



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat



RENCANA STRATEGIS BISNIS

REVISI 2 (PERIODE 2020-2024)



**RSUP
DR. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

**HALAMAN PENGESAHAN
RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)
OLEH DIREKSI**

NO	NAMA	JABATAN	TANDATANGAN
1.	Prof. dr. Masyur Arif, Ph.D, Sp.PK (K)	Direktur Utama	 (.....)
2.	Dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp. M(K), MARS Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		 (.....)
3.	Musriadi, S. Kep, SKM, Ners, M. Kes	Plt. Direktur SDM, Keuangan dan Umum	 (.....)

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

Ketua,



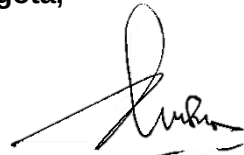
drg. Rarit Gempari, M.A.R.S

Anggota,



dr. Pattiselanno Robert Johan, MARS

Anggota,



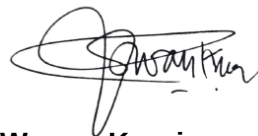
Dr. dr. Slamet Riyadi Y, DTM&H, MARS

Anggota



M. Syaibani, S.E, M.E

Anggota



Asep Wawan Kurniawan, SE, M.M

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan berkahNya, sehingga Revisi Rencana Strategis Bisnis ini dapat kami susun sebaik-baiknya sebagai salah satu karya terbaik untuk menjaditolok ukur Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 5 (lima) tahun ke depan. Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 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.

Namun dalam perjalanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 2 (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2020 – 2022, banyak mengalami perubahan khususnya dalam pengembangan sarana prasarana seperti penambahan alat Kesehatan dan pengembangan jenis layanan termasuk adanya perubahan-perubahan regulasi seperti Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dan adanya merger dengan BBKPM dan BKTM Makassar yang sehingga Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 harus direvisi sesuai kondisi yang ada.

Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 secara garis besar akan memberikan Image RSUP Dr Tadjuddin Chalid sebagai RS Terpilih dan Terpercaya diharapkan mampu menciptakan *Excellent Patient Experience* yang tentunya tidak akan lepas dari dukungan baik materil maupun inmateril dari seluruh pihak.

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 2020-2024 dapat tercapai.

Makassar, Desember 2022
Direktur Utama



Prof dr. Mansyur Arif, Ph.D, Sp. PK(K)
NIP. 196401281990031002

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) mengamanatkan penyusunan rencana pembangunan yang dibagi ke dalam tiga periodisasi: (1) Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP); (2) Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJM); (3) Rencana Pembangunan Tahunan atau Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Amanat Undang-undang tersebut dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2006 Tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional yang berisikan tentang penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, Rencana Strategis Kementerian/Lembaga, Rencana Kerja Pemerintah, Rencana Kerja Kementerian/Lembaga, dan pelaksanaan Musyawarah Perencanaan Pembangunan.

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. Sebagaimana Visi Presiden RI 2020 – 2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong, maka Kementerian Kesehatan menerjemahkan Visi tersebut ke dalam

Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024 dengan Visi Terwujudnya Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan.

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan Unit Utama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar dengan penerapan manajemen berorientasi pada hasil selanjutnya akan menerjemahkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dalam bentuk Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang selanjutnya akan menjadi panduan yang memberikan pandangan dan arahan kedepan sebagai dasar acuan dalam menjalankan tugas dan fungsi untuk mencapai sasaran atau target yang ditetapkan.

1.2 Tujuan Rencana Strategis

- a. Panduan dalam menentukan kebijakan strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan
- b. Pedoman strategis dalam pola penataan dan penguatan kelembagaan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.
- c. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan Misi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.
- d. Tersedianya rumusan program strategis dalam skala prioritas yang lebih tajam untuk mewujudkan Visi RSUP dr Tadjuddin Chalid
- e. Tersedianya indikator penilaian evaluasi kinerja organisasi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.
- f. Mengarahkan semua unsur kekuatan dan faktor kunci keberhasilan dalam menyelenggarakan peningkatan kualitas pelayanan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar

BAB II

KONDISI RSUP DR TADJUDDIN CHALID

Dalam kurun waktu periode Tahun 2015 sampai dengan saat ini, pencapaian kinerja sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Rencana Tahunan sebagai berikut :

2.1 Profil

2.1.1 Organisasi dan Tata Kelola

RSUP dr Tadjuddin Chalid awalnya bernama RS Kusta Ujung Pandang yang resmi didirikan pada tanggal 24 Desember 1982 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 568/Menkes/SK/1982, yang selanjutnya kemudian menjadi RS Pembina & RS Rujukan Kusta di Kawasan Timur Indonesia berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 270/Menkes/SK/VI/1985. Pengembangan Layanan Kusta terus dilakukan khususnya untuk peningkatan kemampuan para mantan penderita kusta dengan membentuk Unit Latihan Kerja.

Pada tahun 2008 berubah nama menjadi RS dr Tadjuddin Chalid Makassar berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 297/MENKES/SK/III/2008, kemudian dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 200/MENKES/SK/III/2009 RS dr Tadjuddin Chalid menjadi RS Khusus Type A dan selanjutnya menjadi RS yang menerapkan PPK BLU pada tahun 2010 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 2/KMK.05/2010.

Kemudian mulai melakukan pelayanan umum berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian

Kesehatan RI Nomor HK.03.05/I/2835/10 tentang Izin Pelayanan Umum sampai pada tahun 2012 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 009 Tahun 2012 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS dr Tadjuddin Chalid Makassar sebagai RS Umum, dan terakhir Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2019 Tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar sebagai RS Umum Type B.

Kurun waktu tersebut, RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar telah dipimpin oleh 7 (tujuh) orang Direktur/Direktur Utama yaitu:

1. Periode Tahun 1984 – 1987 dipimpin oleh dr. A. A. Munru;
2. Periode Tahun 1987 – 1992 dipimpin oleh dr. F. A. Tanjung;
3. Periode Tahun 1992 – 1994 dipimpin oleh dr. D. Tambunan;
4. Periode Tahun 1994 – 2001 dipimpin oleh dr. H. M. Sanusi Karateng;
5. Periode Tahun 2001 – 2011 dipimpin oleh Dr. dr. Rasyidin Abdullah, MPH;
6. Periode Tahun 2011 – 2016 dipimpin oleh dr. H. Kamal Ali Parenrengi, M. Kes;
7. Periode Tahun 2016 – 2021 dipimpin oleh dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM, MARS.
8. Periode Tahun 2021 – sekarang dipimpin oleh Prof. dr. Mansyur Arif, PhD, Sp.PK(K).

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

- a. Penyusunan rencana program dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;

- c. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerjasama dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan;
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Selain menyelenggarakan fungsi tersebut di atas, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan keunggulan di bidang penyakit geriatri, Rehabilitasi Medik mata, dan Bedah Vaskular.

2.1.2 Susunan Direksi dan Dewan Pengawas

a. Direksi

Susunan Direksi terdiri atas:

- 1. Direktur Utama : Prof. dr. Mansyur Arif, Ph.D, Sp. PK (K)
- 2. Direktur Pelayanan : dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp.M (K), MARS.
- 3. Plt Direktur Sumber Daya Manusia, Keuangan dan Umum : Musriadi, S.Kep., SKM., Ns., M.Kes

b. Dewan Pengawas

Susunan Dewan Pengawas sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1592/2022 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang berfungsi sebagaigoverning body rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non-teknis perumahsakitan secara internal dan KeputusanDewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

1. Ketua : drg. Rarit Gempari, M.A.R.S
2. Anggota : dr. Pattiselanno Robert Johan, MARS
3. Anggota : Dr. dr. Slamet Riyadi Y, DTM & H, MARS
4. Anggota : M. Syaibani, S.E, M.E
5. Anggota : Asep Wawan Kurniawan, SE, M.M

Dan secara internal Direktur Utama menugaskan Muhammad. Yusuf, SKM sebagai Sekretaris berdasarkan Keputusan Direktur Utama Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Nomor: HK.02.03/XXXIII/3459/2021 untuk membantu kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.

```

graph TD
    DEWAN[DEWAN PENGAWAS] --> KOMITE_MEDIK[KOMITE MEDIK]
    DEWAN --> KOMITE KEPERAWATAN[KOMITE KEPERAWATAN]
    DEWAN --> KOMITE_ETIK[KOMITE ETIK DAN HUKUM]
    DEWAN --> KOMITE_PENCEGAHAN[KOMITE PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI]
    DEWAN --> KOMITE_MUTU_RS[KOMITE MUTU RS]
    DEWAN --> KOMITE_TENAGA_KES[KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA]
    DEWAN --> SATUAN_PEMERIKSAAN[SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL]

    DEWAN --> DIREKTUR_MEDIK[DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG  
dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp. M, M Kes]
    DEWAN --> PIK_DIREKTUR[PIK DIREKTUR SUMBER DAYA MANUSIA, KEUANGAN DAN UMUM  
MUSRIADI, S.Kep.SKM,Ners,M.Kes]

    DIREKTUR_MEDIK --> KELOMPOK_JABATAN_FUNGSIONAL[KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_GAWAT_DARURAT[INSTALASI GAWAT DARURAT]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_RAWAT_JALAN[INSTALASI RAWAT JALAN]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_RAWAT_INAP[INSTALASI RAWAT INAP]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_BEDAH_SENTRAL[INSTALASI BEDAH SENTRAL]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_RAWAT_INTENSIF[INSTALASI RAWAT INTENSIF]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_LABORATORIUM[INSTALASI LABORATORIUM]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_KIA_KB[INSTALASI KIA-KB]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_REHABILITASI_MEDIK[INSTALASI REHABILITASI MEDIK]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_RADIOLOGI[INSTALASI RADIOLOGI]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_FARMASI[INSTALASI FARMASI]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_REKAM_MEDIK[INSTALASI REKAM MEDIK]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_GIZI[INSTALASI GIZI]
    DIREKTUR_MEDIK --> INSTALASI_FORENSIK_PEMULASARAN_JENAZAH[INSTALASI FORENSIK & PEMULASARAN JENAZAH]

    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_UMUM[KSM UMUM]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_PENYAKIT_DALAM_JANTUNG_PARU[KSM PENYAKIT DALAM, JANTUNG & PARU]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_REHABILITASI_MEDIK[KSM REHABILITASI MEDIK]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_ANESTESI[KSM ANESTESI]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_MATA[KSM MATA]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_SARAF_JIWA[KSM SARAF & JIWA]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM Obstetri_Ginekologi[KSM OBSTETRI & GINEKOLOGI]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_GIZI_KLINIK[KSM GIZI KLINIK]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_KULIT_KELAMIN[KSM KULIT & KELAMIN]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_ANAK[KSM ANAK]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_RADIOLOGI[KSM RADIOLOGI]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_FORENSIK_MEDIKOLEGAL[KSM FORENSIK & MEDIKOLEGAL]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_BEDAH_ORTHOPEDI_UROLOGI[KSM BEDAH ORTHOPEDI & UROLOGI]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_PATOLOGI_KLINIK_PATOLOGI_ANATOMI_MIKROBIOLOGI[KSM PATOLOGI, KLINIK, PATOLOGI, ANATOMI, & MIKROBIOLOGI]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_THT_KL[KSM THT-KL]
    DIREKTUR_MEDIK --> KSM_DOKTER_GIGI[KSM DOKTER GIGI]

    PIK_DIREKTUR --> KELOMPOK_JABATAN_FUNGSIONAL_PIK[KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_VERIFIKASI_PENJAMINAN_PASIENT[INSTALASI VERIFIKASI & PENJAMINAN PASIENT]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_PEMELIHARAAN_SARANA_PRASARANA_RS[INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RS]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_SIMRS[INSTALASI SIMRS]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_KESIHATAN_LINGKUNGAN_K3RS[INSTALASI KESEHATAN LINGKUNGAN & K3RS]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_STERILISASI_SENTRAL_BINATU[INSTALASI STERILISASI SENTRAL & BINATU]
    PIK_DIREKTUR --> INSTALASI_PROMOSI_KESIHATAN_PEMASARAN[INSTALASI PROMOSI KESEHATAN & PEMASARAN]

    PIK_DIREKTUR --> UNIT_KEDUA_PENGADAAN_BARANGJASA[UNIT KEDUA PENGADAAN BARANGJASA]
  
