiki fasilitas seperti toilet, ruang tunggu parkir dan taman	
			c Karena waktu pelayanan rawat inap yang lama						Melakukan SIRS yang terintegrasi untuk seluruh layanan	
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8 <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) Rates	Kemungkinan terjadi kasus <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs)	a Karena tidak terlaksananya Surveilans HAIs setiap bulan	1	4	3	12	Sedang	Mengusulkan untuk semua PIC/ IPCLN diikutkan Pelatihan PPI Dasar	DIR. MEDIK
			b Karena tidak terlaksananya Audit Bundels HAIs setiap bulan						Resosialisasi tentang cara pengisian Format Bundels HAIs	
	9 % standar klinis yang tercapai	Kemungkinan tidak ada standarisasi dalam penanganan penyakit	Karena belum semua penyakit/diagnosa dibuatkan <i>Clinical Pathway</i>	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi	Membuat <i>Clinical Pathway</i> oleh masing-masing KSM sesuai PPK, Rapat komdik bulanan mengevaluasi CP, koordinasi Tim IT pembuatan aplikasi CP	DIR. MEDIK
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10 % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Kemungkinan pendapatan non-JKN tidak mencapai target pendapatan yang diharapkan	a Karena kurang optimalnya Promosi dan Pemasaran kepada masyarakat & <i>stakeholder</i> terkait layanan eksisting dan layanan baru RS	4	5	1.2	24	Sangat Tinggi	Riset pasar yang komprehensif	DIR. MEDIK, DIR. SDM, DIR. PKLO
			b Karena ketidakmampuan dalam memenuhi ekspektasi pelanggan terhadap layanan yang diberikan						Menetapkan standar kualitas layanan yang baik dan memastikan semua staf memahami dan mampu memberikan layanan sesuai standar	
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap lingkungan kerja yang ada	a Karena adanya lingkungan kerja yang tidak kondusif	3	4	1.46	18	Tinggi	Melakukan kegiatan <i>family gathering</i>	DIR. SDM, DIR. PKLO
		Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap penerimaan remunerasi	b Karena tidak dilakukan sosialisasi oleh pengelola remunerasi						Melakukan sosialisasi kepada pegawai terkait aturan remunerasi yang berlaku	
		Kemungkinan terjadi ketidakpuasan pegawai terhadap sistem yang ada & kemungkinan terjadi demotivasi	c Karena tidak adanya penerapan <i>reward & punishment</i>						Memberikan <i>reward</i> bagi pegawai yang berprestasi & memberikan <i>consequence</i> bagi pegawai yang melanggar	
	12 <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	Kemungkinan rendahnya kompetensi pegawai	Karena belum <i>update</i> -nya pemetaan standar kompetensi berdasarkan TNA di unit kerja	3	4	1.46	18	Tinggi	a. Pemetaan Standar Kompetensi b. Identifikasi Level Kompetensi Eksisting SDM c. Membuat Skala Prioritas Pelatihan	DIR. SDM
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13 Nilai kinerja Penganggaran	Kemungkinan Nilai Kinerja Penganggaran tidak mencapai target	a Karena adanya ketidaksesuaian antara RPD dan realisasi anggaran	3	4	1.46	18	Tinggi	Melakukan kendali anggaran dengan menyesuaikan RPD dan memperhatikan skala prioritas	DIR. PKLO
			b Karena efisiensi anggaran belum optimal						Mengoptimalkan kinerja Tim Kendali Mutu Kendali Biaya	
	14 Realisasi Anggaran	Kemungkinan realisasi anggaran rendah	a Karena anggaran terbatas	3	4	1.46	18	Tinggi	Melakukan efisiensi anggaran dengan memperhatikan kegiatan yang menjadi skala prioritas	DIR. MEDIK, DIR. SDM, DIR. PKLO
			b Karena proses pengadaan yang lambat						Mengoptimalkan kendali anggaran berdasarkan skala prioritas yang ada	
			c Karena adanya belanja yang belum dilakukan pengesahan						Menyusun sistem pengadaan yang terkoordinasi & terintegrasi	
			d Karena pendapatan tidak mencapai target						Mengoptimalkan kinerja keuangan	
									Pengembangan layanan & mengoptimalkan Promosi dan Pemasaran kepada masyarakat & stakeholder terkait layanan eksisting dan layanan baru RS	

2.7 Inisiatif Strategis

Berdasarkan analisis SWOT dan TOWS, dan merujuk keselarasan visi misi rumah sakit dengan Kementerian Kesehatan maka dirumuskan upaya-upaya strategis dalam bentuk inisiatif strategis yang dipetakan berdasarkan sasaran strategis dan peta strategis.

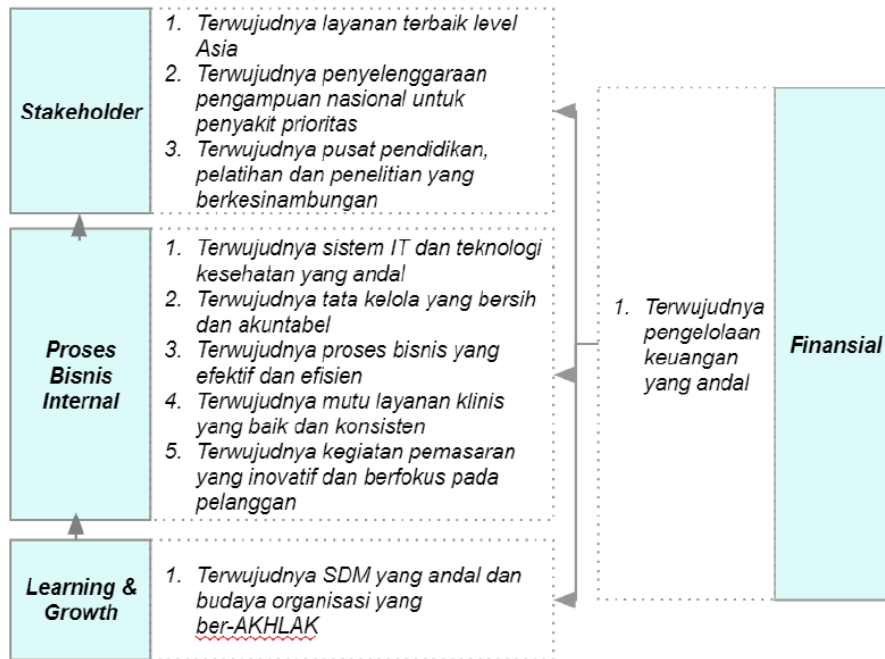
a. Sasaran Strategis

Tabel 2.18 Sasaran Strategis

PERSPEKTIF	NO	SASARAN STRATEGIS	RELEVANSI TERHADAP PILAR/NILAI PENGGERAK
<i>Finance</i>	1	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	<i>Finance</i>
<i>Stakeholder</i>	2	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	Pilar 1 : Layanan
	3	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	Pilar 2 : Pengampunan
	4	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	Pilar 3 : Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
<i>Internal Business Process</i>	5	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	IT
	6	Terwujudnya tata 48isban yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola
	7	Terwujudnya Proses Bisnis Yang Efektif dan Efisien	<i>Operational Excellence</i>
	8	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	Mutu Layanan
	9	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus kepada Pelanggan	<i>Branding & Marketing</i>
<i>Learning & Growth</i>	10	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK.	SDM dan Budaya Kerja

b. Peta Strategis

Gambar 2.4 Peta Strategis



c. Inisiatif Strategis

a. Inisiatif Strategis Turunan Dari Kementerian Kesehatan

Terdapat 14 (empat belas) ditambah 2 (dua) inisiatif strategis yang merupakan turunan dari Kementerian Kesehatan sebagaimana tabel berikut.

**Tabel 2.19 Inisiatif Strategis Turunan Dari
Kementerian Kesehatan**

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1 Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	S1-O1, S1-O2
		2 Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	W6 - O1, W6 - O2
		3 Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal & budaya organisasi yang ber-AKHLAK	4 Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	S1 - O4, S1 - O7, S2 - O4, S2 - O7, S4 - O1
Proses Bisnis Internal	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	5 Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan <i>Clinical Pathway</i>	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6
	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	6 Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1
		7 Menerapkan digitalisasi sistem <i>Inventory</i> RSV yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1
	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	8 Mengembangkan Layanan Non JKN	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4
Stakeholder	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	9 Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	S1 - O4
Finance	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	10 Menerapkan standar perhitungan <i>Unit Cost</i> Pelayanan	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3,
Proses Bisnis Internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	11 Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan <i>e-catalogue</i>	W6 - T4
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	12 Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	S1 - T3, W5 - T3
Finance	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	13 Melakukan reviu tarif INA-CBG's secara berkala	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	14 Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampunan pada layanan unggulan lainnya	S1 - T2, S1 - T3
		15 Mengembangkan layanan klinis (tambahan)	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal & budaya organisasi yang ber-AKHLAK	16 Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK (tambahan)	S3 - O1, S3 - T1

b. Inisiatif Tambahan Berdasarkan SWOT Dan TOWS

Terdapat 6 (enam) inisiatif strategis tambahan yang diturunkan berdasarkan analisis SWOT dan TOWS sebagai berikut :

Tabel 2.20 Inisiatif Strategis Tambahan Berdasarkan Analisis SWOT Dan TOWS

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS		PEMETAAN TERHADAP TOWS
Stakeholder	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	17	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	S1 - O3, S1 - O4, S1 - O6, S1 - O7, S1 - O1, S1 - O2
Proses bisnis internal	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	18	Mengembangkan <i>Branding</i> dan <i>Marketing</i> RS	S2 - T3, S2 - T2, S3 - T3
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	19	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan <i>Total Quality Management (TQM)</i>	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	20	Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	21	Meningkatkan mutu layanan unggulan	S1 - O3, S1 - O4, S1 - O6, S1 - O7, S1 - O1, S1 - O2
<i>Learning & growth</i>	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	22	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6

BAB III

RENCANA BISNIS 5 TAHUN

3.1 Program Strategis Dari Kementerian Kesehatan

Transformasi Sistem Kesehatan Kementerian Kesehatan 2021-2024 telah menetapkan Program Transformasi Kesehatan yang terdiri dari 6 pilar, dengan salah satu pilarnya adalah transformasi kesehatan rujukan. Dalam mewujudkan transformasi kesehatan rujukan maka Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan dituntut untuk melakukan transformasi Rumah Sakit dengan 3 pilar strategis yaitu Layanan, Pengampunan, dan Riset.

Untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tentunya mempunyai program strategis yang disusun berdasarkan peta strategis, sasaran strategis dan inisiatif strategis dari Kementerian Kesehatan.

Ada 44 (empat puluh empat) program strategis yang merupakan turunan dari 14 (empat belas) ditambah 2 (dua) tambahan inisiatif strategis dari Kementerian Kesehatan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Program Strategis Dari Kementerian Kesehatan

NO	KELOMPOK INISIATIF	NO	INISIATIF STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS
1	Perbaikan Pengalaman Pasien	1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	1 Memperbaiki fasilitas parkir	S1-O1, S1-O2
				2 Memperbaiki fasilitas taman	S1-O1, S1-O2
				3 Memperbaiki fasilitas toilet	S1-O1, S1-O2
				4 Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	S1-O1, S1-O2
2	Perbaikan Pengalaman Pasien	2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	5 Memperbaiki waktu pelayanan administrasi	W6 - O1, W6 - O2
				6 Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	W6 - O1, W6 - O2
				7 Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	W6 - O1, W6 - O2
				8 Memperbaiki waktu pelayanan farmasi	W6 - O1, W6 - O2
				9 Memperbaiki waktu pelayanan penunjang lab dan radiologi	W6 - O1, W6 - O2
3	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	10 Melaksanakan <i>training hospitality</i> dan <i>service excellence</i> untuk semua staf dan tebaga medis rumah sakit (<i>customer-centric</i>)	W6 - O1, W6 - O2
				11 Menstandarisasi sistem administrasi penanganan keluhan pasien (termasuk pencacatan dan <i>tracking</i> keluhan)	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1
				12 Membentuk <i>call center</i> untuk menangani keluhan pasien	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1
4	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	4	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	13 Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1
				14 Memantau kehadiran pemberi rawat inap	W5 - O5, W5 - O4
5	Peningkatan mutu layanan klinis	5	Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	15 Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam menimplementasikan PPK dan <i>Clinical Pathway</i>	S1 - O4
				16 Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan	S1 - O4
				17 Mengembangkan layanan yang diampu	W7 - O1