```

7

2.1.3 Penghargaan dan Prestasi

- a. ISO 9001 Tahun 2015 Untuk Mutu Lingkup Pelayanan Kesehatan Mencakup Rawat Jalan, Rawat Inap, UGD, Rehabilitasi Medik, Luka, Bedah dan Penunjang Medik
- b. Akreditasi KARS dengan Predikat Paripurna untuk kriteria RS Khusus Tahun 2017
- c. Penghargaan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sebagai RS yang Mengimplementasikan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Terbaik untuk Kategori RS Khusus Tahun 2017
- d. Akreditasi KARS Edisi SNARS dengan Predikat Paripurna untuk kriteria RS Umum
- e. Penghargaan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sebagai RS yang mendesign logo Hari Kesehatan Nasional Terbaik Tahun 2021
- f. Penghargaan Menteri Kesehatan sebagai Kompetisi CallCenter Kategori Sangat Baik di Lingkungan Kemenkes RI Tahun 2022
- g. Penghargaan Menteri Kesehatan sebagai Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Kategori Baik di Lingkungan Kemenkes RI Tahun 2022

2.1.4 Layanan Unggulan

Tabel 2.1. Pemetaan Layanan Unggulan

NO	LAYANAN UNGGULAN	SARPRAS	SDM
1	Geriatric	☆☆☆	☆☆☆
2	Medical Rehabilitation	☆☆☆	☆☆☆
3	Eye	☆☆☆	☆☆☆
4	Vascular Neuro Intervention	☆☆	☆☆

2.2 Gambaran Kinerja

Kinerja untuk aspek layanan diuraikan sebagai berikut :

2.1.1 Aspek Layanan

a. Kegiatan Rawat Jalan



Grafik 1. Kegiatan Rawat Jalan 2019 – November 2022

b. Kegiatan Gawat Darurat



Grafik 2. Kegiatan Gawat Darurat 2019 – November 2022

c. Kegiatan Pelayanan Bedah



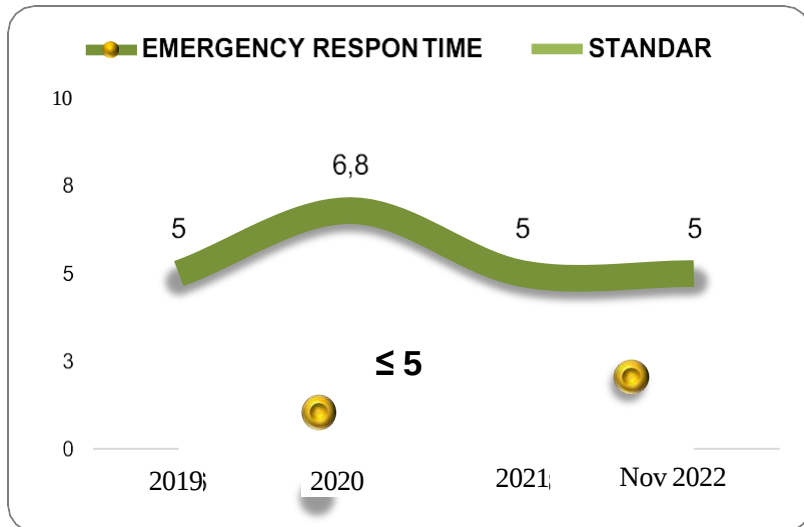
Grafik 3. Kegiatan Pelayanan Bedah 2019 – November 2022

d. Waktu Tunggu Rawat Jalan



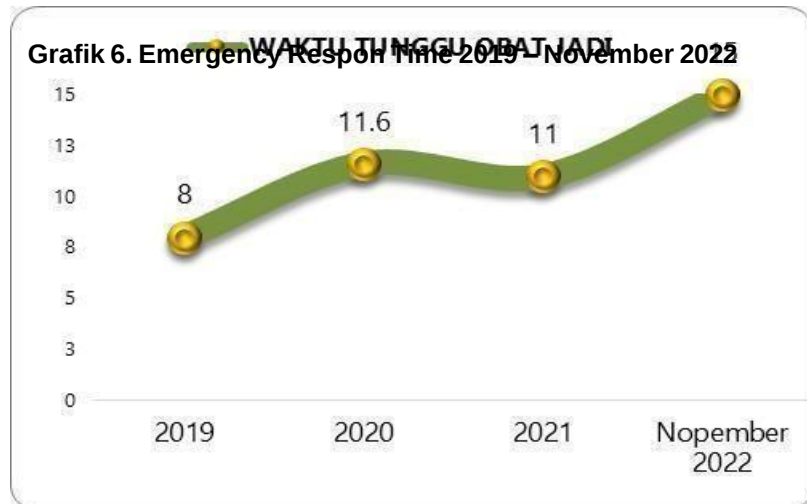
Grafik 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2019 – November 2022

e. *Emergency Respon Time*



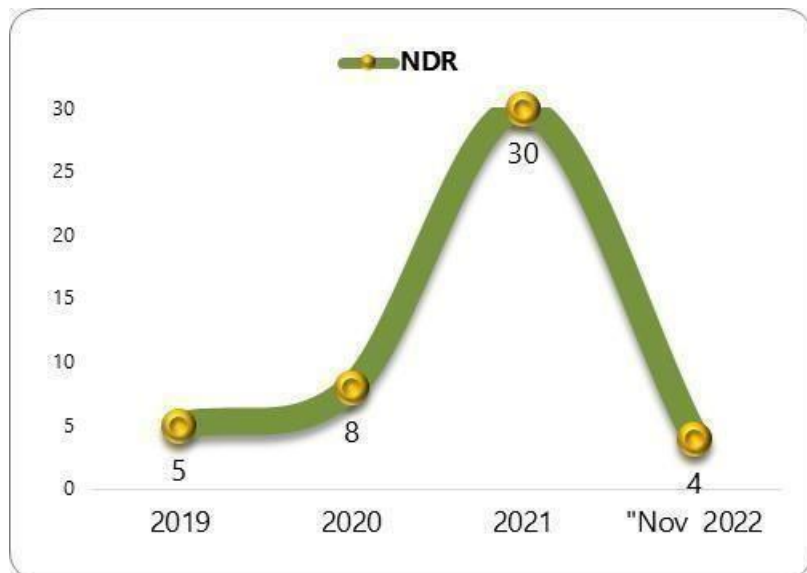
Grafik 5. Emergency Respon Time 2019 – November 2022

f. *Waktu Tunggu Obat Jadi*



Grafik 6. Waktu Tunggu Obat Jadi Th 2019 – November 2022

g. *Nett Death Rate (NDR)*



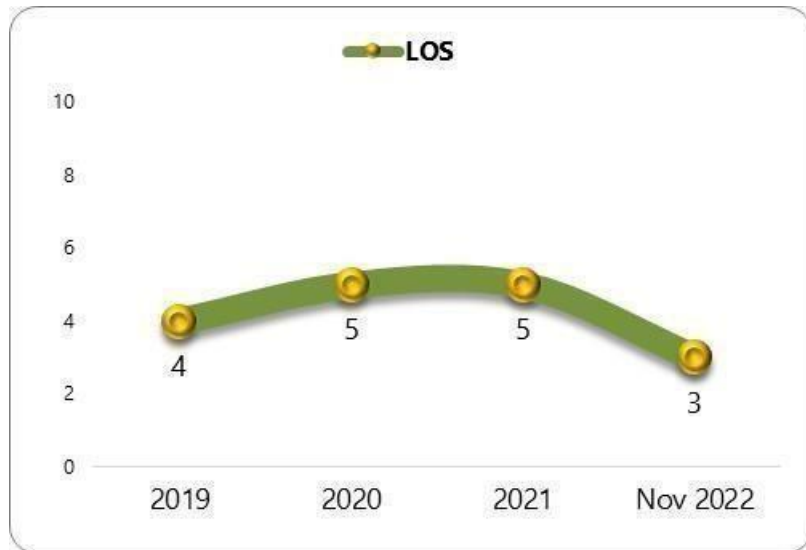
Grafik 7. Net Deah Rate (%) 2019 – November 2022

h. *Angka Kematian Gawat Darurat*



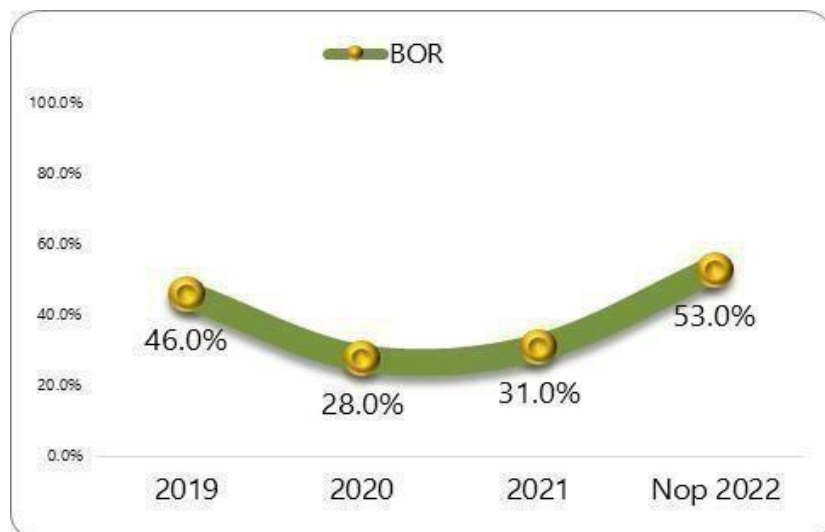
Grafik 8. Angka Kematian Gawat Darurat 2019 – November 2022

i. Length Of Stay (LOS)