Lanjutan tabel 3.1

NO	KELOMPOK INISIATIF	NO	INISIATIF STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS	
6	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	6	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record yang terintegrasi	18	Perencanaan pengembangan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	W5 - O5
				19	Pengembangan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1
				20	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1
				21	Pelatihan menggunakan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	W6 - T4
				22	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi sistem ERM yang terintegrasi	W6 - T4
7	Peningkatan tata kelola RS	7	Menerapkan Digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	23	Perencanaan, pengembangan dan implementasi sistem <i>inventory</i> yang terintegrasi	W6 - T4
8	Perbaikan Pengalaman Pasien	8	Mengembangkan layanan Non-JKN	24	Meningkatkan pendapatan non JKN	S1 - T3, S2 - T3
9	Peningkatan mutu layanan klinis	9	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	25	Melaksanakan <i>branding</i> dan <i>marketing</i>	S2 - T3, S2 - T2, S3 - T3
				26	Membentuk CRU dengan pedoman penelitian	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4
10	Peningkatan tata kelola RS	10	Penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan	27	Mengembangkan inovasi berbasis riset terhadap	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4
				28	Menetapkan standar perhitungan <i>unit cost</i> pelayanan	S1 - T3, W5 - T3
11	Peningkatan tata kelola RS	11	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan <i>e-catalogue</i>	29	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6
				30	Menginventarisir barang dan jasa untuk didaftarkan ke dalam <i>e-catalogue</i>	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6
12	Peningkatan tata kelola RS	12	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	31	Perencanaan <i>Central Procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	S1 - O1, S1 - T1, S1 - T4
				32	Merumuskan Tata Cara pedoman pengadaan	S1 - O1, S1 - T1, S1 - T4, S3 - T4
				33	Eksekusi pemilihan/pengadaan	S1 - O4, S1 - O7, S4 - O7,
				34	Monitor pelaksanaan pengadaan	S1 - O4, S2 - O4
13	Peningkatan tata kelola RS	13	Melakukan review tarif INACBGS secara berkala	35	Penyelesaian tarif rumah sakit dengan tarif INACBGS	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4
				36	Pelaporan tahunan atas penyesuaian tarif rumah sakit dengan INACBGS	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3
14	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	14	Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya	37	Menyusun perencanaan pemenuhan sarpras dan alkes pendukung pengampuan layanan unggulan lainnya	S3 - O1, S3 - O4, S3 - T1
				38	Melaksanakan monitoring pemenuhan kebutuhan sarpras dan alkes pendukung pengampuan layanan lainnya	S3 - O1, S3 - O4, S3 - T1
15	Peningkatan mutu layanan klinis	15	Mengembangkan layanan klinis	39	Melakukan reviu PPK untuk seluruh layanan klinis di RSV yang mengakomodir kendali mutu dan biaya	S1 - O4, S1 - O7, S2 - O4, S2 - O7, S4 - O1
16	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	16	Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK	40	Melakukan pengembangan kompetensi individu dan berkelanjutan dalam 1 tahun	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6
				41	Melakukan <i>knowledge sharing</i> dalam pertemuan insan KemenKes	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4
				42	Menginisiasi setiap satuan kerja untuk mengusulkan dan melaksanakan ide inovasi dalam 1 tahun	S1 - T3, S2 - T3
				43	Menyiapkan sarana <i>feedback</i> internal untuk mengevaluasi efektifitas peningkatan budaya	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3,
				44	Mengembangkan sistem manajemen kinerja (<i>people, process, IT</i>) untuk memantau kinerja keseluruhan SDM	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3

3.2 Program Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Terdapat 7 (tujuh) Program Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar berdasarkan hasil analisis SWOT dan TOWS sebagai berikut :

Tabel 3.2 Program Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

NO	KELOMPOK INISIATIF	INISIATIF STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS
17	Peningkatan kemampuan Pengampuan	17 Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	45 Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi dan monitoring) terhadap RS yang diampu	W5 - O5, W5 - O4
18	Membangun <i>Brand Image</i> yang kuat	18 Mengembangkan <i>Branding</i> dan <i>Marketing</i> RS	46 Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	S1 - O4, S1 - O7, S4 - O7
			47 Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	S1 - O4, S2 - O4
19	Peningkatan tata kelola RS	19 Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan <i>Total Quality Management (TQM)</i>	48 Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	W6 - T4
20	Perbaikan Pengalaman Pasien	20 Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	49 Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4
21	Peningkatan mutu layanan klinis	21 Meningkatkan mutu layanan unggulan	50 Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	S1 - O1, S1 - T1, S1 - T4
22	Peningkatan kualitas pemberi layanan	22 Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	51 Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6

Selain program strategis di atas, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid juga mempunyai program sesuai dengan program di *Master Plan* untuk 5 tahun ke depan yang mendukung implementasi inisiatif strategis. Berikut tabel pentahapan pembangunan berdasarkan *Master Plan 2025 – 2029*.

**Tabel 3.3 Program Strategis Berdasarkan *Master Plan*
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2025 – 2029**

TAHAP	TAHUN	GEDUNG	JUMLAH LANTAI	LUAS (M2)	BIAYA
Pra Konstruksi	2025	Negosiasi & Persetujuan Proyek			70,577,021,000
		Manajemen Proyek (Konsultasi & Persiapan Kontrak : DEDC, PMSC, EQC)			
		Penandatanganan <i>Loan & Financial Agreement</i>			
1	2026	KIA	6	8.142	107,548,538,000
1		Parkir A	4 + <i>basement</i>	7.776	52,520,713,000
1		<i>Skybridge</i>	1	112	784,678,000
2	2027	Medical Center	8 + <i>basement</i>	10.352	145,307,083,000
2		<i>Bunker Linac</i>	<i>basement</i>	279	14,000,000,000
2		Pintu Gerbang	2 Unit	120	460,000,000
3	2028	<i>Nursing Ward A & B</i>	6 + <i>basement</i>	13.284	183,154,402,000
3		Parkir B	4 + <i>basement</i>	7.696	51,980,377,000
3		Rehab Gedung Seruni	1	Ls	4,220,000,000
3		Mesjid	1 + Balkon	520	4,300,000,000
4	2029	Geriatric	6	7.200	77,574,132,000
4		<i>Skybridge</i>	1	720	5,044,358,000
4		IG, IPSRS, Laundry	2 + <i>basement</i>	1.296	14,863,673,000
4		Gedung Diklat	6	5.814	55,384,198,000
TOTAL					787,719,173,000

3.3 Prioritisasi Program

Pada poin sebelumnya telah dideskripsikan sasaran strategis, inisiatif strategis dan program strategis yang merupakan alat untuk mencapai visi dan misi rumah sakit agar lebih terarah, oleh karena itu perlu dilakukan prioritisasi program yang merupakan program yang dapat membantu pencapaian visi dan misi tepat waktu sesuai yang direncanakan dengan memperhatikan berbagai peluang dan berbagai aspek. Berdasarkan dampak dan kemudahan implementasi maka prioritas program yang akan dilaksanakan sebagai berikut:

**Tabel 3.4 Prioritas Pelaksanaan Program
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**

FASE 1		FASE 2		FASE 3	
1	Memperbaiki waktu pelayanan pasien	7	Mengembangkan layanan Non BPJS	11	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
2	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	8	Memperbaiki fasilitas pendukung	12	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
3	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	9	Mengembangkan layanan klinis	13	Advokasi penyedia barang dan jasa untuk daftarkan produk di <i>e-catalogue</i>
4	Memenuhi kebutuhan Sarpras dan Alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya	10	Peningkatan budaya kerja	14	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
5	Digitalisasi <i>system inventory</i> RSV yang terintegrasi			15	Melakukan <i>review</i> tarif INA CBG secara berkala
6	Penerapan standar <i>unit cost</i> pelayanan			16	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>Clinical Pathway</i>

Berdasarkan tabel 3.4 di atas bahwa fase 1 adalah merupakan inisiatif strategis yang di dalamnya terdapat program – program strategis yang harus diimplementasikan cepat atau *quick win* dan mudah diimplementasikan selain itu secara langsung berdampak pada pelayanan pasien. Fase 2 merupakan inisiatif strategis yang berisikan program strategis yang bersifat medium artinya dalam implementasinya butuh proses dan tidak berdampak secara langsung ke pelayanan pasien. Sedangkan fase 3 diimplementasikan berdasarkan kondisi dan kemampuan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

a. Roadmap

Pada bab sebelumnya telah dideskripsikan sasaran strategis, inisiatif strategis dan program strategis yang merupakan turunan dari Kementerian Kesehatan dan inisiatif strategis tambahan berdasarkan pemetaan SWOT dan TOWS RSUP Dr. Tadjuddin Chalid. Sasaran strategis, inisiatif strategis dan program strategis tersebut akan dipetakan dalam suatu roadmap berdasarkan prioritasnya. Fase 1 adalah merupakan inisiatif strategis yang harus diimplementasikan cepat atau *quick win* dan mudah diimplementasikan. Fase 2 merupakan inisiatif strategis yang bersifat medium artinya dalam implementasinya butuh proses dan tidak berdampak secara langsung ke pelayanan pasien. Sedangkan fase 3 diimplementasikan berdasarkan kondisi dan kemampuan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

Tabel 3.5 Inisiatif Strategis dan Indikator Inisiatif Strategis (L2)

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS TAHUN KE -				
			2025	2026	2027	2028	2029
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1 Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien
		2 Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	1 % capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	1 % capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	1 % capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	1 % capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	1 % capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit
			2 % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	2 % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	2 % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	2 % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	2 % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang
			3 % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	3 % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	3 % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	3 % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	3 % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit
			4 % pembatalan waktu operasi elektif	4 % pembatalan waktu operasi elektif	4 % pembatalan waktu operasi elektif	4 % pembatalan waktu operasi elektif	4 % pembatalan waktu operasi elektif
			5 % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	5 % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	5 % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	5 % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	5 % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit
			6 % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	6 % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	6 % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	6 % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	6 % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit
			7 % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	7 % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	7 % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	7 % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	7 % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam
		3 Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	8 % pengurangan jumlah keluhan pasien	8 % pengurangan jumlah keluhan pasien	8 % pengurangan jumlah keluhan pasien	8 % pengurangan jumlah keluhan pasien	8 % pengurangan jumlah keluhan pasien
			9 Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	9 Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	9 Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	9 Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	9 Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis

Lanjutan tabel 3.5

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS TAHUN KE -					
			2025	2026	2027	2028	2029	
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal & budaya organisasi yang ber-AKHLAK	4 Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	10 Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
			11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	11 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
			12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	12 Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM
Proses Bisnis Internal	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	5 Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan <i>Clinical Pathway</i>	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK	13 Capaian indikator klinis sesuai PPK
			14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	14 Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)
	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	6 Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> yang terintegrasi	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	15 % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record
		7 Menerapkan digitalisasi sistem <i>Inventory</i> RSV yang terintegrasi	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)	16 Perputaran Persediaan (<i>Days Inventory Turnover</i>)
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	8 Mengembangkan Layanan Non JKN	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	17 % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	

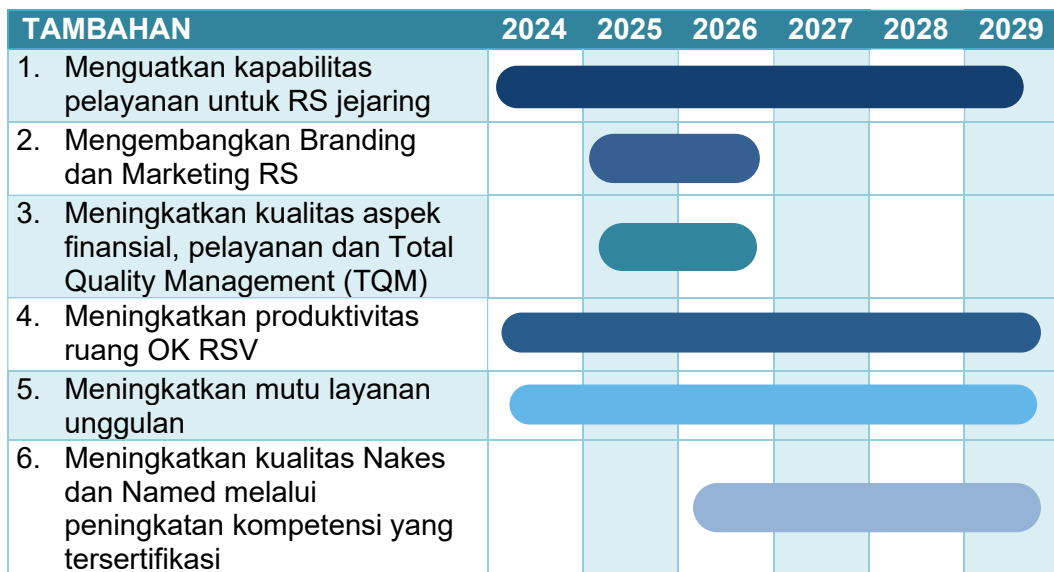
Lanjutan tabel 3.5

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS TAHUN KE -				
			2025	2026	2027	2028	2029
Stakeholder	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	9 Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	18 % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	18 % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	18 % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	18 % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	18 % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis
Finance	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	10 Menerapkan standar perhitungan <i>Unit Cost</i> Pelayanan	19 % tindakan yang dihitung <i>unit cost</i> nya	19 % tindakan yang dihitung <i>unit cost</i> nya	19 % tindakan yang dihitung <i>unit cost</i> nya	19 % tindakan yang dihitung <i>unit cost</i> nya	19 % tindakan yang dihitung <i>unit cost</i> nya
Proses Bisnis Internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	11 Memperkuat fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan <i>e-catalogue</i>	20 % nilai pembelian barang atau jasa melalui <i>e-catalogue</i> untuk harga dibawah IDR 2 bn	20 % nilai pembelian barang atau jasa melalui <i>e-catalogue</i> untuk harga dibawah IDR 2 bn	20 % nilai pembelian barang atau jasa melalui <i>e-catalogue</i> untuk harga dibawah IDR 2 bn	20 % nilai pembelian barang atau jasa melalui <i>e-catalogue</i> untuk harga dibawah IDR 2 bn	20 % nilai pembelian barang atau jasa melalui <i>e-catalogue</i> untuk harga dibawah IDR 2 bn
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	12 Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	21 % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	21 % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	21 % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	21 % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	21 % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)
Finance	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	13 Melakukan reviu tarif INA-CBG's secara berkala	22 Kepatuhan melakukan reviu tarif INA-CBG's tiap triwulanan	22 Kepatuhan melakukan reviu tarif INA-CBG's tiap triwulanan	22 Kepatuhan melakukan reviu tarif INA-CBG's tiap triwulanan	22 Kepatuhan melakukan reviu tarif INA-CBG's tiap triwulanan	22 Kepatuhan melakukan reviu tarif INA-CBG's tiap triwulanan
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	14 Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya	23 % Pemenuhan sarpras dan alkes utama dalam mendukung pengampuan pada layanan unggulan	23 % Pemenuhan sarpras dan alkes utama dalam mendukung pengampuan pada layanan unggulan	23 % Pemenuhan sarpras dan alkes utama dalam mendukung pengampuan pada layanan unggulan	23 % Pemenuhan sarpras dan alkes utama dalam mendukung pengampuan pada layanan unggulan	23 % Pemenuhan sarpras dan alkes utama dalam mendukung pengampuan pada layanan unggulan
		15 Mengembangkan layanan klinis (tambahan)	24 Terdapat 1 layanan klinis yang dikembangkan	24 Terdapat 1 layanan klinis yang dikembangkan	24 Terdapat 2 layanan klinis yang dikembangkan	24 Terdapat 2 layanan klinis yang dikembangkan	24 Terdapat 3 layanan klinis yang dikembangkan
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal & budaya organisasi yang ber-AKHLAK	16 Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK (tambahan)	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pegawai pada survei pasien	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pegawai pada survei pasien	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pegawai pada survei pasien	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pegawai pada survei pasien	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pegawai pada survei pasien

Tabel 3.6 Inisiatif Strategis dan Indikator Inisiatif Strategis (L2) Tambahan Berdasarkan Analisis SWOT Dan TOWS

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS TAHUN KE -				
			2025	2026	2027	2028	2029
Stakeholder	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	17 Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	26 % rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS	26 % rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu	26 % rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu	26 % rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu	26 % rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu
Proses bisnis internal	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	18 Mengembangkan <i>Branding</i> dan <i>Marketing</i> RS	27 % target peningkatan jumlah kunjungan non-BPJS	27 % target peningkatan jumlah kunjungan non-BPJS	27 % target peningkatan jumlah kunjungan non-BPJS	27 % target peningkatan jumlah kunjungan non-BPJS	27 % target peningkatan jumlah kunjungan non-BPJS
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	19 Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan <i>Total Quality Management (TQM)</i>	28 Skor BLU maturity rating aspek finansial	28 Skor BLU maturity rating aspek finansial	28 Skor BLU maturity rating aspek finansial	28 Skor BLU maturity rating aspek finansial	28 Skor BLU maturity rating aspek finansial
			29 Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM	29 Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM	29 Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM	29 Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM	29 Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	20 Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	30 Utilisasi ruang OK	30 Utilisasi ruang OK	30 Utilisasi ruang OK	30 Utilisasi ruang OK	30 Utilisasi ruang OK
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	21 Meningkatkan mutu layanan unggulan	31 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien kanker	31 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien kanker	31 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien kanker	31 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien kanker	31 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien kanker
			32 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien stroke	32 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien stroke	32 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien stroke	32 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien stroke	32 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien stroke
33 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien orthopedi			33 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien orthopedi	33 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien orthopedi	33 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien orthopedi	33 % Peningkatan jumlah kunjungan pasien orthopedi	
<i>Learning & growth</i>	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	22 Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	34 % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	34 % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	34 % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	34 % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	34 % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun
		35 % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	35 % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	35 % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	35 % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	35 % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	

Gambar 3.1 Roadmap Inisiatif Strategis



b. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Key Performance Indicator (KPI) atau Indikator Kinerja Utama (IKU) adalah salah satu jenis pengukuran kinerja yang digunakan untuk mengukur seberapa baik suatu organisasi, proyek, unit kerja, departemen ataupun individu mencapai sasaran dan tujuan strategis yang telah ditetapkannya.

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar telah menetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU) untuk 5 (lima) tahun ke depan, yang mana indikator - indikator tersebut merupakan turunan dari *Key Performance Indicator* (KPI) Kementerian Kesehatan. Ada 12 (dua belas) indikator utama yang ditetapkan dan terdapat 2 (dua) indikator tambahan sehingga jumlah seluruh Indikator Kinerja Utama (IKU) untuk Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025 – 2029 sebanyak 14 indikator. Indikator – indikator tersebut telah dipetakan berdasarkan 4 (empat) perspektif *Balance Scorecard* (BSC) dan sasaran strategis sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 3.7 Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2025 – 2029**

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	TARGET				
			2025	2026	2027	2028	2029
<i>Finance</i>	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1 EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	1%	1%	2%	2%	3%
<i>Stakeholder</i>	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2 Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik
	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	3 % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	57.5%	65%	72.5%	80%
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4 % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
<i>Internal Bussiness Process</i>	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5 % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6 Skor <i>Maturity Rating</i>	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7 <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8 <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) Rates	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰
		9 % standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10 % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	15%	12%	12%	15%	

Lanjutan tabel 3.7

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	TARGET				
			2025	2026	2027	2028	2029
<i>Learning & Growth</i>	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas
		12 <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%	73.75%	77.5%	81.25%	85%
<i>Finance</i>	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13 Nilai kinerja Penganggaran	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1
		14 Realisasi Anggaran	95%	95%	95%	95%	95%
		15 Indeks Kualitas SDM		82%			
		16 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti		95%			

Indikator Nilai Kinerja Penganggaran dan Realisasi Anggaran merupakan indikator tambahan dari Indikator Direktif Rumah Sakit Vertikal. Capaian indikator – indikator tersebut akan menggambarkan kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 5 (lima) tahun ke depan. Capaian indikator - indikator tersebut akan dievaluasi secara berkala ada yang bulanan, triwulanan dan semesteran.

**Tabel 3.8 Program Strategis dan Kegiatan
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM	KEGIATAN
Finance	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1	EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	Operating <i>revenue</i>
				Mengendalikan beban terhadap pendapatan	Menekan Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional
					Menekan Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional
					Menekan Rasio Beban Persediaan Non Farmasi terhadap Pendapatan Operasional
				Menerapkan standar unit cost pelayanan	Penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas
				Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala	Penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun)
					Kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGS terbaru
				Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	% klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)
				Meningkatkan likuiditas keuangan	Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>)

Lanjutan tabel 3.8

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM	KEGIATAN
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Memperbaiki fasilitas parkir	Zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total
					Keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi
				Memperbaiki fasilitas taman	Ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan
					Keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi
				Memperbaiki fasilitas toilet	Jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet
					Keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi
				Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Rasio ruang tunggu per pasien
					Keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi
				Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	Perbaikan rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap
					Perputaran Utang (Days Payable Turnover)
Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP)				
Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)				

Lanjutan tabel 3.8

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM	KEGIATAN
<i>Stakeholder</i>	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	3	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Kegiatan pengampunan yang dilakukan bersama RS jejaring untuk 1 jenis layanan
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	4	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Pengembangan program inovasi yang berasal dari riset
				Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan
					Melakukan riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi
<i>Internal Bussiness Process</i>	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	<i>Downtime rate</i> sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu <i>maintenance</i>) Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu <i>ticket</i>
				Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan
				Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	% data input <i>inventory</i> ke dalam sistem <i>inventory</i> digital
				Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)

Lanjutan tabel 3.8

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM	KEGIATAN		
Internal Bussiness Process	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6	Skor <i>Maturity Rating</i>	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i>		
					Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i>		
					Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i>		
					Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i>		
						Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
							Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
							Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
							Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	<i>Bed Occupany Rate</i> (BOR)	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	<i>Average length of stay</i> (Avlos)		
				Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	Meningkatkan utilisasi alkes yang mendukung pelayanan		
				Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Jumlah pasien rawat jalan		
				Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah		
				Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan		

Lanjutan tabel 3.8

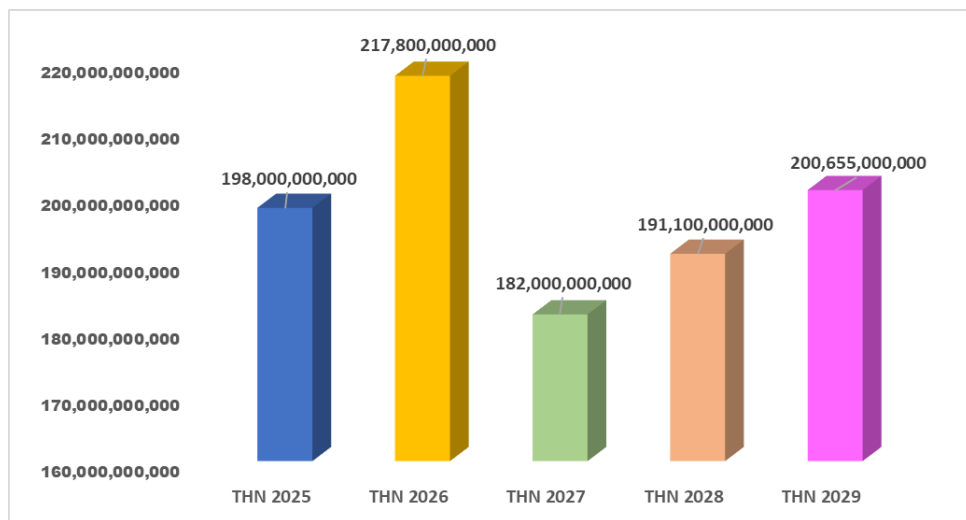
PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	PROGRAM	KEGIATAN
Internal Business Process	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis
		9 % standar klinis yang tercapai	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan <i>clinical pathway</i>
			Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan
	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10 % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	Peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milih RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok
			Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	Peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan
			Mengembangkan layanan non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN
			Mengimplementasi pola tarif non-JKN	Penyesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan
Learning & Growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai poliklinik	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	Kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)
		12 <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun
				Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun
Finance	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13 Nilai kinerja Penganggaran	Program SMART	Implementasi Program SMART
		14 Realisasi Anggaran	Optimalisasi Realisasi Anggaran	Mengoptimalkan Realisasi Anggaran

c. Proyeksi Keuangan

Dalam menyusun Rencana Strategis Bisnis 5 (lima) tahun ke depan, selain sasaran strategis, inisiatif strategis dan program strategis, untuk mencapai tujuan, visi dan misi, maka rumah sakit juga harus memproyeksikan keuangannya selama kurun waktu 5 (lima) tahun ke depan.