Grafik 9. Length of Stay (LOS) 2019 – November 2022

j. Bed Occupancy Rate (BOR)



Grafik 10. Bed Occupancy Rate (BOR) 2019 – November 2022

2.1.2 Aspek Keuangan

Kinerja aspek keuangan selama kurun waktu dari tahun 2019 -2022 diuraikan sebagai berikut:

a. Neraca Periode Tahun 2019 – 2022

Tabel 2.2 Neraca Periode Tahun 2019 – 2022

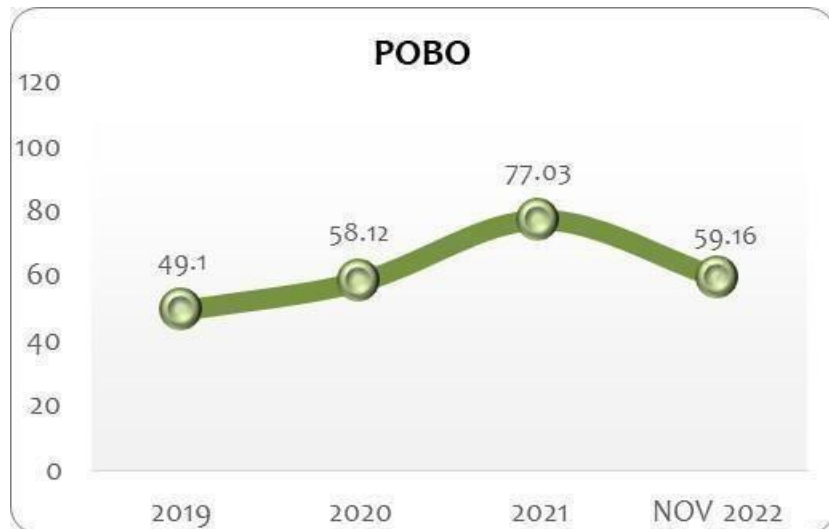
URAIAN	TA. 2019	TA. 2020	TA. 2021	NOV 2022
ASET				
ASET LANCAR				
Kas di Bendahara Penerimaan		1,565,000		
Kas di Bendahara Pengeluaran				90,000,000
Kas Lainnya Setara Kas		568,725,713		51,237,582,454
Kas pada BLU	2,486,635,956	15,234,871,607	53,367,285,209	
Piutang Bukan Pajak		2,232,586,542		
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih- Piutang Bukan Pajak		(11,162,933)		
Piutang Bukan Pajak (Netto)		2,221,423,609		
Piutang dari Kegiatan Operasional	12,757,383,607	4,921,773,326	8,467,340,993	5,659,569,179
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional	(67,022,808)	(27,208,511)	(45,800,694)	(49,649,164)
Piutang dari Kegiatan Operasional (Netto)	12,690,360,799	4,894,564,815	8,421,540,299	5,609,920,015
Persediaan	23,973,489,344	42,434,491,479	25,398,307,761	25,580,422,959
Persediaan belum register				4,259,237,403
Jumlah Aset Lancar	39,150,486,099	65,355,642,223	87,187,133,269	86,777,162,831
ASET TETAP				
Tanah	326,844,713,000	326,844,713,000	275,574,894,000	275,574,894,000
Peralatan dan Mesin	173,072,906,715	248,566,754,728	268,050,953,116	280,682,612,200
Gedung dan Bangunan	138,480,439,489	148,202,523,694	221,187,650,544	221,836,436,744
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	17,612,509,121	19,049,919,121	20,138,210,121	20,313,310,553
Aset Tetap Lainnya	639,349,000	734,411,000	734,403,500	734,403,500
Konstruksi Dalam Pengerjaan	1,364,279,313	77,343,255,555	1,810,230,409	1,810,230,409
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(121,084,935,245)	(154,937,644,226)	(196,858,758,658)	(216,769,424,268)
Jumlah Aset Tetap	536,929,261,393	665,803,932,872	590,637,583,032	584,182,463,138
ASET LAINNYA				
Aset Tidak Berwujud	351,553,400	729,317,210	714,365,210	714,365,210
Aset Lain-Lain	9,627,705,154	10,327,351,154	5,894,819,054	5,894,819,054
Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya	(5,493,004,655)	(6,309,277,644)	(5,568,277,087)	(5,592,408,289)
Jumlah Aset Lainnya	4,486,253,899	4,747,390,720	1,040,907,177	1,016,775,975
JUMLAH ASET	580,566,001,391	735,906,965,815	678,865,623,478	671,976,401,944
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
Utang kepada Pihak Ketiga	5,674,821,815	1,219,662,599	567,599,300	2,416,067,020
Pendapatan Diterima di Muka	20,833,341	57,750,000	26,250,000	41,250,000
Uang Muka KPPN				90,000,000
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	5,695,655,156	1,277,412,599	593,849,300	2,547,317,020
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	5,695,655,156	1,277,412,599	593,849,300	2,547,317,020
EKUITAS				
Ekuitas	574,870,346,235	734,629,553,216	678,271,774,178	669,429,084,924
Jumlah Ekuitas	574,870,346,235	734,629,553,216	678,271,774,178	669,429,084,924
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	580,566,001,391	735,906,965,815	678,865,623,478	671,976,401,944

b. Laporan Operasional Tahun 2019 – 2022

Tabel 2.3 Laporan Operasional Periode Tahun 2019 – 2022

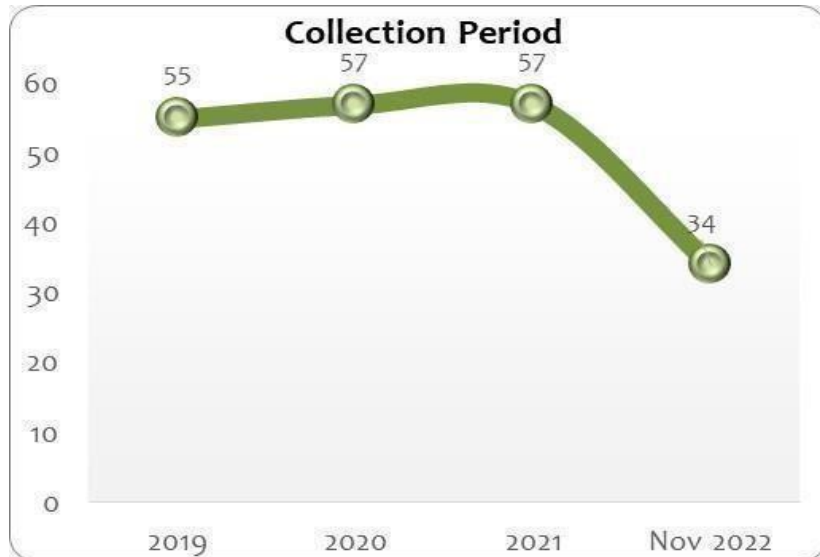
URAIAN	TA. 2019	TA. 2020	TA. 2021	NOV 2022
KEGIATAN OPERASIONAL				
PENDAPATAN OPERASIONAL				
Pendapatan Alokasi APBN	116,721,042,457	217,823,387,847	72,893,906,863	49,462,780,189
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	41,987,454,736	27,426,803,810	32,812,138,360	47,853,070,198
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	60,550,000		52,507,869,640	7,629,041,760
Pendapatan Hibah BLU	190,000,000	11,652,995,898	2,477,283,350	
JUMLAH PENDAPATAN	158,959,047,193	267,827,626,155	160,691,198,213	104,944,892,147
BEBAN OPERASIONAL				
Beban Pegawai	43,102,472,650	41,972,837,798	45,259,964,256	49,203,649,273
Beban Persediaan	13,551,080,618	16,646,030,733	32,051,547,299	22,940,929,669
Beban Barang dan Jasa	19,219,092,782	17,298,274,236	23,030,296,220	18,653,532,171
Beban Pemeliharaan	6,018,913,619	5,192,669,585	8,139,236,032	2,376,033,979
Beban Perjalanan Dinas	3,183,298,112	1,004,291,464	524,072,926	661,256,857
Beban Barang untuk dijual/diserahkan kepada masyarakat		3,945,973,720	4,922,431,015	
Beban Penyusutan dan Amortisasi	25,634,440,730	34,191,807,507	42,367,719,365	19,866,140,728
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	222,499	(28,651,364)	45,800,694	(49,649,164)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	110,709,521,010	120,223,233,679	156,341,067,807	113,651,893,514
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL	48,249,526,183	147,604,392,476	4,350,130,406	(8,707,001,366)
KEGIATAN NON OPERASIONAL			-	-
SURPLUS/(DEFISIT) PELEPASAN ASET NON LANCAR			-	-
Pendapatan Pelepasan Aset Non-Lancar		53,421,918		
Beban Pelepasan Aset Non-Lancar			-	-
Jumlah Surplus/(Defisit) Penyelesaian Aset Non- Lancar	-	53,421,918	-	-
SURPLUS /DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL LAINNYA				
Pendapatan dari Kegiatan Non-Operasional Lainnya	5,108,761,872	4,480,698,223	1,354,338,998	13,400,160
Beban dari Kegiatan Non-Operasional Lainnya	6,718,829,471	1,223,028,505	1,354,338,998	13,400,160
Jumlah Surplus/(Defisit) Dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	(1,610,067,599)	3,257,669,718	-	-
SURPLUS / (DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	(1,610,067,599)	3,311,091,636		
SURPLUS/DEFISIT LO	46,639,458,584	150,915,484,112	4,350,130,406	(8,707,001,366)

c. Rasio POBO



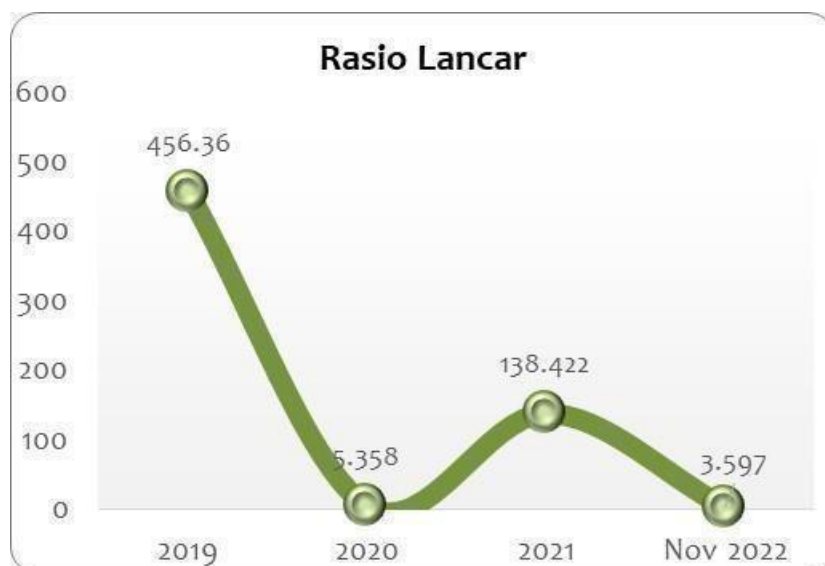
Grafik 11. Rasio POBO 2019 – November 2022