1) Revisi Estimasi Pendapatan

**Grafik 3.1 Estimasi Pendapatan (Revisi)
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Tahun 2025 – 2029**



Revisi estimasi pendapatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar untuk Tahun 2027 - 2029 sebagaimana grafik 3.1 di atas, telah dirumuskan berdasarkan kondisi beberapa tahun sebelumnya dan kondisi saat ini.

a) Keterbatasan Kapasitas Pelayanan akibat Tidak Adanya Penambahan Gedung Layanan dan Tempat Tidur

Tahun 2025-2026, rumah sakit tidak memperoleh penambahan bangunan layanan maupun peningkatan jumlah tempat tidur (TT). Capaian BOR s/d November 2025 sudah mencapai 85%, capaian ini sudah maksimal sehingga kondisi ini menyebabkan kapasitas pelayanan tidak dapat dikembangkan/ditingkatkan, sedangkan kebutuhan pelayanan dan jumlah pasien terus meningkat. Tanpa peningkatan kapasitas fisik, rumah sakit tidak dapat melakukan ekspansi layanan yang berpotensi meningkatkan pendapatan, sehingga target pendapatan realistis perlu diturunkan.

b) Tidak Adanya Penambahan Jenis Layanan Baru

Selama periode perencanaan, rumah sakit tidak dapat membuka layanan baru (terutama layanan unggulan atau rujukan) karena keterbatasan ruang dan sarana prasarana. Ketidakterediaan layanan baru berdampak pada stagnasi volume layanan yang menjadi sumber utama pendapatan BLU, baik layanan rawat jalan, rawat inap, maupun penunjang medis.

c) Realisasi Pendapatan Tahun Berjalan Tidak Mencapai Target

Sebagai gambaran bahwa terjadi *trend* peningkatan pendapatan dari Tahun 2022 ke Tahun 2023 dan Tahun 2023 ke Tahun 2024 secara signifikan karena pada Tahun 2022 dan Tahun 2023 terdapat penambahan alat kesehatan yang banyak (MRI, Fluroskopi, Panoramic, Mammography dll) dan adanya pembangunan gedung Graha Lily sehingga RSUP Dr. Tadjuddin Chalid dapat mengembangkan jenis layanan sesuai kebutuhan masyarakat. Pada Tahun 2025 walaupun diproyeksikan terjadi peningkatan pendapatan dibandingkan Tahun 2024, namun peningkatan tersebut tidak signifikan (2.06%).

Data prognosa/proyeksi menunjukkan bahwa realisasi pendapatan tidak mencapai target pada dua tahun terakhir:

(1) Tahun 2025: Target Rp.198.000.000.000,- → Prognosa realisasi Rp.170.125.094.800,- (86%)

(2) Tahun 2026: Target Rp.217.800.000.000,- → Proyeksi realisasi Rp.189.000.000.000,- (87%)

Kesenjangan signifikan antara target dan realisasi menunjukkan bahwa target sebelumnya terlalu optimistis dibanding kapasitas riil rumah sakit, sehingga perlu dilakukan penyesuaian target untuk tahun berikutnya agar lebih realistis dan sesuai kemampuan produksi layanan.

d) Keterbatasan Anggaran untuk Pengembangan Infrastruktur dan Peralatan

Dengan tidak tersedianya anggaran pembangunan/renovasi gedung serta pengadaan alat kesehatan strategis, rumah sakit tidak dapat meningkatkan mutu dan cakupan layanan. Keterbatasan investasi ini menyebabkan pendapatan tidak dapat meningkat sesuai target sebelumnya, sehingga target pendapatan harus disesuaikan.

e) Penyesuaian Target agar Sejalan dengan Kapasitas Riil Produksi Layanan

Penurunan target pendapatan merupakan langkah perencanaan yang diperlukan agar:

- (1) Selaras dengan kapasitas fisik dan SDM yang tersedia
- (2) Menghindari deviasi target–realisasi yang terlalu besar
- (3) Mendukung penyusunan RBA yang realistis, akuntabel, dan dapat dicapai

Dengan kondisi stagnasi kapasitas layanan, mempertahankan kenaikan target tanpa dasar yang kuat berpotensi menurunkan kualitas perencanaan dan kinerja BLU. Penurunan target pendapatan BLU Tahun 2027 dibanding tahun sebelumnya dilakukan karena rumah sakit tidak mengalami penambahan bangunan gedung pelayanan, kapasitas tempat tidur, dan alat kesehatan maupun penambahan jenis layanan baru akibat keterbatasan anggaran. Kondisi tersebut menyebabkan kapasitas produksi layanan tidak dapat meningkat, sehingga realisasi pendapatan tahun 2025–2026 berada jauh di bawah target yang ditetapkan. Berdasarkan keterbatasan kapasitas dan tren realisasi tersebut, maka perlu dilakukan penyesuaian target pendapatan BLU agar lebih realistis, akuntabel, dan sesuai kemampuan riil rumah sakit dalam menyediakan layanan.

2) Rencana Kebutuhan Anggaran

Rencana kebutuhan anggaran akan dibedakan atas anggaran kelangsungan operasional dan anggaran pengembangan.

a) Anggaran Program Kelangsungan Operasional

Tabel 3.9 Estimasi Anggaran Operasional (Revisi) Tahun 2025 – 2029

NO	URAIAN	2025	2026	2027	2028	2029
1	Belanja Gaji dan Tunjangan	74,000,000,000	84,851,286,000	72,800,000,000	76,440,000,000	80,262,000,000
2	Belanja Barang	2,779,435,000	3,218,518,000	3,640,000,000	3,822,000,000	4,013,100,000
3	Belanja Jasa	24,224,926,000	24,289,395,000	25,480,000,000	26,754,000,000	28,091,700,000
4	Belanja Pemeliharaan	7,493,478,000	10,852,658,000	10,920,000,000	11,466,000,000	12,039,300,000
5	Belanja Perjalanan	1,369,024,000	859,400,000	1,820,000,000	1,911,000,000	2,006,550,000
6	Pengadaan Obat Obatan dan BMHP	55,328,345,000	54,418,766,000	45,500,000,000	47,775,000,000	50,163,750,000
7	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	11,640,253,000	10,910,389,000	10,920,000,000	11,466,000,000	12,039,300,000
8	Belanja Barang Persediaan Lainnya - BLU	6,084,836,000	7,326,300,000	7,280,000,000	7,644,000,000	8,026,200,000
9	Belanja Peralatan dan Mesin	1,624,764,000	14,703,504,000	2,730,000,000	2,866,500,000	3,009,825,000
10	Belanja Peningkatan Kapasitas dan Pengembangan SDM	454,939,000	698,000,000	910,000,000	955,500,000	1,003,275,000
TOTAL		185,000,000,000	212,128,216,000	182,000,000,000	191,100,000,000	200,655,000,000

b) Anggaran Pengembangan

Anggaran pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program – program pengembangan strategis yang ada. Anggaran pengembangan disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun, sebagaimana pada tabel 3.10.

Tabel 3.10 Estimasi Anggaran Pengembangan Tahun 2025 - 2029

INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM STRATEGIS	2025	2026	2027	2028	2029
1	EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000
		Mengendalikan beban terhadap pendapatan	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
		Menerapkan standar unit cost pelayanan	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
		Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
		Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
		Meningkatkan likuiditas keuangan	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
2	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Memperbaiki fasilitas parkir	-	52,520,713,000	-	51,980,377,000	-
		Memperbaiki fasilitas taman	250,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000
		Memperbaiki fasilitas toilet	150,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000	200,000,000
		Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	100,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
		Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
		Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	30,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000
		Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	25,000,000	25,000,000	20,000,000	15,000,000	10,000,000

Lanjutan Tabel 3.10

INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM STRATEGIS	2025	2026	2027	2028	2029
3	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	25,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000
4	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	25,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000	100,000,000
		Melakukan kegiatan riset dan penelitian	10,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
5	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
		Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	50,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
		Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
		Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
6	Skor <i>Maturity Rating</i>	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
		Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
7	<i>Bed Occupany Rate (BOR)</i>	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
		Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
		Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
		Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
		Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000

Lanjutan Tabel 3.10

INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		PROGRAM STRATEGIS	2025	2026	2027	2028	2029
8	<i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) Rates	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	600,000,000	700,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000
9	% standar klinis yang tercapai	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	25,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
		Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	25,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000	30,000,000
10	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
		Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
		Mengembangkan layanan non-JKN	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
		Mengimplementasi pola tarif non-JKN	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
12	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000
13	Nilai kinerja Penganggaran	Program SMART	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000
14	Realisasi Anggaran	Optimalisasi Realisasi Anggaran	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

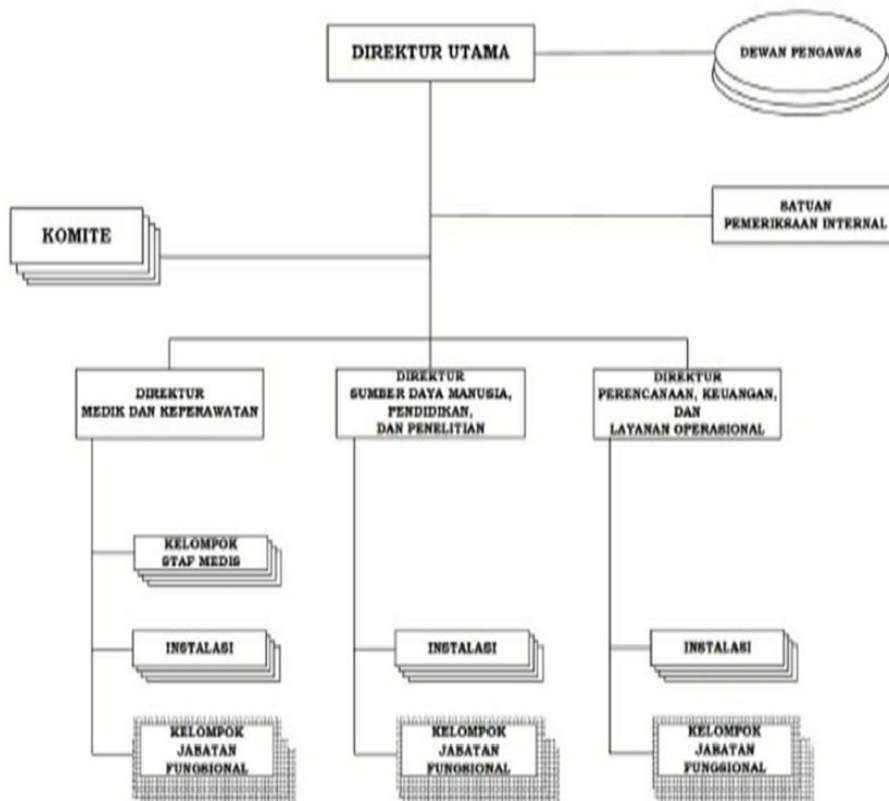
- a. Sebagai akhir dari Rencana Strategis Bisnis (RSB), keseluruhan sasaran dan Program Strategis yang diukur dengan Indikator Kinerja Utama tidak akan berarti jika tidak dijadikan pedoman dalam Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Oleh karena itu, seluruh Indikator Kinerja Utama (IKU) perlu di *cascading* sampai ke level paling kecil (staf) sehingga menjadi satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- b. Target Kinerja yang akan dicapai akan dituangkan dalam penganggaran, bukan sebaliknya, untuk itu komitmen pencapaian target kinerja harus menjadi pondasi yang kokoh, sehingga anggaran menjadi efektif, efisien dan tepat sasaran. Masing – masing *Person In Charge* (PIC) harus menjadi *Role Model* dalam Implementasi Rencana Strategis Bisnis (RSB) demi tercapainya tujuan organisasi secara keseluruhan.
- c. Target Kinerja dan Anggaran yang sudah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025 – 2029 ini bukanlah suatu kemustahilan, dengan kerja keras, tim kerja yang solid, melayani sesuai standar memiliki daya ungkit yang sangat besar dalam pencapaian target kinerja dan pendapatan.

4.2 Saran

- a. Melakukan sosialisasi ke unit – unit kerja terkait sasaran strategis, Indikator Kinerja Utama (IKU), inisiatif strategis dan program strategis;
- b. Mengidentifikasi indikator - indikator untuk menetapkan PIC;
- c. Melakukan *Cascading* terhadap Indikator Kinerja Utama (IKU) sampai ke level staf;
- d. Melakukan pertemuan secara periodik dalam rangka memantau, mengontrol, monitoring dan evaluasi pelaksanaan Indikator Kinerja Utama (IKU) tersebut;
- e. Menyusun Laporan capaian secara periodik untuk disampaikan ke Direktur Utama dan Dewan Pengawas.

LAMPIRAN:

I. Struktur Organisasi



II. Performa Fisik Gedung

Tabel 1. Performa Fisik Gedung Tahun 2023 s.d 2024

NO	INSTALASI	FUNGSIONAL	TEKNIKAL	BEHAVIORAL	KESIMPULAN
1	Instalasi Gawatt Darurat	1	1	1	3
2	Instalasi Kamar Bedah (OK)	1	1	1	3
3	Instalasi Perawatan Intensife	1	1	1	3
4	Instalasi Rawat Jalan	1	1	1	3
5	Instalasi KIA/KB	1	1	1	3
6	Rawat Inap				
	a. Umum	1	1	1	3
	b. Anak	1	1	1	3
	c. Bedah	1	1	1	3
	d. Kusta	1	1	1	3
7	Unit Hemodialisa	1	1	1	3
8	Unit Luka	1	1	1	3
9	Instalasi Farmasi	1	1	1	3
10	Instalasi Laboratorium	1	1	1	3
11	Instalasi Radiologi	1	1	1	3
12	Instalasi Rehab Medik	1	1	1	3
13	Instalasi Gizi	1	1	1	3
14	Instalasi Medical Record	1	1	0	2
15	Instalasi Forensik & Pemulasaran Jenazah	1	1	0	2
16	Instalasi Verifikasi Penjaminan Pasien (IVPP)	1	1	1	3
17	Instalasi Sterilisasi Sentral & Binatu	1	1	1	3
18	Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS	1	1	0	2
19	Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran	1	1	0	2
20	Instalasi SIRS	1	1	1	3
21	Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3	1	1	0	2
22	Kantor	1	1	0	2

*(Area Sewa BRI, Rumahjabatan, Wisma, Musholla, Kantin, Aula)Keterangan :

- 3 = Sangat Baik
- 2 = Baik
- 1 = Cukup Baik
- 0 = Sedang
- 1 = Kurang Baik
- 2 = Buruk

**FUNGSIONAL –
TEKNIKAL - BEHAVIOUR**

- 1 = Baik
- 0 = Sedang
- 2 = Buruk

1 VISI, MISI, SASARAN STRATEGIS, INISIATIF STRATEGIS, PROGRAM STRATEGIS

VISI	MISI	PILAR STRATEGIS & NILAI PENGGERAK	PETA STRATEGIS / SASARAN STRATEGIS	KPI SASARAN STRATEGIS (L1)	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS (L2)	PROGRAM STRATEGIS	KPI PROGRAM STRATEGIS (L3)
Rumah Sakit dengan pelayanan unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan	<p>Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung</p> <p>Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja</p> <p>Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan</p> <p>Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan</p> <p>Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional</p> <p>Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif</p>	Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	<p>Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD</p> <p>Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien</p>	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	<p>Memperbaiki fasilitas parkir</p> <p>Memperbaiki fasilitas taman</p> <p>Memperbaiki fasilitas toilet</p> <p>Memperbaiki fasilitas ruang tunggu</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan radiologi</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan lab</p> <p>Memperbaiki waktu pelayanan IGD</p>	<p>% zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total</p> <p>% keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi</p> <p>% ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan</p> <p>% keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi</p> <p>% jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet</p> <p>% keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi</p> <p>Rasio ruang tunggu per pasien</p> <p>% keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi</p> <p>Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap</p> <p>Waktu administrasi pasien masuk rawat inap (serupa dengan KPI pertama)</p> <p>Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (<i>discharge</i>)</p> <p>Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran</p> <p>Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan</p> <p>Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif</p> <p>Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi</p> <p>Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil</p> <p>Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD</p> <p>% staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i> dalam 6 bulan</p> <p>Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk <i>call centre</i>, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi)</p> <p>% keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja</p>
				% capaian waktu pemeriksaan laboratorium ≤60 menit		% capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	% capaian waktu administrasi pasien masuk rawat inap saat administrasi pendaftaran rawat inap	
				% capaian waktu pemeriksaan laboratorium ≤60 menit		% capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (<i>discharge</i>)	
				% capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit		% capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran	
				% pembatalan waktu operasi elektif		% pembatalan waktu operasi elektif	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan	
				% capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit		% capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif	
				% Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit		% Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi	
				% capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam		% capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil	
				% pengurangan jumlah keluhan pasien		% pengurangan jumlah keluhan pasien	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD	
				Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis		Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i>	
							Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	
							Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	

VISI	MISI	PILAR STRATEGIS & NILAI PENGGERAK	PETA STRATEGIS / SASARAN STRATEGIS	KPI SASARAN STRATEGIS (L1)	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS (L2)	PROGRAM STRATEGIS	KPI PROGRAM STRATEGIS (L3)
			Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	% rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Jumlah kegiatan pengampunan yang dilakukan bersama RS jejaring untuk 1 jenis layanan
			Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	% riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset
					Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Jumlah penelitian translasional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan
					Mengembangkan program BGSi	Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	Menghimpun populasi potensial untuk program BGSi	% jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi Jumlah populasi yang dihipersi untuk direkrut program BGSi
		Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	% pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan <i>medical record</i>	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	% <i>Downtime rate</i> sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu <i>maintenance</i>) Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu <i>ticket</i>
							Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan
					Menerapkan digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover)	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	% data input <i>inventory</i> ke dalam sistem <i>inventory</i> digital
					Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	% nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)
			Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek finansial	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i> Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i> Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i> Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i>
						Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek pelayanan dan TQM	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i> Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
			Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	<i>Bed occupy rate</i> (BOR)	Meningkatkan utilisasi <i>bed</i> rawat inap	# <i>Bed turnover</i> (BTO)	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	<i>Average length of stay</i> (Alos) # <i>Turnover interval</i> (TOI)
							Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	% rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan
					Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	% jumlah pasien rawat jalan	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Jumlah pasien rawat jalan
					Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	utilisasi ruang OK	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
					Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	% pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan

VISI	MISI	PILAR STRATEGIS & NILAI PENGGERAK	PETA STRATEGIS / SASARAN STRATEGIS	KPI SASARAN STRATEGIS (L1)	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS (L2)	PROGRAM STRATEGIS	KPI PROGRAM STRATEGIS (L3)
			Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Capaian indikator klinis sesuai PPK	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis
				% standar klinis yang tercapai (<i>sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS</i>)		Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM)	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan <i>clinical pathway</i>
					Meningkatkan mutu layanan unggulan	(<i>indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS</i>) [LAYANAN STROKE] - Pasien Stroke Hiperakut (<4,5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup [LAYANAN KANKER] - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari - Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP - Lama Rawat Pasien	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan
							Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan	Jumlah PPK layanan unggulan yang di- <i>review</i> sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPk, konsensus, dan <i>guideline</i> organisasi profesi
			Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	% peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	% rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milik RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok
					Mengembangkan branding & marketing	% target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS	Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	% peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan
							Mengembangkan layanan non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN
							Mengimplementasi pola tarif non-JKN	% kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan
		Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	% kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)
						Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap
							Mengimplementasi pola remunerasi	% implementasi sistem remunerasi
				Training Effectiveness Index (TEI)	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	% Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	% jumlah dokter dengan produktivitas di kuadran 1 Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun
						% Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun		Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun

VISI	MISI	PILAR STRATEGIS & NILAI PENGGERAK	PETA STRATEGIS / SASARAN STRATEGIS	KPI SASARAN STRATEGIS (L1)	INISIATIF STRATEGIS	KPI INISIATIF STRATEGIS (L2)	PROGRAM STRATEGIS	KPI PROGRAM STRATEGIS (L3)
		Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	EBITDA % <i>operating margin</i> % <i>gross margin</i>	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan Mengendalikan beban terhadap pendapatan Menerapkan standar unit <i>cost pelayanan</i> Melakukan <i>review</i> tarif INACBGs secara berkala Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Operating revenue Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional % penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas % penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun) % kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru % klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)
					Memperkuat cadangan modal strategis	<i>net cash flow</i>	Meningkatkan likuiditas keuangan	Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>) Perputaran Utang (<i>Days Payable Turnover</i>)
					Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP)	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)

2 PRIORITAS PROGRAM

NO	PROGRAM STRATEGIS	PEMETAAN TOWS UNTUK PROGRAM STRATEGIS	SKOR DAMPAK (1-5)	SKOR KEMUDAHAN IMPLEMENTASI (1-5)
1	Memperbaiki fasilitas parkir	S1-O1, S1-O2	5	5
2	Memperbaiki fasilitas taman	S1-O1, S1-O2	5	5
3	Memperbaiki fasilitas toilet	S1-O1, S1-O2	5	5
4	Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	S1-O1, S1-O2	5	5
5	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	W6 - O1, W6 - O2	5	5
6	Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	W6 - O1, W6 - O2	5	5
7	Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	W6 - O1, W6 - O2	5	5
8	Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	W6 - O1, W6 - O2	5	5
9	Memperbaiki waktu pelayanan lab	W6 - O1, W6 - O2	5	5
10	Memperbaiki waktu pelayanan IGD	W6 - O1, W6 - O2	5	5
11	Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i>	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1	5	5
12	Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1	4	5
13	Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1	4	4
14	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	W5 - O5, W5 - O4	3	3
15	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	S1 - O4	3	2
16	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	S1 - O4	3	3
17	Menghimpun populasi potensial untuk program BGSi	W7 - O1	2	2
18	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	W5 - O5	4	4
19	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1	5	5
20	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1	4	4
21	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	W6 - T4	4	4
22	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	W6 - T4	4	4
23	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	W6 - T4	4	4
24	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	S1 - T3, S2 - T3	4	4

NO	PROGRAM STRATEGIS	PEMETAAN TOWS UNTUK PROGRAM STRATEGIS	SKOR DAMPAK (1-5)	SKOR KEMUDAHAN IMPLEMENTASI (1-5)
25	Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	S2 - T3, S2 - T2, S3 - T3	4	4
26	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4	5	5
27	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4	5	5
28	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	S1 - T3, W5 - T3	3	3
29	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6	4	4
30	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6	4	4
31	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	S1 - O1, S1 - T1, S1 - T4	5	5
32	Melakukan review PPK untuk seluruh layanan unggulan	S1 - O1, S1 - T1, S1 - T4, S3 - T4	4	4
33	Meningkatkan jangkauan <i>channel digital</i> RS	S1 - O4, S1 - O7, S4 - O7,	4	3
34	Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	S1 - O4, S2 - O4	4	4
35	Mengembangkan layanan non-JKN	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	5	5
36	Mengimplementasi pola tarif non-JKN	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3	4	4
37	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	S3 - O1, S3 - O4, S3 - T1	4	4
38	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	S3 - O1, S3 - O4, S3 - T1	4	4
39	Mengimplementasi pola remunerasi	S1 - O4, S1 - O7, S2 - O4, S2 - O7, S4 - O1	4	4
40	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6	4	4
41	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	5	5
42	Mengendalikan beban terhadap pendapatan	S1 - T3, S2 - T3	5	5
43	Menerapkan standar unit cost pelayanan	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3,	3	3
44	Melakukan review tarif INACBGS secara berkala	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3	3	3
45	Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	5	5
46	Meningkatkan likuiditas keuangan	S1 - T3, S2 - T3	5	5
47	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian klaim	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	4	4
48	Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	4	4

3 ROADMAP

3.1 Roadmap Program Strategis Turunan Kementerian Kesehatan

NO	KELOMPOK INISIATIF	NO	INISIATIF STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS	PROGRAM STRATEGIS	2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	Perbaikan Pengalaman Pasien	1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	S1-O1, S1-O2	1 Memperbaiki fasilitas parkir						
					2 Memperbaiki fasilitas taman						
					3 Memperbaiki fasilitas toilet						
					4 Memperbaiki fasilitas ruang tunggu						
2	Perbaikan Pengalaman Pasien	2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	W6 - O1, W6 - O2	5 Memperbaiki waktu pelayanan administrasi						
					6 Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan						
					7 Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif						
					8 Memperbaiki waktu pelayanan farmasi						
					9 Memperbaiki waktu pelayanan penunjang lab dan radiologi						
3	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	S1 - T1, W1 - T1, W2 - T1	10 Melaksanakan <i>training hospitality</i> dan <i>service excellence</i> untuk semua staf dan tebaga medis rumah sakit (<i>customer-centric</i>)						
					11 Menstandarisasi sistem administrasi penanganan keluhan pasien (termasuk pencacatan dan <i>tracking</i> keluhan)						
					12 Membentuk <i>call center</i> untuk menangani keluhan pasien						
4	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	4	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	S1 - O4, S1 - O7, S2 - O4, S2 - O7, S4 - O1	13 Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik						
					14 Memantau kehadiran pemberi rawat inap						
5	Peningkatan mutu layanan klinis	5	Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6	15 Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam menimplementasikan PPK dan <i>Clinical Pathway</i>						
					16 Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan						
					17 Mengembangkan layanan yang diampu						
6	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	6	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1	18 Perencanaan pengembangan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi						
					19 Pengembangan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi						
					20 Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi						
					21 Pelatihan menggunakan sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi						
					22 Perencanaan, pengembangan, dan implementasi sistem ERM yang terintegrasi						