d. Collection Period



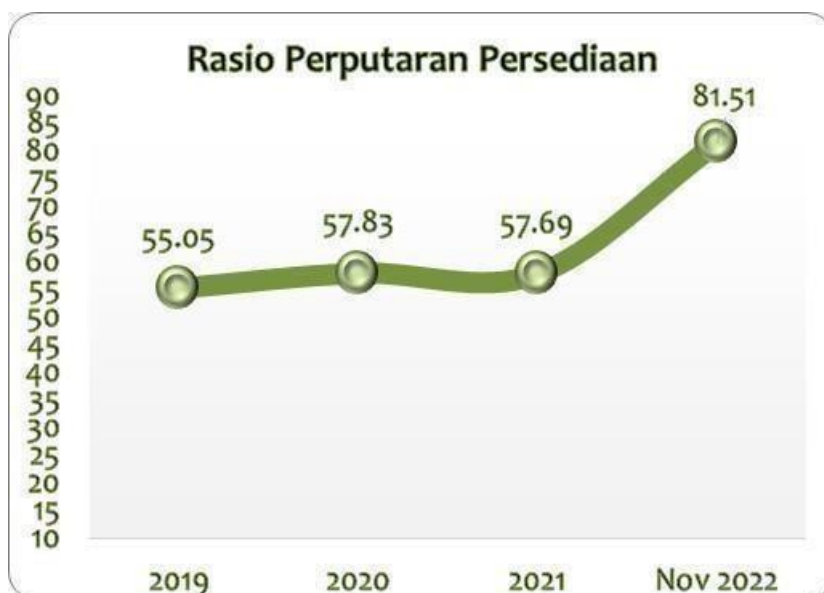
Grafik 12. Collection Period 2019 – November 2022

e. Rasio Lancar



Grafik 13. Rasio Lancar 2019 – November 2022

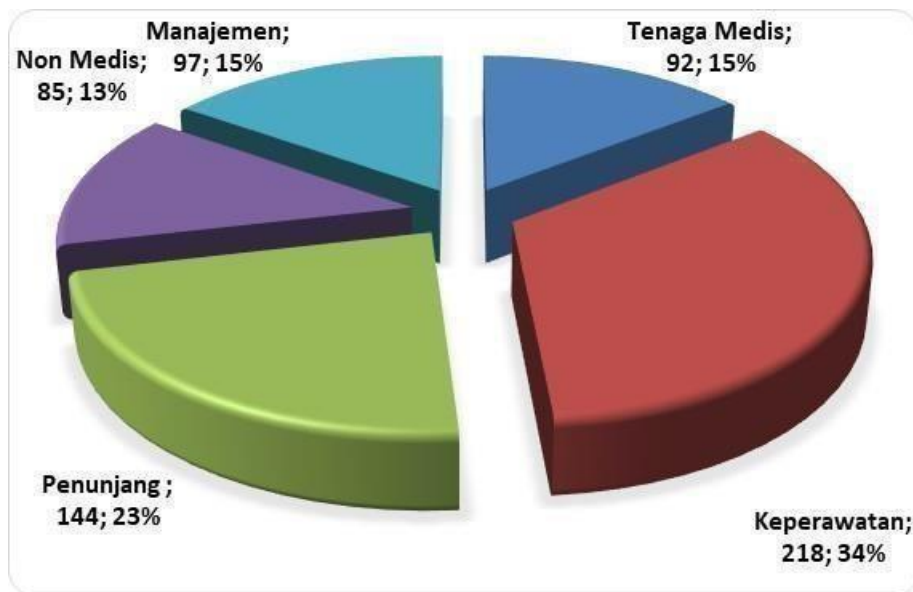
f. Rasio Perputaran Persediaan



Grafik 14. Rasio Perputaran Persediaan 2019 – November 2022

2.1.3 Aspek SDM

a. Proporsi Sumber Daya Manusia Menurut Ketenagaan



Grafik 15. Proporsi SDM Menurut Ketenagaan November 2022

2.1.4 Aspek Sarana dan Prasarana

a. Performa Fisik Gedung

Tabel 2.4 Performa Fisik Gedung Tahun 2020 s.d 2021

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	0	1	2
7	Unit Hemodialisa	1	1	1	3
8	Unit Luka	0	1	1	2
9	Instalasi Farmasi	1	1	1	3
10	Instalasi Laboratorium	1	1	0	2
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	0	1	0	1
16	Instalasi Verifikasi Penjaminan Pasien (IVPP)	1	1	1	3
17	Instalasi Sterilisasi Sentral & Binatu	1	0	0	1
18	Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS	1	1	0	2
19	Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran	1	1	0	1
20	Instalasi SIRS	1	0	1	2
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

b. Proporsi Tempat Tidur

Grafik 16. Proporsi Tempat Tidur Tahun 2019



2.3 Tantangan Strategis

1. Mewujudkan Pelayanan yang terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas dan berkelanjutan
2. Mewujudkan Budaya Kinerja Yang Berlandaskan Nilai Rumah Sakit
3. Mewujudkan Kesejahteraan Karyawan
4. Mewujudkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya
5. Mewujudkan Pemenuhan Keandalan Sarana Dan Prasarana
6. Mewujudkan Proses Bisnis Yang Efektif Dan Efisien

2.4 Benchmarking

Dalam menyusun Rencana Strategis Bisnis Periode Tahun 2020

– 2024, RSUP Dr Tadjuddin Chalid mengambil *Benchmarking* di 1 (satu) RS Pemerintah, 1 (satu) RS BUMN dan 1 (satu) RS Swasta yaitu:

a. RSUP dr Kariadi Semarang

Pemilihan RSUP dr. Kariadi Semarang karena RSUP Dr. Kariadi merupakan RS vertikal yang statusnya sama dengan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan merupakan RS yang BLU mandiri.

b. RS PELNI

Pemilihan RS PELNI karena merupakan salah satu RS BUMN yang pelayanannya sangat lengkap dan mempunyai *brand image* yang sangat bagus di masyarakat.

c. RS Santosa Bandung

Pemilihan RS Santosa Bandung karena selain mempunyai kelas yang sama dengan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, RS Santosa Bandung juga merupakan salah satu RS Swasta yang pelayanannya komprehensif.

2.5 Analisis SWOT

2.5.1 Analisis Internal

Analisis Internal dilihat dari 2 aspek sebagai berikut :

a. Kekuatan (*Strength*)

Tabel 2.5 Analisis Internal

NO	KEKUATAN (<i>STRENGTH</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Memiliki Layanan Unggulan			
	a. Layanan Geriatri	0.05		
	b. Vascular Neuro Intervention	0.05		
	c. Layanan Mata	0.05		
	d. Layanan Rehab Medik	0.05	90	22.5
	e. <i>Care Center</i> : akupunktur, akupresur, ramuan, SPA	0.05		
2	Memiliki peralatan medik canggih yang lengkap	0.20	90	18.0
3	Memiliki pelayanan spesialis dan sub spesialis yang cukup lengkap	0.20	90	18.0
4	Lahan yang masih luas yang berpotensi untuk dikembangkan	0.10	90	18.0
5	Unit Pelayanan (BBKPM & BKTM) mudah diakses masyarakat	0.10	85	8.5
6	Restrukturisasi Organisasi	0.15	90	13.5
Total		1,00		89.5

b. Kelemahan (*Weakness*)

Tabel 2.6 Analisis Internal

NO	KELEMAHAN (<i>WEAKNESS</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Pendapatan RS tidak mencapai target	0.25	90	22.5
2	Etos Kerja SDM yang masih rendah	0.20	85	17
3	Terdapat jenis kompetensi yang belum dimiliki	0.20	80	16
4	Terdapat kegiatan RS yang belum berbasis IT	0.15	75	11.25
5	Komunikasi dan koordinasi antar unit yang belum optimal	0.10	70	7
6	Akses RS yang tidak strategis	0.10	80	8
Total		1.00		81.75

2.5.2 Analisis Eksternal

Analisis Eksternal dilihat dari 2 aspek sebagai berikut :

a. Peluang (*Opportunity*)

Tabel 2.7 Analisis Eksternal

NO	PELUANG (<i>OPPORTUNITY</i>)	BOBOT	RATING	SKOR
1	<i>Personilized Health Service</i>	0.20	90	18
2	Trend gaya hidup masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan komp	0.15	90	13.50
3	Terdapat Faskes yang memungkinkan untuk kerjasama dalam pengembangan layanan	0.15	85	12.75
4	Kerjasama dengan asuransi dan perusahaan swasta untuk layanan kesehatan	0.15	85	12.75
5	Tersedianya Vademikum, FOHAI, Tersedianya Farmakope Herbal, dan aplikasi RAMUANKU	0.15	80	12
6	Klasifikasi Rumah Sakit (PP Nomor 47 Tahun 2021)	0.10	85	8.5
7	Sertifikasi Petugas Konseling BUSUI (PPNo 33 Tahun 2012)	0.10	75	7.5
Total		1.00		85.00

b. Ancaman (*Threat*)

Tabel 2.8 Analisis Eksternal

NO	ANCAMAN (THREAT)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Image Masyarakat terhadap RS Pemerintah	0.30	90	27
2	Layanan komplementer tidak tercover oleh asuransi	0.30	90	27
4	Persaingan WTO (<i>World Trade Organization</i>)	0.20	75	15
6	Tingginya harga obat dan alkes	0.20	70	14
Total		1,00		83.00

2.1 Diagram Kartesius dan Pilihan Prioritas Strategis

Dari Hasil Analisis SWOT diperoleh nilai sebagai berikut: X =

Kekuatan – Kelemahan

Y = Peluang – Ancaman :