NO	KELOMPOK INISIATIF	NO	INISIATIF STRATEGIS	PEMETAAN TERHADAP TOWS	PROGRAM STRATEGIS	2024	2025	2026	2027	2028	2029
7	Peningkatan tata kelola RS	7	Menerapkan Digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	W2 - O1, W2 - O4, W2 - T1	23 Perencanaan, pengembangan dan implementasi sistem <i>inventory</i> yang terintegrasi						
8	Perbaikan Pengalaman Pasien	8	Mengembangkan layanan Non-JKN	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	24 Meningkatkan pendapatan non JKN 25 Melaksanakan <i>branding</i> dan <i>marketing</i>						
9	Peningkatan mutu layanan klinis	9	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	S1 - O4	26 Membentuk CRU dengan pedoman penelitian 27 Mengembangkan inovasi berbasis riset terhadap layanan unggulan						
10	Peningkatan tata kelola RS	10	Penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3	28 Menetapkan standar perhitungan <i>unit cost</i> pelayanan						
11	Peningkatan tata kelola RS	11	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan <i>e-catalogue</i>	W6 - T4	29 Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa 30 Menginventarisir barang dan jasa untuk didaftarkan ke dalam <i>e-catalogue</i>						
12	Peningkatan tata kelola RS	12	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	S1 - T3, W5 - T3	31 Perencanaan <i>Central Procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi 32 Merumuskan Tata Cara pedoman pengadaan 33 Eksekusi pemilihan/pengadaan 34 Monitor pelaksanaan pengadaan						
13	Peningkatan tata kelola RS	13	Melakukan review tarif INACBGS secara berkala	S1 - O1, S1 - O4, S2 - O1, S2 - O4, S1 - T3, S1 - T4, S2 - T3	35 Penyelesaian tarif rumah sakit dengan tarif INACBGS 36 Pelaporan tahunan atas penyesuaian tarif rumah sakit dengan INACBGS						
14	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	14	Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya	S1 - T2, S1 - T3	37 Menyusun perencanaan pemenuhan sarpras dan alkes pendukung pengampuan layanan unggulan lainnya 38 Melaksanakan monitoring pemenuhan kebutuhan sarpras dan alkes pendukung pengampuan layanan lainnya						
15	Peningkatan mutu layanan klinis	15	Mengembangkan layanan klinis	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	39 Melakukan reuiu PPK untuk seluruh layanan klinis di RSV yang mengakomodir kendali mutu dan biaya						
16	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	16	Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK	S3 - O1, S3 - T1	40 Melakukan pengembangan kompetensi individu dan berkelanjutan dalam 1 tahun 41 Melakukan <i>knowledge sharing</i> dalam pertemuan insan KemenKes 42 Menginisiasi setiap satuan kerja untuk mengusulkan dan melaksanakan ide inovasi dalam 1 tahun 43 Menyiapkan sarana <i>feedback</i> internal untuk mengevaluasi efektifitas peningkatan budaya 44 Mengembangkan sistem manajemen kinerja (<i>people, process, IT</i>) untuk memantau kinerja keseluruhan SDM						

3.2 Roadmap Program Strategis Tambahan Berdasarkan Analisis SWOT Dan TOWS

INISIATIF STRATEGIS		PEMETAAN TERHADAP TOWS	PROGRAM STRATEGIS	2024	2025	2026	2027	2028	2029
17	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	S1 - O3, S1 - O4, S1 - O6, S1 - O7, S1 - O1, S1 - O2	45 Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi dan monitoring) terhadap RS yang diampu						
18	Mengembangkan <i>Branding</i> dan <i>Marketing</i> RS	S2 - T3, S2 - T2, S3 - T3	46 Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS						
			47 Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien						
19	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan <i>Total Quality Management (TQM)</i>	S1 - O1, S1 - O3, S1 - O5, S1 - T1, S2 - T4, S4 - O3, S4 - O4	48 Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial						
20	Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	S1 - O3, S2 - O3, S2 - O4	49 Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah						
21	Meningkatkan mutu layanan unggulan	S1 - O3, S1 - O4, S1 - O6, S1 - O7, S1 - O1, S1 - O2	50 Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)						
22	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	W1 - O1, S3 - T4, S3 - O6	51 Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named						

4 INDIKATOR

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	Persentase zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total	50%	55%	60%	60%	60%
	2	Durasi pembukaan zona parkir untuk rawat jalan	06.30 – 19.00	06.30 – 19.00	06.30 – 19.00	06.30 – 21.00	06.30 – 21.00
	3	Persentase pengurangan insiden, termasuk insiden kehilangan kendaraan bermotor di area parkir	< 1%	< 1%	< 1%	0%	0%
	4	Persentase biaya perbaikan dan pemeliharaan parkir	< 1%	<1%	< 1%	< 1%	< 1%
	5	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas parkir dari survey	30	40	50	60	70
	6	Persentase keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi	80%	80%	85%	85%	90%
	7	Persentase ketersediaan ruang terbuka hijau 88isbanding luas lahan	≥30%	≥30%	≥30%	≥30%	≥30%
	8	Persentase biaya perbaikan dan pemeliharaan taman	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
	9	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas taman dari survey	30	40	50	60	70
	10	Persentase keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi	80%	80%	85%	85%	90%
	11	Persentase jumlah toilet berkebutuhan khusus 88isbanding keseluruhan jumlah toilet	60%	60%	65%	65%	75%
	12	Persentase biaya perbaikan dan pemeliharaan toilet	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
	13	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas toilet dari survey	30	40	50	60	70
	14	Persentase keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi	80%	80%	85%	85%	90%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program	2025	2026	2027	2028	2029
	15 Rasio ruang tunggu per pasien	2,5 m ² /org	2,5 m ² /org	2 m ² /org	2 m ² /org	1,5 m ² /org
	16 Persentase biaya perbaikan dan pemeliharaan ruang tunggu	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
	17 Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas ruang tunggu dari survey	30	40	50	60	70
	18 Persentase keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi	80%	80%	85%	85%	90%
	19 Waktu registrasi pasien	5 menit	5 menit	5 menit	< 5 menit	< 5 menit
	20 Waktu administrasi pasien masuk rawat inap	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
	21 Waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge)	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit
	22 Downtime rate aplikasi administrasi online	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%
	23 Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu pelayanan administrasi	30	40	50	60	70
	24 Waktu tunggu pelayanan rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit
	25 Tingkat kepatuhan kehadiran tepat waktu staf pelayanan	90%	91%	92%	93%	95%
	26 Durasi jam pelayanan dokter rawat jalan	4 jam	4 jam	4 jam	4 jam	4 jam
	27 Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu pelayanan rawat jalan	30	40	50	60	70
	28 Tingkat kepatuhan waktu terhadap kesiapan dokter bedah & anestesi (termasuk pelaksanaan asesmen) 24 jam sebelum tindakan	80%	80%	85%	85%	87%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program	2025	2026	2027	2028	2029
	29 Tingkat kepatuhan waktu terhadap persiapan pasien di kamar perawatan 1 jam sebelum pembedahan	85%	85%	90%	90%	95%
	30 Tingkat kepatuhan waktu kedatangan pasien 30 menit sebelum operasi	85%	85%	90%	90%	95%
	31 Tingkat kepatuhan waktu absensi dokter dan tim OK 30 menit sebelum operasi	80%	80%	85%	85%	87%
	32 Tingkat kepatuhan waktu pelaksanaan safety surgical checklist 15 menit sebelum operasi	100%	100%	100%	100%	100%
	33 Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu pelayanan operasi elektif	30	40	50	60	70
	34 Waktu pengambilan obat	≤30 Menit	≤30 Menit	≤30 Menit	≤30 Menit	≤30 Menit
	35 Downtime rate teknologi E-resep	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%
	36 Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu pelayanan farmasi	30	40	50	60	70
	37 <i>Bed Occupancy Ratio (BOR)</i>	75%	75%	77%	80%	80%
	38 Waktu masuk RI	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit
	39 % Realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
	40 Waktu tunggu sebelum mendapatkan pelayanan penunjang	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit	≤60 Menit
	41 Tingkat keandalan teknologi integrasi data pelayanan lab dan radiologi	80%	80%	80%	85%	85%
	42 Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu pelayanan penunjang lab dan radiologi	30	40	50	60	70

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
	43	Persentase staf dan tenaga medis yang menyelesaikan pelatihan hospitality dan service excellence.	70%	70%	80%	80%	85%
	44	Penilaian kepuasan pasien setelah pelatihan (dapat diukur melalui survei kepuasan pasien).	30	40	50	60	70
	45	Tingkat kepatuhan terhadap prosedur administrasi penanganan keluhan pasien.	80%	80%	85%	8%	85%
	46	Waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan keluhan pasien setelah penerapan sistem standar.	<1x24 jam	<1x24 jam	<1x24 jam	<1x24 jam	<1x24 jam
	47	Terbentuknya call center untuk menangani keluhan pasien	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Terwujudnya budaya organisasi yang ber-AKHLAK	48	Persentase kepatuhan pada jam kerja di Poliklinik setelah implementasi program.	<20%	<20%	<15%	<15%	<10%
	49	Tingkat produktivitas dokter (%Dokter di kuadran I dan II)	70%	75%	80%	85%	90%
	50	Jumlah insiden terkait penjadwalan yang tidak terpenuhi.	3%	3%	3%	2%	2%
	51	Persentase kehadiran pemberi layanan Rawat Inap sesuai jadwal.	<20%	<20%	<15%	<15%	<10%
	52	Persentase kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap setelah implementasi program.	80%	80%	80%	85%	85%
	53	Jumlah insiden terkait penjadwalan yang tidak terpenuhi di unit Rawat Inap.	3%	3%	3%	2%	2%
	54	Tingkat peningkatan kinerja pelayanan setelah penerapan sistem remunerasi	84%	84%	85%	85%	85%
	55	% Indikator Kinerja Individu (IKI) yang mencapai target 95%	90%	90%	90%	95%	95%
	56	Tingkat kepuasan pegawai terhadap Rumah Sakit (employee satisfaction)	85%	85%	85%	85%	85%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	57	Persentase tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis.	80%	85%	85%	90%	90%
	58	Tingkat kepuasan implementasi clinical pathway	30	40	50	60	70
	59	Persentase tingkat kepatuhan terhadap standar mutu nasional	70%	70%	70%	75%	75%
	60	Persentase tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)	70%	75%	80%	85%	90%
	61	[LAYANAN RESPIRASI]	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%
		- Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%
		- Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%
		- Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%
		- Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%	> 50%
		[LAYANAN ORTHOPEDI]	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%
- Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit		≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	
- Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%		
- Waktu tunggu operasi urgent	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%		
[LAYANAN KANKER]	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%		
- Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%		

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program	2025	2026	2027	2028	2029
	- Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca Mastektomi dgn Radiasi Eksterna(tanpa Booster) 40hari	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	[LAYANAN JANTUNG]	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- "Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Terapi Fibrinolitik : " door to needle " ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Mortalitas CABG/Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%
	- Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%
	[LAYANAN URONEFROLOGI]	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien PGTA Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%
	- Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis	> 3%	> 3%	> 3%	> 3%	> 3%
	- Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
	- Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%	> 60%
	- Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
		[LAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK] - Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
		- Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
		- Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%
		- Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
		[LAYANAN MATA] - Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	<1,2 %	<1,2 %	<1,2 %	<1,2 %	<1,2 %
		- Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
		- Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	62	Tingkat kepuasan pemangku kepentingan	30	40	50	60	70
	63	Waktu penyelesaian perencanaan	7 hari	7 hari	7 hari	7 hari	7 hari
	64	Persentase proses administrasi yang sudah terdigitalisasi dalam sistem	70%	80%	85%	90%	95%
	65	Persentase fitur yang berhasil diintegrasikan ke dalam sistem	100%	100%	100%	100%	100%
	66	Waktu pengembangan sistem	3 Bulan	3 Bulan	3 Bulan	3 Bulan	3 Bulan
	67	Persentase integrasi data yang berhasil	75%	80%	85%	90%	95%
	68	Down time rate sistem baru yang diimplementasikan	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program	2025	2026	2027	2028	2029
	69 % Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	85%	90%	95%	95%	95%
	70 Waktu mengakses informasi dalam sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	<5 detik	<5 detik	<5 detik	<5 detik	<5 detik
	71 Tingkat kepuasan pengguna sistem	30	40	50	60	70
	72 Persentase partisipasi pelatihan penggunaan sistem	90%	90%	90%	95%	95%
	73 Persentase penguasaan dalam menggunakan sistem	90%	90%	90%	95%	95%
	74 Waktu yang diperlukan untuk menangani permasalahan sistem	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit
	75 Resolve rate sistem administrasi RSV	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit
	76 Persentase peningkatan efisiensi dalam administrasi pelayanan setelah integrasi.	90%	90%	90%	95%	95%
	77 Persentase data input pasien ke dalam sistemAC	90%	90%	90%	95%	95%
	78 Down time rate sistem baru yang diimplementasikan	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%
	79 Resolve rate sistem ERM	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit	<5 menit
	80 Tingkat kepuasan pengguna sistem	30	40	50	60	70
	81 Persentase akurasi data dalam sistem	100%	100%	100%	100%	100%
	82 Persentase proses administrasi non pelayanan yang sudah terdigitalisasi dalam sistem	80%	90%	95%	100%	100%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
	83	Persentase data input inventory ke dalam sistem	100%	100%	100%	100%	100%
	84	% Inventory yang sudah terintegrasi secara digital	100%	100%	100%	100%	100%
	85	Down time rate sistem baru yang diimplementasikan	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%
	86	Resolve rate sistem inventory	<5 Menit	<5 Menit	<5 Menit	<5 Menit	<5 Menit
	87	Tingkat kepuasan pengguna sistem	30	40	50	60	70
	88	Persentase akurasi data dalam sistem	100%	100%	100%	100%	100%
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	89	Persentase target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS	90%	90%	90%	90%	90%
	90	Waktu yang diperlukan untuk meningkatkan pendapatan layanan unit bisnis non-BPJS	12 Bulan	12 Bulan	12 Bulan	12 Bulan	12 Bulan
	91	% Pendapatan Non-JKN dibandingkan dengan pendapatan total	10%	15%	20%	25%	30%
	92	% SDM yang memiliki sertifikat layanan estetik	50%	70%	80%	90%	95%
	93	Nilai Net Promoter Score	30	40	50	60	70
	94	Target ROI (Return on Investment) dalam branding dan marketing tiap channel marketing yang digunakan	40%	40%	40%	40%	40%
	95	Target exposure dari tiap channel marketing yang digunakan	800	850	900	950	1000
Terwujudnya pusat pendidikan,	96	Adanya CRU untuk layanan unggulan di RSV	1	1	1	1	1

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	97	Jumlah pedoman penelitian berdasarkan jenis penelitian (<i>case report & series, original article, dan review & meta analysis</i>)	1	1	1	1	1
	98	Jumlah proposal riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui CRU	5	7	9	9	9
	99	Jumlah penelitian yang menghasilkan publikasi, peningkatan layanan atau produk	5	5	5	5	5
	100	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset yang melalui CRU	1	1	1	1	1
	101	Akreditasi rumah sakit	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	102	Jumlah layanan prioritas yang akan dilakukan perhitungan <i>unit cost</i>	7	7	7	7	7
	103	Jumlah <i>unit cost</i> yang telah ditetapkan ke dalam <i>cluster</i>	1400	1410	1420	1430	1440
	104	Jumlah pedoman penghitungan <i>unit cost</i>	1	1	1	1	1
	105	Jumlah layanan yang telah memiliki perhitungan <i>unit cost</i>	1400	1410	1420	1430	1440
	106	Jumlah pendapatan total	198 M	217 M	239 M	263 M	289 M
	107	% Realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	98%	98%	98%	98%	98%
	108	% Realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	80%	80%	80%	80%	80%
	109	% Nilai EBITDA margin	+5	+10	+15	+20	+25
	110	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
	111	Indeks integritas institusi	60%	65%	70%	75%	80%
	112	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%
	113	% Laporan Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	100%	100%	100%	100%
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	114	Jumlah event yang dilakukan untuk mengadvokasi potensial vendor untuk mendaftarkan diri ke e-catalog (termasuk pembuatan content)	10	10	10	10	10
	115	Jumlah Channel atau Media yang di utilisasi untuk mengadvokasi potensial vendor untuk mendaftarkan diri ke e-catalog (termasuk pembuatan content)	5	5	5	5	5
	116	Jumlah Vendor dan Produk yang Teregister di e-catalogue	100%	100%	100%	100%	100%
	117	Jumlah Transaksi Berbasis E-catalog	100%	100%	100%	100%	100%
	118	Nilai tingkat kepuasan transaksi dengan e-catalogue dari sisi penyedia dan pengguna	30	40	50	60	70
	119	% Laporan Usulan Barang dan Jasa	100%	100%	100%	100%	100%
	120	% Pembelian barang dan jasa melalui e - catalogue dibawah IDR 2 bn	100%	100%	100%	100%	100%
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	121	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan	5	5	5	5	5
	122	Jumlah Pengadaan yang bersifat Konsolidasi yang dilakukan	5	5	5	5	5
	123	Jumlah savings yang berhasil di dapat melalui pengadaan konsolidasi sebelum vs sesudah	500 Jt	500 Jt	500 Jt	500 Jt	500 Jt
Terwujudnya pengelolaan	124	Persentase kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INA-CBGs terbaru	70%	75%	80%	85%	90%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
keuangan yang andal	125	Jumlah tarif pelayanan di rumah sakit yang disesuaikan dengan tarif INACBGS tiap tahunnya	10	20	30	40	50
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	126	Tingkat kepuasan pemangku kepentingan	30	40	50	60	70
	127	Nilai OEE dari sarpras dan alkes pendukung	30%	30%	30%	30%	30%
	128	% Penurunan jumlah kematian	30%	30%	30%	30%	30%
	129	% Pertumbuhan jumlah pasien rawat inap	40%	42%	43%	44%	45%
	130	% Pertumbuhan jumlah pasien rawat jalan	60%	65%	70%	75%	80%
	131	Diskusi internal KSM untuk memperbaharui PPK sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPk, konsensus, dan guideline organisasi profesi (kumulatif 5 tahun)	5	5	5	5	5
	92	% SDM yang memiliki sertifikat layanan estetik	50%	70%	80%	90%	95%
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	132	Terbentuknya tim Leader of Change RSV	1	1	1	1	1
	133	Terbentuknya tim Humas Internal RSV	1	1	1	1	1
	134	Terbentuknya tim Champion RSV	1	1	1	1	1
	135	Rencana peningkatan budaya kerja di RSV disetujui oleh Kemenkes	1	1	1	1	1
	136	Jumlah <i>knowledge sharing</i> dalam 1 tahun untuk setiap insan Kemenkes	20	25	30	35	40

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
	137	Jumlah pembelajaran dalam JPL (Jam Pelajaran) dalam 1 tahun	20 JPL	20 JPL	20 JPL	20 JPL	20 JPL
	138	Persentase pencapaian Indikator Kinerja Individu	80%	80%	85%	90%	95%
	139	Jumlah SDM Kesehatan yang diampu dalam pelatihan/pendidikan	30	30	50	60	80
	140	Jumlah inovasi pada setiap satuan kerja	4	4	5	5	6
	141	Tersedianya sarana feedback masyarakat secara elektronik setiap periode tertentu	4	4	5	5	6
	142	Tersedianya sarana feedback internal secara elektronik setiap periode tertentu	1	1	1	1	1
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	143	% Brand Awareness	70%	70%	75%	80%	85%
	144	%Brand preference	50%	50%	55%	60%	70%
	145	%Brand loyalty.	75%	75%	80%	85%	85%
	146	%Brand Awareness untuk layanan Estetik	60%	70%	80%	85%	90%
	147	%Brand preference untuk layanan Estetik	50%	60%	70%	80%	90%
	148	%Brand loyalty untuk layanan Estetik	75%	80%	85%	90%	95%
	149	%Brand Awareness untuk layanan Tradisional	57%	67%	78%	87%	90%
	150	%Brand preference untuk layanan Tradisional	30%	43%	55%	67%	80%

Sasaran Strategis	Aspek KPI Program		2025	2026	2027	2028	2029
	151	%Brand loyalty untuk layanan Tradisional	58%	63%	70%	75%	80%
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	152	Jumlah layanan dengan strata paripurna	1	1	1	1	1
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	153	jumlah rumah sakit binaan yang mencapai kenaikan strata untuk 1 jenis layanan	1	1	1	1	1
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	154	% Pelatihan dan Pendidikan yang terlaksana	70%	75%	80%	80%	85%
	155	% SDM mendapatkan sertifikasi/ijazah	70%	75%	75%	80%	80%

Perspektif *Finance*

Sasaran Strategis Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

1. EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
1	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional neto)	<ul style="list-style-type: none"> • EBITDA margin adalah rasio surplus atau defisit sebelum pendapatan (beban) keuangan dan pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan pendapatan operasional netto rumah sakit. • Pendapatan Operasional Neto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). • Khusus pada kegiatan non-operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non-operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. • Pencapaian target EBITDA margin setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. • Pengelompokkan rumah sakit dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022. <p>*) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024</p>	$(\text{EBITDA} + \text{Pendapatan Operasional Neto}) \times 100\%$	<p>Tahun 1 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1%</p> <p>Tahun 2 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1%</p> <p>Tahun 3 Kluster 1: 15% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2%</p> <p>Tahun 4 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2%</p> <p>Tahun 5 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 3%</p>

Lanjutan : EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)

Target EBITDA margin akan diklusterisasi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022:

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	1	15%	15%	15%	20%	20%
RSUP Dr. Sardjito	1	15%	15%	15%	20%	20%
RSUP Dr. Kariadi	1	15%	15%	15%	20%	20%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	1	15%	15%	15%	20%	20%
RS Kanker Dharmais	1	15%	15%	15%	20%	20%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Marzoeki Mahdi	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Dr. M. Djamil	2	10%	10%	15%	15%	15%
RS Anak Bunda Harapan Kita	2	10%	10%	15%	15%	15%
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	2	10%	10%	15%	15%	15%
RS Mata Cicendo	2	10%	10%	15%	15%	15%
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Persahabatan	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Dr. Moh. Hoesin	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Dr. Hasan Sadikin	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Fatmawati	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	2	10%	10%	15%	15%	15%
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	2	10%	10%	15%	15%	15%

Lanjutan : EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional)

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Paru Ario Wirawan	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Mata Makassar	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Dr. Sitanala	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Dr. Ben Mboi	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSJ Soerojo	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Ketergantungan Obat	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSJ Soeharto Heerdjan	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Otak Drs. M. Hatta	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3	1%	1%	2%	2%	3%
RS Paru Dr. Rotinsulu	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Dr. Johannes Leimena	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Surakarta	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP H. Adam Malik	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP dr. Rivai Abdullah	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3	1%	1%	2%	2%	3%
RSUP Ratatotok Buyat	3	1%	1%	2%	2%	3%

Perspektif Stakeholder

Sasaran Strategis Terwujudnya layanan terbaik level Asia

2. Skor kepuasan pelanggan (CSAT)

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
2	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	<p>Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.</p> <p>Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien.</p> <p>Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada:</p>	<p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/(Jumlah Unsur)</p> <p>Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang</p> <p>Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei</p>	<p>Tahun 1 - Tahun 3: Baik</p> <p>Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Baik</p>

Lanjutan : Skor kepuasan pelanggan (CSAT)

		<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinik; • Rawat inap; • IGD; dan • Laboratorium <p>Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur survei kepuasan masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana</p> <p>Pengukuran respon survei menggunakan Skala <i>Likert</i>, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.</p> <p>Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p> <p>Metode pengolahan data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur <ul style="list-style-type: none"> • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{(d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q)}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang 	<p>Kepuasan* 25</p> <p>Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p>	
--	--	--	--	--

Lanjutan : Skor kepuasan pelanggan (CSAT)

			<ul style="list-style-type: none"> • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) <p>2. Menghitung kepuasan pasien di satu unit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit <p>3. Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit • Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit <p>Tabel Konversi Nilai Kepuasan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nilai Persepsi</th> <th>Nilai Interval (NI)</th> <th>Nilai Interval Konversi (NIK)</th> <th>Mutu Pelayanan (x)</th> <th>Kinerja Pelayanan (y)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1,00 - 2,5996</td> <td>25,00 - 64,99</td> <td>D</td> <td>Tidak baik</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2,60 - 3,064</td> <td>65,00 - 76,60</td> <td>C</td> <td>Kurang baik</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3,0644 - 3,532</td> <td>76,61 - 88,30</td> <td>B</td> <td>Baik</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3,5324 - 4,00</td> <td>88,31 - 100,00</td> <td>A</td> <td>Sangat baik</td> </tr> </tbody> </table>	Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)	1	1,00 - 2,5996	25,00 - 64,99	D	Tidak baik	2	2,60 - 3,064	65,00 - 76,60	C	Kurang baik	3	3,0644 - 3,532	76,61 - 88,30	B	Baik	4	3,5324 - 4,00	88,31 - 100,00	A	Sangat baik		
Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)																										
1	1,00 - 2,5996	25,00 - 64,99	D	Tidak baik																										
2	2,60 - 3,064	65,00 - 76,60	C	Kurang baik																										
3	3,0644 - 3,532	76,61 - 88,30	B	Baik																										
4	3,5324 - 4,00	88,31 - 100,00	A	Sangat baik																										

Perspektif Stakeholder

Sasaran Strategis Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas

3. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
3.	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	<ul style="list-style-type: none">• Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk rumah sakit umum dan pelayanan spesialisasi untuk rumah sakit khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu.• Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.	$(\text{rumah sakit yang berhasil diampu} + \text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}) \times 100\%$	Tahun 1: 50% Tahun 2: 57,5% Tahun 3: 65% Tahun 4: 72.5% Tahun 5: 80%

Perspektif Stakeholder

Sasaran Strategis Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan

4. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
4	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	<ul style="list-style-type: none"> • Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. • Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. • Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit 	$\frac{\text{total pendapatan dari semua penelitian CRU} + \text{total Pendapatan Operasional}}{\text{total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$	<p>Tahun 1-5</p> <p>Rumah Sakit Pendidikan Utama: 2% tiap tahun</p> <p>Rumah Sakit Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun</p>
			ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada 4 dan/atau perbaruannya.		