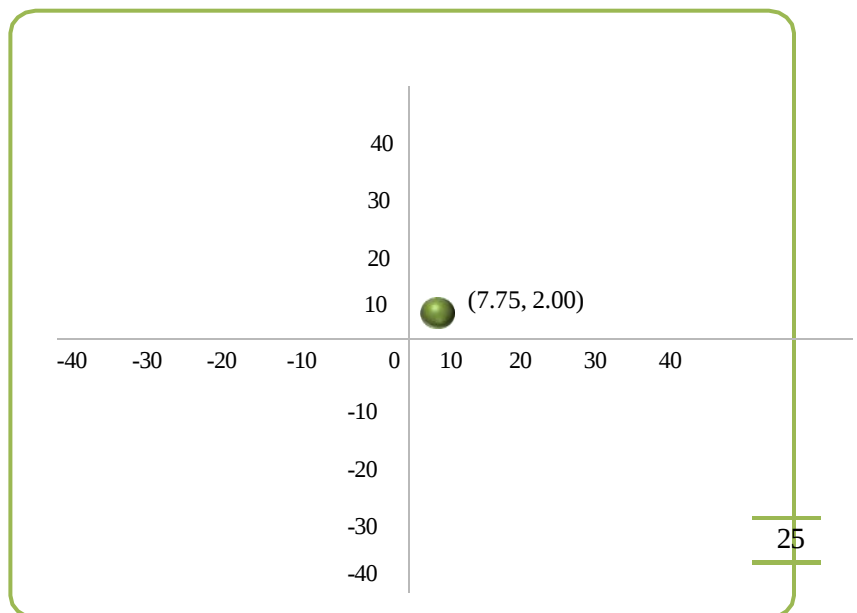
$$X = 89.5 - 81.75$$

$$Y = 85.00 - 83.00$$

$$X = 7.75$$

$$Y = 2.00$$

Grafik 17. Diagram Kartesius



Dengan Posisi di Kuadran I, maka Strategi yang direkomendasikan adalah :

“Memanfaatkan peluang yang ada melalui potensi yang dimiliki oleh RS sebagai berikut :

NO	KEKUATAN (STRENGTH)	KELEMAHAN	STRATEGI
1	Memiliki Layanan Unggulan a. Layanan Geriatri b. Vascular Neuro Intervention c. Layanan Mata d. Layanan Rehab Medik	Pendapatan RS tidak mencapai target	Promosi dan Pemasaran melalui Website, Media Cetak dan Elektronik, kegiatan CSR
	e. Care Center: akupunktur, akupresur, ramuan, Spa		
2	Memiliki peralatan medik canggih yang cukup lengkap		
3	Memiliki pelayanan yang spesialis dan sub spesialis yang cukup lengkap		Mengembangkan layanan di luar <i>core business</i>
4	Lahan yang masih luas yang berpotensi untuk dikembangkan		
5	Unit Pelayanan (BBKPM & BKTM) mudah diakses masyarakat		
6	Restrukturisasi Organisasi		Unit Layanan Bisnis
7		Etos Kerja yang masih rendah	Reward dan Punishment Communication (PP 53 Tahun 2010)
8		Masih terdapat beberapa jenis kompetensi yang belum dimiliki	Training dan Sertifikasi untuk tenaga kesehatan lainnya
9		Terdapat kegiatan di RS yang belum berbasis IT	Membangun Sistem IT yang terintegrasi
10		Tata Kelola Manajemen yang belum optimal	1. Good Corporate Governance Awareness 2. Internal Audit 3. Rectification 4. Monitoring dan Evaluasi

NO	PELUANG	ANCAMAN	STRATEGI
1	Personalized Health Service	-	Polik Sore , Layanan Home Care Rehab Medik, Delivery Obat,
2	Revolusi Industri 4.0	-	Mempersiapkan Jaringan
	a. Autonomous	-	
	b. Data Management	-	
3	Universal Health Coverage	-	Membangun Network, Mengadakan Simposium,
4	Sewa Lahan yang masih luas	-	Disewakan, Membangun Healing Garden, Medical Kuliner
5	Klasifikasi Rumah Sakit (PP Nomor 47 Tahun 2021)	-	Mempersiapkan SOP dan Sarana Prasarana
6	Sertifikasi Petugas Konseling BUSUI (PP No 33 Tahun 2012)	-	Mempersiapkan Sarana Prasarana, dan Sertifikasi TOT
7		Image Buruk Masyarakat terhadap RS Pemerintah	CSR, Publikasi Hasil Audit, Publikasi Parameter KARS melalui Jurnal
8		Banyaknya RS kompetitor	Diversifikasi Pelayanan
9		Kebijakan Pemerintah terkait Pelayanan Kesehatan yang sering berubah	Interval Waktu (Kegiatan Planning) Per triwulan
10		Persaingan WTO (World Trade Organization)	Kepesertaan Asosiasi Profesi Nasional
11		Era digitalisasi	Mempersiapkan Sarana Prasarana dan SDM yang handal
12		Tingginya harga obat dan alkes	Efisiensi Cost : 1. ABC Sistem (Finance) 2. Total Production maintenance 3. Management Logistic

2.6 Dirumuskan Analisa TOWS sebagaimana tertuang dalam Matriksberikut Analisa TOWS

Dari Hasil Analisis SWOT dan Pilihan Prioritas Strategis maka

Tabel 2.9 Matriks TOWS

	Opportunity	Threat
Strength	1. S1 – S3, O1-O2 : Mewujudkan Kepuasan Pasien 2. S4-S5, O3 – O6 : Mewujudkan Pengelolaan yang sehat dan mandiri 3. S1 – S3, S5, S6, O5 : Mewujudkan Pengakuan Stakeholder	1. S2, S3, S5, T1, T3, T5 : Mewujudkan Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi 2. S1, T2 : Mewujudkan penataan dan penguatan organisasi 3. S4, T4 : Mewujudkan Sarana dan, Prasarana yang andal
Weakness	1. O1, O6, W1 – W3 : Mewujudkan Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif 2. O2 – O4, W1 : Mewujudkan Pengelolaan yang mandiri O3, O5, O6, W1,W4, W5 : 3. Mewujudkan Pengembangan Layanan SIMRS	1. W5, T2, T4 : Mewujudkan penataan dan penguatan organisasi 2. W1 - W3, T3 : Mewujudkan Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan 3. W4, T1, T5 Mewujudkan Pengakuan Stakeholder

28. Analisa dan Mitigasi Risiko

28.1 Identifikasi Risiko

Tabel 2.10 Indentifikasi Risiko

NO	SASARAN STRATEGIS (a)	AKAR MASALAH (b)	RISIKO (c)	MITIGASI RISIKO (d)
1	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	Belum tersedianya pemetaan standar kompetensi berdasarkan TNA di unit kerja	1. Kurangnya kompetensi SDM 2. Kalah bersaing dengan kompetitor	1. Pemetaan Standar Kompetensi 2. Identifikasi Level Kompetensi Eksisting SDM 3. Skala Prioritas Pelatihan 4. Perencanaan dan Pelaksanaan Pelatihan
		Standar dan target penilaian kinerja belum Optimal	Penilaian Kinerja yang Subjektif(Bias)	1. Standarisasi Penilaian Kinerja 2. Integrasi seluruh Standar Penilaian Kinerja
		Pemenuhan hak-hak pegawai belum optimal	1. Etos Kerja yang Rendah 2. Rendahnya Loyalitas Pegawai 3. Manpower Hijacking	1. Usulan Revisi KMK Remunerasi 2. Penyusunan Pedoman Penilaian Kinerja, Promosi, Mutasi dan Demosi 3. Penghargaan melalui Reward (Pelatihan, Sertifikasi, dll)
		Penjejangan karir belum terstandar		
2	Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	Tidak tersedianya tenaga teknis untuk pemeliharaan alat	1. Layanan tidak dapat dilakukan sehingga terjadi potensi kerugian	Negosiasi after sales service : a. Perpanjangan Masa Garansi b. Ketersediaan Tenaga Teknis dari Vendor c. Pelatihan Tenaga Teknis Internal mengenai Total Preventive Maintenance

Lanjutan Tabel 2.10 :

NO	SASARAN STRATEGIS (a)	AKAR MASALAH (b)	RISIKO ©	MITIGASI RISIKO (d)
3	Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	1. Keterbatasan kompetensi SDM IT 2. Rendahnya Komitmen penggunaan SIMRS oleh User 3. Tidak adanya Punishment terhadap User yang tidak menggunakan SIMRS 4. Kurangnya Kapasitas Jaringan	1. SIMRS tidak maksimal 2. Memperpanjang waktu pelayanan 3. Brand Image menjadi buruk	1. Training SDM IT merujuk pada poin 1.d 1. Penyusunan Pedoman mekanisme Reward and Punishment 2. Melaksanakan Eksternal Audit untuk memverifikasi Kinerja IT
4	Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	1. Tidak ada perbaikan dari hasil Monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil penilaian maturitas SPIP	Kesalahan Sistemik	1. Penunjukan PIC terhadap perbaikan Monev dan Penilaian Maturitas 2. Memastikan perbaikan dilaksanakan dalam periode waktu yang telah ditentukan
		2. Parameter Pengukuran IKU tidak tepat	Penilaian IKU tidak akurat	1. Review Definisi Operasional IKU 2. Revisi Definisi Operasional dan Indikator Penilaian IKU 3. Implementasi pada RSB
		3. Kelengkapan dokumen klaim tidak optimal	Keterlambatan Pembayaran Klaim	1. DPJP melengkapi BRM tepat waktu 2. Pengisian BRM dimasukkan sebagai Indikator Penilaian IKII
		3. Pengajuan klaim tidak tepat waktu		
5	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Penerapan budaya mutu layanan belum optimal	Belum ada Pengakuan Masyarakat terhadap Image Rumah Sakit	1. Survei mutu layanan dilaksanakan oleh eksternal (Waktu Layanan, Kualitas Layanan, dan Perilaku Petugas RS) 2. Perbaikan tindak lanjut hasil survei
		Masih kurangnya dokter pendidik klinis	Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi	1. Mekanisme Reward Penelitian
		Masih kurangnya alokasi anggaran penelitian		2. Alokasi Anggaran
		Rendahnya komitmen pegawai untuk mempertahankan standar pelayanan	Rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS	Resosialisasi Standar Pelayanan

Lanjutan Tabel 2.10 :

NO	SASARAN STRATEGIS (a)	AKAR MASALAH (b)	RISIKO (c)	MITIGASI RISIKO (d)
6	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	Rendahnya Jumlah dan Kompetensi SDM Pemasaran	Tidak adanya Bisnis Strategi Pemasaran	1. Penambahan Jumlah SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS 2. Training SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS merujuk pada poin 1.d 3. Rekrutment Professional Marketer 4. Engagement dengan Marketing Consultant
			Tidak tercapainya Target Pemasaran dan Pendapatan Rumah Sakit	1. Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif
7	Terwujudnya Kepuasan Pasien	Data <i>Collecting Surevi</i> dilakukan oleh unit yang disurvei	Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Rumah Sakit	Data Collecting Survei oleh Eksternal
		Ketidaksiapan sarana, fasilitas dan SDM	Merujuk pada Poin 2.c	Penambahan parameter Survei sesuai kebutuhan Rumah Sakit
				Merujuk pada Poin 2.d
8	Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	Manajemen Perencanaan belum berjalan dengan baik	Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Akuntabilitas Kinerja RS	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik
		Monitoring dan Evaluasi belum optimal		Penataan dan Pengeloan Aset Terpadu
9	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri	Belum Adanya Startegi Bisnis Pemasaran yang Agresif	Tidak tercapainya Target Pendapatan	1. Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif
		Keterlambatan Klaim Layanan	Ketergantungan pada Subsidi APBN	2. Komitmen Pengisian BRM 1 x 24 Jam

2.8.2 Penilaian Tingkat Risiko

Untuk melihat tingkat setiap risiko yang terdapat pada tabel 5.1 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 Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, berikut matriks risiko untuk menentukan tingkat risiko :

Tabel 2.11 Matriks Penilaian Risiko

Kemungkinan (<i>Likelihood</i>)	Dampak Risiko (<i>Consequences</i>)				
	Tidak Penting	Minor	Medium	Mayor	Malapetaka
Kemungkinan Sangat Besar	T	T	E	E	E
Kemungkinan Besar	M	T	T	E	E
Kemungkinan Sedang	R	M	T	E	E
Kemungkinan Kecil	R	R	M	T	E
Kemungkinan Sangat Kecil	R	R	M	T	T

Ket : E = Risiko Ekstrim, T = Risiko Tinggi, M = Risiko Moderat, R = Risiko Rendah

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

Tabel 2.12 Penilaian Tingkat Risiko

SASARAN STRATEGIS	KPI	AKAR MASALAH	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	% Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	Belum tersedianya pemetaan standar kompetensi berdasarkan TNA di unit kerja	1. Kurangnya kompetensi SDM 2. Kalah bersaing dengan kompetitor	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	
		Standar dan target penilaian kinerja belum Optimal	Penilaian Kinerja yang Subjektif (Bias)	Besar	Medium	Tinggi	
		Pemenuhan hak-hak pegawai belum optimal	1. Etos Kerja yang Rendah 2. Rendahnya Loyalitas Pegawai	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	
	% Kompetensi SDM yang sesuai	Penjejjangan karir belum terstandar	3. <i>Manpower Hijacking</i> (Pegawai Pindah)				

Lanjutan Tabel 2.12 :

SASARAN STRATEGIS	KPI	AKAR MASALAH	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	Efektivitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan	Tidak tersedianya tenaga teknis untuk pemeliharaan alat	Layanan tidak dapat dilakukan sehingga terjadi potensi kerugian	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Capaian Green Hospital	Ketersediaan Alokasi anggaran pemeliharaan belum optimal	Pengelolaan lingkungan tidak optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS	Keterbatasan kompetensi SDM IT	SIMRS tidak maksimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
		Rendahnya Komitmen penggunaan SIMRS oleh User	Memperpanjang waktu pelayanan	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
		Tidak adanya Punishment terhadap User yang tidak menggunakan SIMRS	Brand Image menjadi buruk	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
		Kurangnya Kapasitas Jaringan	SIMRS tidak maksimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	

Lanjutan Tabel 2.12 :

SASARAN STRATEGIS	KPI	AKAR MASALAH	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	% Unit Layanan dengan Kinerja Baik	Tidak ada perbaikan dari hasil Monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil penilaian maturitas SPIP	Kesalahan Sistemik	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	
		Parameter Pengukuran IKU tidak tepat	Penilaian IKU tidak akurat	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	
	Collection Period	Kelengkapan dokumen klaim tidak optimal	Keterlambatan Pembayaran Klaim	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	
		Pengajuan klaim tidak tepat waktu					
	Capaian Reformasi Birokrasi	Adanya KN yang belum terselesaikan	RS Tidak WBK	Sangat Besar	Medium	Ekstrim	
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	Penerapan budaya mutu layanan belum optimal	Belum ada Pengakuan Masyarakat terhadap Image Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Penelitian yang dipublikasikan	Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi	Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi	Sangat Besar	Minor	Tinggi	
		Masih kurangnya alokasi anggaran penelitian					
	Akreditasi RS	Rendahnya komitmen pegawai untuk mempertahankan standar pelayanan	Rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS	Sedang	Mayor	Ekstrim	
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	Pertumbuhan Layanan MCU	Rendahnya Jumlah dan Kompetensi SDM Pemasaran	Tidak adanya Bisnis Strategi Pemasaran	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Penambahan KSO		Tidak tercapainya Target Pemasaran dan Pendapatan Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim	

Lanjutan Tabel 2.12 :

SASARAN STRATEGIS	KPI	AKAR MASALAH	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
Terwujudnya Kepuasan Pasien	% Kepuasan Pasien	1. Data Collecting Surevi dilakukan oleh unit yang disurvei 2. Ketidaksiapan sarana, fasilitas dan SDM	Ketidapercayaan masyarakat terhadap Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim	
	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien		Merujuk pada Poin 2.c	Besar	Mayor	Ekstrim	
	% Ketepatan Waktu Pelayanan						
	Indikator Kinerja BLU						
Terwujudnya Pengakuan Stakeholders	Hasil Evaluasi SAKIP	Manajemen Perencanaan belum berjalan dengan baik	Ketidapercayaan masyarakat terhadap Akuntabilitas Kinerja RS	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
		Monitoring dan Evaluasi belum optimal					
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri	Hasil Audit Laporan Keuangan	1. Belum Adanya Startegi Bisnis Pemasaran yang Agresif 2. Keterlambatan Klaim Layanan	Tidak tercapainya Target Pendapatan	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	% Pengembangan Layanan Geriatri		Ketergantungan pada Subsidi APBN	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Realisasi Pertumbuhan Pendapatan						

28.3 Rencana Mitigasi Risiko

Tabel 2.13 Rencana Mitigasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	1. Kurangnya kompetensi SDM 2. Kalah bersaing dengan kompetitor	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Putih	1. Pemetaan Standar Kompetensi 2. Identifikasi Level Kompetensi Eksisting SDM 3. Skala Prioritas Pelatihan 4. Perencanaan dan Pelaksanaan Pelatihan	Dir SKU & Koord SPP
	Penilaian Kinerja yang Subjektif (Bias)	Besar	Medium	Tinggi		1. Standarisasi Penilaian Kinerja 2. Integrasi seluruh Standar Penilaian Kinerja	Dir SKU & Koord SPP
	1. Etos Kerja yang Rendah 2. Rendahnya Loyalitas Pegawai 3. <i>Manpower Hijacking</i> (Pegawai Pindah)	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim		1. Usulan Revisi KMK Remunerasi 2. Penyusunan Pedoman Penilaian Kinerja, Promosi, Mutasi dan Demosi 3. Penghargaan melalui Reward (latihan, Sertifikasi, dll)	Tim Remunerasi

Lanjutan Tabel 2.13 :

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	Layanan tidak dapat dilakukan sehingga terjadi potensi kerugian	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim		Negosiasi <i>after sales service</i> : a. Perpanjangan Masa Garansi b. Ketersediaan Tenaga Teknis dari Vendor c. Pelatihan Tenaga Teknis Internal mengenai Total Preventive Maintenance	Koord SPP & Ka. IPSRS
	Pengelolaan lingkungan tidak optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim			
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	SIMRS tidak maksimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim		1. Training SDM IT 2. Merujuk pada poin 1.d 3. Penyusunan Pedoman mekanisme Reward and Punishment 4. Melaksanakan Eksternal Audit untuk memverifikasi Kinerja IT	Koord Umum & Organisasi
	Memperpanjang waktu pelayanan	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim			
	Brand Image menjadi buruk	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim			
	SIMRS tidak maksimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim			

Lanjutan Tabel 2.13 :

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	Kesalahan Sistemik	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim		1. Penunjukan PIC terhadap perbaikan Monev dan Penilaian Maturitas 2. Memastikan perbaikan dilaksanakan dalam periode waktu yang telah ditentukan	Koord Umum & Organisasi
	Penilaian IKU tidak akurat	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim		1. Review Definisi Operasional IKU 2. Revisi Definisi Operasional dan Indikator Penilaian IKU 3. Implementasi pada RSB	Koord SPP
	Keterlambatan Pembayaran Klaim	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim		1. DPJP melengkapi BRM tepat waktu 2. Pengisian BRM dimasukkan sebagai Indikator Penilaian IKII	Koord Pelayanan Medik & Keperawatan & Ka. IVPP
	RS Tidak WBK	Sangat Besar	Medium	Ekstrim		Bang Zogri	Kepala SPI

Lanjutan Tabel 2.13 :

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Belum ada Pengakuan Masyarakat terhadap Image Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim		1. Survei mutu layanan dilaksanakan oleh eksternal (Waktu Layanan, Kualitas Layanan, dan Perilaku Petugas RS) 2. Perbaikan tindak lanjut hasil survei	Koord Umum & Organisasi
	Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi	Sangat Besar	Minor	Tinggi		Mekanisme Reward Penelitian	Koord SPP
						Alokasi Anggaran	Koord PE
	Rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS	Sedang	Mayor	Ekstrim		Resosialisasi Standar Pelayanan	Koord Pelayanan Medik & Keperawatan & Koord Pelayanan Penunjang
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	Tidak adanya Bisnis Strategi Pemasaran	Besar	Mayor	Ekstrim		1. Penambahan Jumlah SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS 2. Training SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS merujuk pada poin 1.d 3. Rekrutment Professional Marketer 4. Engagement dengan Marketing Consultant	Koord SPP
	Tidak tercapainya Target Pemasaran dan Pendapatan Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim		Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif	Ka. Instalasi Promkes & Pemasaran

Lanjutan Tabel 2.13 :

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Terwujudnya Kepuasan Pasien	Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Rumah Sakit	Besar	Mayor	Ekstrim		Data Collecting Survei oleh Eksternal	Koord Umum & Organisasi
	Merujuk pada Poin 2.c	Besar	Mayor	Ekstrim		Penambahan parameter Survei sesuai kebutuhan Rumah Sakit	
Terwujudnya Pengakuan Stakeholders	Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Akuntabilitas Kinerja RS	Besar	Malapetaka	Ekstrim		Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	Koord Umum & Organisasi
						Penataan dan Pengelolaan Aset Terpadu	Ka. IPSRS
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri	Tidak tercapainya Target Pendapatan	Besar	Malapetaka	Ekstrim		1. Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif	Ka. Instalasi Promkes & Pemasaran
	Ketergantungan pada Subsidi APBN	Besar	Mayor	Ekstrim		2. Komitmen Pengisian BRM 1 x 24 Jam	Ka. Instalasi RM

BAB III

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI

Rencana Strategis Bisnis RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 – 2024 pada hakekatnya merupakan pernyataan komitmen bersama mengenai upaya terencana dan sistematis untuk meningkatkan kinerja serta cara pencapaiannya melalui pengelolaan manajemen internal yang terpadu, sarana/prasarana kerja yang memadai, sehingga menciptakan pelayanan kesehatan berkualitas yang berkesinambungan untuk mencapai tugas pokok dan fungsi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar secara keseluruhan sebagaimana ditekankan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012. Untuk menyatukan persepsi dan fokus arah tindakan dimaksud, maka pelaksanaan tugas dan fungsi dilandasi suatu visi dan misi yang ingin diwujudkan. Visi dan misi merupakan panduan yang memberikan pandangan dan arahan kedepan sebagai dasar acuan dalam menjalankan tugas dan fungsi dalam mencapai sasaran atau target yang ditetapkan. Visi dan Misi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar mengacu kepada Visi Kementerian Kesehatan dalam Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024 yaitu Terwujudnya Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan yang tentunya merupakan penjabaran dari Visi Presiden RI 2020 – 2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong.