Lanjutan : % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Target pendapatan penelitian diklusterisasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya, dan memperhitungkan seluruh aktivitas penelitian sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Sardjito	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Kariadi	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Hasan Sadikin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS JPD Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Anak Bunda Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Persahabatan	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Kanker Dharmais	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Fatmawati	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS PON Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Mata Cicendo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. M. Djamil	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP H. Adam Malik	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Moh. Hoesin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSPI Prof.Dr. Sulianti Saroso	Utama	2%	2%	2%	2%	2%

Lanjutan : % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Soerojo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ Soeharto Heerdjan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ Radjiman Wediodiningrat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ Marzoeki Mahdi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Gunawan Partowidigdo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Ario Wirawan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Paru Dr. Rotinsulu	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Ketergantungan Obat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Sitanala	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Rivai Abdullah	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Otak Drs. M. Hatta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Surakarta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Mata Makassar	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Johannes Leimena	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Ratatotok Buyat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Ben Mboi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%

Perspektif Internal Bussiness Process

Sasaran Strategis Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal

5. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	<p>Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i>. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat¹ (W: 20%) b. Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit <i>online</i> dengan Antrian BPJS : (W: 20%) c. Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>² : (W: 20%) d. Persentase integrasi <i>Human Resources</i> 	$(\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW))$ <p>* W = <i>weight</i>/bobot</p>	Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100%

Lanjutan : % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

			<p><i>Information System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS³: (W: 20%)</p> <p>e. Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS⁴: (W: 20%)</p> <p>Catatan: ¹Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan <i>ter-update</i> di dalam SatuSehat ²Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Inventori ³Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan SDM/HRD ⁴Sistem <i>finance</i> terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Keuangan/ <i>Finance</i> berbasis SAK</p>		
--	--	--	--	--	--

Perspektif Internal Business Process

Sasaran Strategis Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel

6. Skor Maturity Rating

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU Maturity Rating	Rumah sakit mengukur BLU Maturity Rating merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU Service and Governance Maturity Rating (BLUSmart)	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	Merujuk kepada Target Maturity rating RPJMN 2025-2029* *Terdapat di lampiran 3.
			<p>A. Result Based</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. • Pada result based, aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. <p>B. Process Based</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. • Pada process based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas: • Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing • Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU 		

Lanjutan : Skor *Maturity Rating*

BLU *Maturity Rating Score* mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021 dengan target yang telah disesuaikan sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	Baseline (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUP Dr. Ben Mboi	-	-	-	-	Level 2	Level 2
RSUP Fatmawati	3,70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Johannes Leimena	-	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	3,33	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Dr. Kariadi	4,18	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. M. Djamil	3,94	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Moh. Hoesin	3,84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	3,48	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Persahabatan	3,77	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP dr. Rivali Abdullah	2,77	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	4,08	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP H. Adam Malik	3,72	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Hasan Sadikin	3,60	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	3,70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sardjito	4,23	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sitanala	3,20	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3,68	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Surakarta	3,65	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3,16	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3
RS Mata Cicendo	3,35	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Mata Makassar	2,73	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	3,84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Otak Dra.M. Hatta	3,43	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Anak Bunda Harapan Kita	3,58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Marzuki Mahdi	3,27	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3,58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soeharto Heerdjan	3,58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soerjo	3,19	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Jantung Pembuluh Darah Harapan Kita	3,98	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Kanker Dharmas	3,64	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Ketergantungan Obat	3,49	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	3,69	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Paru Ario Wirawan	3,31	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3,71	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Paru Dr. Rotinsulu	3,40	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3,08	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

Perspektif *Internal Bussiness Process*

Sasaran Strategis Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien

7. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	<i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode)}}{\text{Jumlah tempat tidur}} \times 100\%$	Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70%

Perspektif Internal Business Process

Sasaran Strategis Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten

8. Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
8.	Memberikan pelayanan pelayanan berkualitas	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	<p><i>Surveillance HAIs</i> merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</p> <p>Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:</p> <p>A. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)</p> <p>B. VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)</p> <p>C. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU</p> <p>D. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) - dengan jenis tindakan operasi di rumah sakit: Bedah Orthopedi (ORIF atau <i>Total Hip Replacement</i>), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara</p> <p>*) Sumber: Definisi Operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024</p>	<p>A: \sum insiden CAUTI</p> <p>B: \sum insiden VAP</p> <p>C: \sum insiden CLABSI</p> <p>D: \sum insiden SSI</p> <p>A: (jumlah kasus CAUTI1 + jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 <i>catheter urinary-days</i></p> <p>B: (jumlah kasus VAP1+ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 <i>ventilator days</i></p> <p>C: (jumlah kasus CLABSI1 + jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 <i>central-days</i></p> <p>D: (jumlah kasus SSI1 + jumlah tindakan operasi) x 100</p> <p>1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)</p>	<p>Tahun 1 - Tahun 5:</p> <p>A: < 1.0 ‰</p> <p>B: < 1.0 ‰</p> <p>C: < 1.0 ‰</p> <p>D: < 1.0 ‰</p>

Perspektif Internal Business Process

Sasaran Strategis Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten

9. % standar klinis yang tercapai

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih rumah sakit)	Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh rumah sakit. Untuk rumah sakit umum, rumah sakit memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya. Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> • Layanan Stroke • Layanan Kanker • Layanan Jantung • Layanan Uronefrologi • Layanan Kesehatan Ibu dan Anak • Layanan Respirasi • Layanan Diabetes Mellitus • Layanan Gastrohepatologi • Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi 	$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = \frac{\text{Jumlah Indikator Tercapai}}{\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur Rumah Sakit}} \times 100\%$	Tahun 1 - Tahun 5: 80%

Evaluasi indikator klinis dan pencapaian target akan menggunakan indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan rumah sakit sebagai berikut:

Inisiatif	Indikator	Target
Layanan Stroke	1 Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	> 80%
	2 Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	> 80%
	3 Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari	> 80%
	4 Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	> 90%
Layanan Kanker	1 Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%
	2 Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan	> 80%

Lanjutan : % standar klinis yang tercapai

		(One Day Care) dgn CP	
	3	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%
	4	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%
Layanan Jantung	1	"Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%
	2	Terapi Fibrinolitik: "door to needle" ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%
	3	Mortalitas CABG/bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%
	4	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%
Layanan Uronefrologi	1	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%
	2	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis pada Pasien PGTA yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%
	3	Pencapaian Pasien CAPD dibandingkan Seluruh Pasien yang Menjalani Dialisis	> 3%
	4	Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn	> 80%
	5	Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%
	6	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%
Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	1	Kemampuan menangani BBLR 1000 gr - < 1500 gr	> 80%
	2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	> 90%
	3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia / eklampsia di RS	< 10%
	4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	< 1%
Layanan Respirasi	1	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%
	2	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%
	3	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%
	4	Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%
Layanan Diabetes Mellitus	1	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C	↑ 20%
	2	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	↑ 20%
	3	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	↑ 20%
	4	Skrining Komplikasi Mikrovaskular	↑ 50%
	5	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM	↑ 20%
	6	Peningkatan >20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak & remaja	↑ 20%
	7	Peningkatan >20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	↑ 20%
	8	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	< 20%

Lanjutan : % standar klinis yang tercapai

	9	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %	< 5 %
Layanan Gastrohepatologi	1	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	> 20%
	2	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami <i>early rebleeding</i> (24 jam) paska endoskopi hemostatik	> 80%
	3	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	> 80%
Layanan Kesehatan Jiwa	1	Optimalisasi perawatan pasien skizofrenia	> 60%
	2	Pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	> 70%
	3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safewards</i> dan WHO- <i>Quality Right</i>	> 80%
	4	Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis <i>Safewards</i> dan WHO- <i>Quality Right</i>	> 80%
Layanan PINERE	1	Kecepatan penanganan gawat darurat (<i>Emergency Respond Time</i>) <i>Severe Acute Respiratory Infection</i> (SARI) <15 menit	> 80%
	2	Pelayanan Pasien Diferi Sesuai dengan Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	> 80%
Layanan Mata	1	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	< 1,2%
	2	Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	< 1%
	3	Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	>80%
Layanan Ortopedi	1	Pasien fraktur terbuka dengan <i>emergency respond time 2</i> < 120 menit	> 60%
	2	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	< 2%
	3	Waktu tunggu operasi urgen	> 80%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, 	$\frac{\text{Pendapatan non-JKN}}{\text{Pendapatan Operasional} + \text{total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$	<p>Tahun 1 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p> <p>Tahun 2 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p>

Perspektif Internal Bussiness Process

Sasaran Strategis Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan

10. % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). • Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, 	$\frac{\text{Pendapatan non-JKN}}{\text{Pendapatan Operasional} + \text{Pendapatan non-JKN}} \times 100\%$	<p>Tahun 1 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p> <p>Tahun 2 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p>
			pasien non-JKN. <ul style="list-style-type: none"> • Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokkan yang merujuk kepada Permenkes_No. 26 Tahun 2022 		<p>Tahun 3 Kluster 1: 50% Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p> <p>Tahun 4 Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit</p> <p>Tahun 5 Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: 50%</p>

Lanjutan : % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit diklusterisasi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Sardjito	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Kariadi	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Kanker Dharmais	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. M. Djamil	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Anak Bunda Harapan Kita	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Mata Cicendo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Socharso	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Persahabatan	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Moh. Hoesin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Hasan Sadikin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Fatmawati	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%

Lanjutan : % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Paru Ario Wirawan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Mata Makassar	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Sitanala	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Ben Mboi	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soerojo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Ketergantungan Obat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soeharto Heerdjan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Otak Drs. M. Hatta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Dr. Rotinsulu	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Johannes Leimena	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Surakarta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP H. Adam Malik	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Rivai Abdullah	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Ratatotok Buyat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%

Perspektif *Learning & Growth*

Sasaran Strategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

11. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
11	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Skor tingkat kepuasan pegawai	<p>Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.</p> <p>Unsur Survei Kepuasan Pegawai</p> <p>Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier 	<p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/ (jumlah unsur)</p> <p>Nilai Survei Kepuasan = (total dari nilai persepsi per unsur/total unsur yang terisi) * nilai penimbang</p> <p>konversi nilai survei kepuasan = nilai survei kepuasan* 25</p> <p>Total Nilai Kepuasan = penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p>	<p>Tahun 1 - Tahun 3: Puas</p> <p>Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Puas</p>

Lanjutan : Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

			<ul style="list-style-type: none">• Unsur 5: Gaji dan kompensasi• Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan• Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit• Unsur 8: Budaya rumah sakit <p>Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.</p> <p>Metode Pelaksanaan</p> <p>Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p>		
--	--	--	--	--	--

Perspektif *Learning & Growth*

Sasaran Strategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

12. *Training Effectiveness Index (TEI)*

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> <ul style="list-style-type: none">• Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)• Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit• Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan	TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit	Tahun 1: 70% Tahun 2: 73.75% Tahun 3: 77.5% Tahun 4: 81.25% Tahun 5: 85%

Tambahan :

Perspektif *Finance*

Sasaran Strategis Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya

11	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13. Nilai Kinerja Penganggaran (NKA)	80,1	Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari: 1. Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan 2. Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam Renja K/L dan Renstra K/L secara tahunan 3. Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program	Nilai agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPKRPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu
		14. Realisasi anggaran	95%	Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Satuan Kerja yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Satuan Kerja	Jumlah realisasi anggaran dibagi total pagu belanja pada Satuan Kerja berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN dikali 100%.