3.1 Rumusan Pernyataan Tujuan, Misi & Tata Nilai

Dengan semakin tingginya kondisi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berfokus kepada pasien serta isu-isu strategis dan aspirasi stakeholder inti yang kemudian dilakukan proses analisis lingkungan baik internal maupun eksternal melalui

Analisis SWOT, maka dirumuskan Tujuan Strategis RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar adalah :

Menjadi Rumah Sakit Terpilih dan Terpercaya di Kawasan Timur Indonesia

Untuk mencapai Tujuan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar maka dirumuskan misi sebagai berikut :

- 1. Melaksanakan Pelayanan Kesehatan yang Unggul dan Berkualitas**
- 2. Melaksanakan Pendidikan dan Penelitian Kesehatan yang Terintegrasi dengan Pelayanan**
- 3. Meningkatkan kualitas SDM yang Profesional dan Kompetitif**
- 4. Membangun Tata Kelola yang Efektif dan Efisien**

Tata Nilai tercermin dalam Motto “Ikhlās Melayani”R

= **R**espect (Menghormati)

Menghormati hak dan martabat setiap orang serta memberikan perhatian khusus pada hak pasien untuk privasi, kerahasiaan dan informasi.

S = *Service* (Layanan)

Memberikan setiap pasien dan orang yang dicintainya layanan kesehatan terbaik dalam lingkungan yang responsif. Kami percaya bahwa pasien adalah yang paling penting dan utama.

T = *Teamwork* (Kerja Tim)

Kolaborasi dan kontribusi semua profesi demi dalam memberikan pelayanan kesehatan

C = *Charity/Compassion* (Amal/Kasih Sayang)

Layanan kesehatan yang diberikan adalah salah satu bentuk amal kepada mereka yang membutuhkan.

Perilaku Utama dalam implementasi Tata Nilai adalah sebagai berikut:

Tata Nilai	Perilaku Utama
<i>Respect</i>	1. Profesional 2. Jujur 3. Adil
<i>Service</i>	1. Produktif 2. Inovatif 3. Perbaikan berkelanjutan
<i>Team Work</i>	1. Kolaborasi 2. Pembelajaran 3. Berbagi Ilmu
<i>Charity/Compassion</i>	1. Ikhlas 2. Peduli 3. Ramah

3.2 Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti

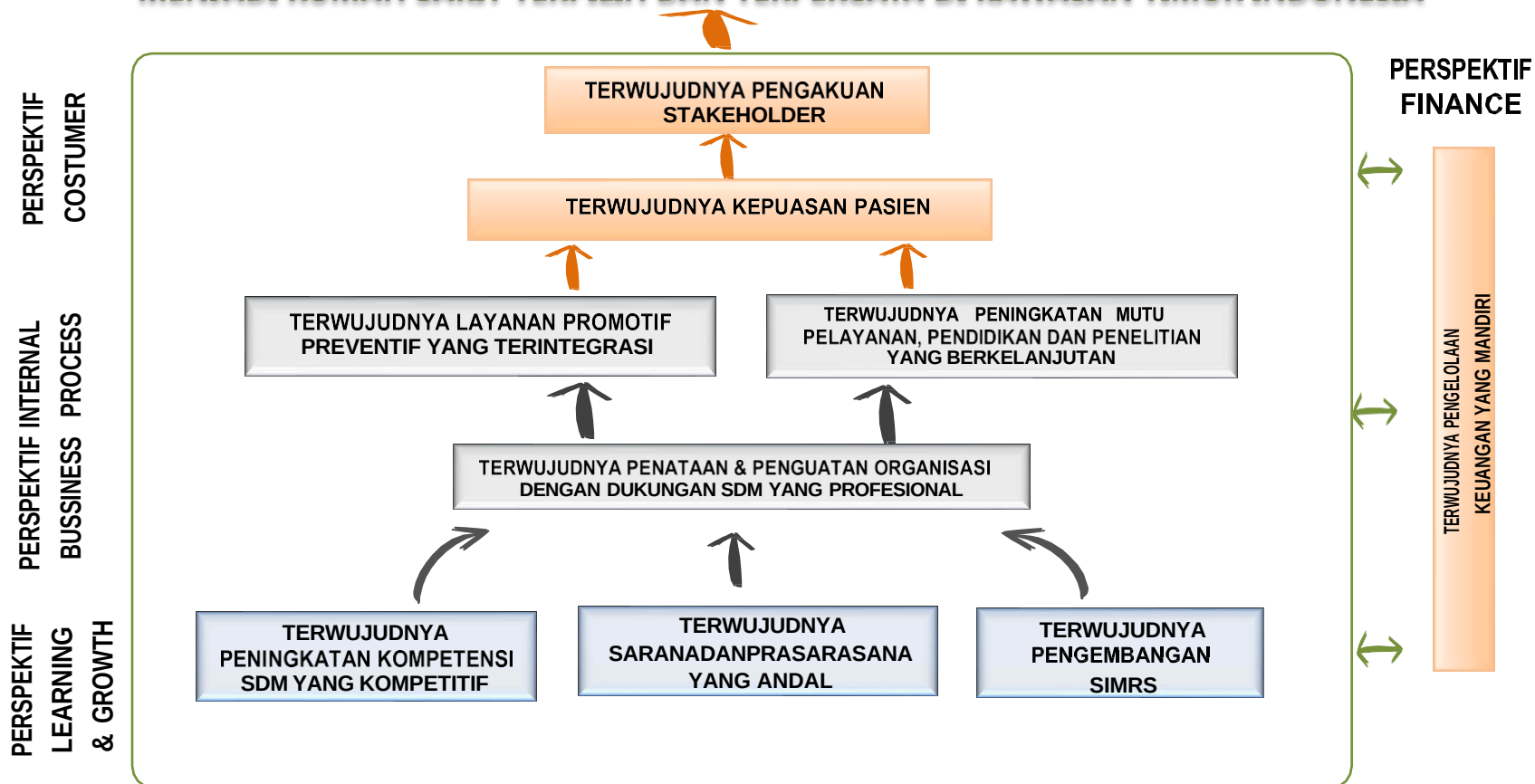
Aspirasi stakeholder inti dalam bentuk harapan dan kekhawatiran diuraikan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Aspirasi Stakeholder Inti

NO	STAKEHOLDER	HARAPAN	KEKHAWATIRAN
1	Kementerian Kesehatan	RSB sejalan dengan Renstradan Rencana Aksi	Pencapaian target kinerja
2	Dewan Pengawas	RS yang Unggul di Kawasan Timur Indonesia	Komitmen Manajemen
3	Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel	Mitra bagi RS Regional yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan	Pemenuhan layanan kesehatan sesuai standar
4	Dinas Kesehatan Kota Makassar	Pelayanan kesehatan sesuai Visi	Image Lama masih ada
5	BPJS Kesehatan	Pemenuhan layanan untuk peserta JKN	Komitmen pelayanan pasien JKN
6	Pasien	Pelayanan yang berkualitas dan mengutamakan keselamatan pasien	Adminstrasi yang berbelit-belit dan sikap petugas
7	Karyawan	Manajemen Kinerja yang berpihak kepada kesejahteraan karyawan	Komitmen SDM

3.3 Rancangan Peta Strategis *Balance Scorecard* (BSC)

MENJADI RUMAH SAKIT TERPILIH DAN TERPERCAYA DI KAWASAN TIMUR INDONESIA



Gambar2.RancanganPetaStrategis

3.4 Indikator Kinerja Utama

3.4.1 Matriks IKU

Tabel 3.2 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Learning and Growth*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	% Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	4	Indikator Baru	25%	30%	50%	75%	100%
	% Kompetensi SDM yang sesuai	6	≥50%	45%	60%	75%	85%	90%
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	% Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan	5	Indikator Baru	65%	70%	75%	80%	85%
	Capaian Green Hospital	4	Indikator Baru	0%	0%	80%	85%	90%
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	% Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS	6	Indikator Baru	30%	40%	50%	60%	70%

Tabel 3.3 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Internal Bussiness Process*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	Capaian <i>Collection Period</i> (Hari)	5	52,56	50	45	40	35	30
	Capaian Reformasi Birokrasi	4	Indikator Baru	Self Ass	Penilaian TPI	Pengusulan WBK	Pengusulan WBK	WBK
	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	6	Indikator Baru	-	80%	85%	87%	90%
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Penelitian yang dipublikasikan	3	Indikator Baru	-	1	2	3	5
	SISRUTE	6	Indikator Baru	-	-	100%	100%	100%
	% Peningkatan Layanan MCU	6	Indikator Baru	5%	10%	10%	15%	15%
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	% Peningkatan KSO	6	Indikator Baru	10%	10%	10%	10%	10%
	% Pengembangan Layanan Geriatri	5	Indikator Baru	-	-	Lengkap	Sempurna	Paripurna

Tabel 3.4 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Customer & Finance*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Kepuasan Pasien	% Kepuasan Pasien	5	85%	85%	85%	85%	87%	90%
	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	5	Indikator Baru	60%	70%	80%	90%	100%
	% Ketepatan Waktu Pelayanan	5	Indikator Baru	20%	40%	60%	80%	100%
Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	Indikator Kinerja BLU	4	Indikator Baru	AA	AA	AA	AA	AA
	Hasil Evaluasi SAKIP	3	96,12	97	97	98	98	98,5
Terwujudnya Pengelolaan Keuanganyang Mandiri	Hasil Audit Laporan Keuangan	3	Indikator Baru	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
	% Pertumbuhan Pendapatan	4	Indikator Baru	10%	21%	10%	10%	15%

3.4.2 Kamus IKU

3.4.2.1 Perspektif Learning and Growth

a. % Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif										
IK	:	% Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun										
Definisi	:	Semua kegiatan peningkatan kompetensi staf (Seminar, Workshp, Inhouse Training, Magang dll) sesuai pemetaan TNA baik yang dilakukan di dalam RS maupun yang dilakukan di luar RS dengan standar minimal 20 jam per orang per tahun.										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah staf yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah Seluruh Staf di RS}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:	4%										
Person In Charge	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan Pengembangan SDM										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>25%</td><td>30%</td><td>50%</td><td>75%</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	25%	30%	50%	75%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
25%	30%	50%	75%	100%								

b. % Kompetensi SDM yang Sesuai

Sasaran Strategis :					
	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif				
IKU :	Persentasi Kompetensi SDM yang sesuai				
Definisi :	Kesesuaian Kompetensi SDM yang seharusnya dimiliki dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan (unit kerja)				
Formula :	$\frac{\text{Total Pegawai yang sudah melakukan Pelatihan}}{\text{Total Pegawai Per Desember}} \times 100$				
Bobot IKU (%) :	6%				
Person in Charge :	- Direktur SDM, Keuangan dan Umum - Koordinator SDM				
Sumber Data :	Laporan Pengembangan SDM				
Periode Laporan :	Triwulan				
Target :	2020	2021	2022	2023	2024
	45%	60%	75%	85%	90%

c. % Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal
IKU	:	% Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan Definisi
	:	Alat Medik Utama Layanan Unggulan yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500juta Efektivitas Alat Kesehatan : Tahun 2020 = 60% Tahun 2021 = 50% Tahun 2022 = 40% Tahun 2023 = 20%
Formula	:	$\frac{\text{Unpredicted Maintenance Cost} - \text{Predicted Maintenance Cost}}{\text{Predicted Maintenance Cost}}$
Bobot IKU	:	6%
Person In Charge	:	- Koordinator Organisasi dan Umum
	:	- Kepala Instalasi IPSRS
Sumber Data	:	Laporan Perbaikan Alat Kesehatan
Periode Pelaporan	:	Bulanan
Target	:	

2020	2021	2022	2023	2024
65%	70%	75%	80%	85%

d. Capaian Green Hospital

Sasaran Strategis	Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal
IKU	Capaian Green Hospital
Definisi	Green Hospital adalah rumah sakit yang didesain, dibangun/direnovasi dan dioperasikan serta dipelihara dengan mempertimbangkan prinsip kesehatan dan lingkungan berkelanjutan. 1. Pengelolaan Tapak : a. Ruang terbuka hijau min. 30% b. Pengelolaan limbah air hujan (Biopori, kolam serapan , dan sumur pantau) c. Lahan Parkir Sepeda Conblock 2. Energy Consumption and Conservation : a. Pengukuran penggunaan listrik dan air per bulan b. Pengurangan penggunaan sumber daya lain c. Merujuk pada poin 1.b 3. Material Sumber daya dan Lifecycle (sumber hidup) a. Pengurangan R22 (CFC) pada alat 4. Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang a. Opening Ventilation (bukaan) b. Pengukuran Emisi CO₂ c. Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokok d. Tidak menggunakan bahan bangunan berbahaya (Asbestos) e. Tersedia jendela pada setiap ruangan f. Menggunakan lampu LED 5. Adanya taman penyembuhan baik indoor maupun outdoor 30% 6. Manajemen lingkungan gedung a. Utility bersertifikat green buliding b. Pengelolaan sampah, B3 & Non B3 (Organik &Non Organik) c. Uji kesesuaian Gedung (Uji Teknis Bangunan)

Formula	:	<i>Green Hospital</i> yang akan diukur adalah : - Pengelolaan Tapak : - Ruang terbuka hijau min. 30% - Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang - Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokok - Manajemen lingkungan gedung - Pengelolaan sampah, B3 & Non B3 (Organik & Non Organik)										
Bobot	:	4%										
Person In Charge	:	1. Koordinator Organisasi dan Umum 2. Kepala Instalasi IPSRS										
Sumber Data	:	Laporan Perbaikan Alat Kesehatan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan										
Target	:	<table> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	0%	0%	80%	85%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
0%	0%	80%	85%	90%								

e. % Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS

Sasaran	Strategis :	Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS				
IKU	:	% Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS SIMRS adalah sistem informasi yang terintegrasi untuk menunjang digitalisasi pelayanan termasuk manajerial di seluruh unit yang ada di RS. Unit yang dimaksud adalah: 1. Medik dan Keperawatan 2. Keuangan 3. SDM 4. Umum 5. IPPJ 6. Instalasi Rawat Jalan 7. Instalasi Rawat Inap 8. Instalasi Gawat Darurat 9. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif 10. Instalasi Bedah Sentral 11. Unit Hemodialisa 12. Unit Unggulan* 13. Instalasi KIA/KB 14. Instalasi Rehabilitasi Medik* 15. Instalasi Laboratorium 16. Instalasi Radiologi 17. Instalasi Farmasi 18. Instalasi Gizi 19. Penunjang Non Medik (Sanitasi, Pemeliharaan Sarana dan Prasarana, CSSD & Laundry) 20. Instalasi Pemulasaran Jenazah				
Definisi	:					
Formula		$\frac{\text{Jumlah Unit yang Menerapkan Pengembangan SIMRS}}{\text{Total Unit yang ada}} \times 100$				
Bobot IKU (%)	:	4%				
Person In Charge	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum				
Sumber Data	:	Laporan Kinerja				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		30%	40%	50%	60%	70%

3.4.2.2 Internal Business Process

a. Capaian *Collection Period* (Hari)

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi IKU:										
		Collection Period										
Definisi	:	Collection Period (Perputaran piutang) adalah perputaran piutang dalam 1 periode. Rasio ini di gunakan untuk mengukur kemampuan RS dalam mengumpulkan jumlah piutang untuk setiap jangka waktu tertentu										
Formula		$\frac{\text{Piutang Usaha}}{\text{Pendapatan Usaha}} \times 360$										
Bobot IKU (%)	:	5%										
Person In Charge	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan Kinerja										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>45</td> <td>40</td> <td>35</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	50	45	40	35	30
2020	2021	2022	2023	2024								
50	45	40	35	30								

b. Capaian Reformasi Birokrasi

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi										
IK	:	Capaian Reformasi Birokrasi										
Definisi	:	Penilaian Pelaksanaan Reformasi Birokrasi mencakup penilaian terhadap dua komponen: Pengungkit (Enablers) dan Hasil (Results). Pengungkit adalah seluruh upaya yang dilakukan oleh instansi pemerintah dalam menjalankan fungsinya, sedangkan Hasil adalah kinerja yang diperoleh dari komponen pengungkit. Hubungan sebab-akibat antara Komponen Pengungkit dan Komponen Hasil dapat mewujudkan proses perbaikan bagi instansi melalui inovasi dan pembelajaran, di mana proses perbaikan ini akan meningkatkan kinerja instansi pemerintah secara berkelanjutan. Komponen Pengungkit sangat menentukan keberhasilan tugas instansi, sedangkan Komponen Hasil berhubungan dengan kepuasan para pemangku kepentingan										
Formula		Hasil Assessment/Penilaian Reformasi Birokrasi										
Bobot IKU(%) Person:		4%										
In Charge	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Hasil Assessment Reformasi Birokrasi										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Self Ass</td> <td>Penilaian TPI</td> <td>Pengusulan WBK</td> <td>Pengusulan WBK</td> <td>WBK</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	Self Ass	Penilaian TPI	Pengusulan WBK	Pengusulan WBK	WBK
2020	2021	2022	2023	2024								
Self Ass	Penilaian TPI	Pengusulan WBK	Pengusulan WBK	WBK								

c. % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan				
IKU	:	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS				
Definisi	:	Indikator Penilaian Mutu RS adalah Indikator Penilaian yang telah ditetapkan dalam rangka Program Peningkatan Mutu RS yang berfokus pada pasien				
Formula	:	$\frac{\text{Total Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS}}{\text{Total Indikator Peningkatan Mutu RS}} \times 100$				
Bobot IKU(%) Person:	:	4%				
In Charge	:	Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien				
Sumber Data Periode	:	Laporan PMKP				
Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
	:	65%	70%	85%	87%	90%

d. Penelitian yang dipublikasikan

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan										
IKU	:	Penelitian yang dipublikasikan										
Definisi	:	Penelitian yang dipublikasikan adalah penelitian yang telah dilakukan di RS baik klinis maupun non klinis dan telah dipublikasikan pada jurnal tingkat nasional dan bereputasi										
Formula	:	Jumlah Penelitian yang telah dipublikasikan pada jurnal nasional bereputasi										
Bobot IKU(%) Person	:	3%										
In Charge : Sumber	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Data	:	Bagian Pendidikan dan Penelitian										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	1	2	3	5
2020	2021	2022	2023	2024								
-	1	2	3	5								

e. % Peningkatan Layanan MCU

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi										
IK	:	% Peningkatan Layanan MCU										
Definisi	:	Layanan MCU adalah layanan pemeriksaan rutin yang dilakukan untuk meyakinkan bahwa seseorang dalam kondisi sehat dan mencegah hal apapun yang tidak diinginkan, yang dapat memicu timbulnya suatu penyakit										
Formula		$\frac{\text{Jumlah Layanan Medical Check Up Tahun Berjalan} - \text{Jumlah Layanan Medical Check Up Tahun Lalu}}{\text{Jumlah Layanan Medical Check Up Tahun Lalu}} \times 100$										
Bobot IKU(%) Person:		6%										
In Charge : Sumber		Direktur Pelayanan										
Data	:	Laporan Bulanan										
Periode Pelaporan :		Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>15%</td> <td>15%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	5%	10%	10%	15%	15%
2020	2021	2022	2023	2024								
5%	10%	10%	15%	15%								

f. % Peningkatan Kerjasama Operasional (KSO)

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi				
IK	:	% Peningkatan Kerjasama Operasional				
Definisi	:	Kerjasama Operasional adalah bentuk kerjasama dengan pihak ketiga dengan mengoptimalkan Aset yang dimiliki untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan.				
Formula	:	Jumlah kerjasamaoperasional baru dalam 1 periode				
Bobot IKU(%)	:	6%				
Person In Charge :		Direktur SDM, Keuangan dan Umum				
Sumber Data	:	Laporan Bulanan				
Periode Pelaporan :		Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		10	10	10	10	10

g. % Pengembangan Layanan Geriatri

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi										
IK	:	% Pengembangan Layanan Geriatri										
Definisi	:	Layanan Geriatri yang dimaksud yang akan dikembangkan yaitu berdasarkan Permenkes No. 79 Tahun 2014										
Formula	:	Lengkap : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut Sempurna : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut, Day Care Paripurna : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut, Day Care, Rawat Kronik, Pespice Care, Hospice Care										
Bobot IKU(%)		5%										
Person In Charge	:	Direktur Pelayanan										
Sumber Data	:	Laporan Bulanan										
Periode Pelaporan :		Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>Lengkap</td> <td>Sempurna</td> <td>Paripurna</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	Lengkap	Sempurna	Paripurna
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	Lengkap	Sempurna	Paripurna								

3.4.2.3 Customer

a. % Kepuasan Pasien

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Pasien										
IK	:	% Kepuasan Pasien										
Definisi	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004)										
Formula	:	$((\text{Nilai Rata-rata Unsur 1} \times 0,071) + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 2} \times 0,071) + \dots + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 14} \times 0,071)) \times 25$										
Bobot IKU (%)	:	5%										
Person In Charge	:	Direktur Pelayanan										
Sumber Data	:	Laporan Hasil Survei Kepuasan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>85%</td> <td>87%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	85%	87%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	85%	87%	90%								

C

b. % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Pasien										
IK	:	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien										
Definisi	:	Survei Kepuasan Pasien adalah Survei terhadap persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004). Hasil Survei yang nilainya kurang dari nilai rata2 maka harus ditindaklanjuti										
Formula	:	$\frac{\sum \text{Penilaian yang} < \text{Nilai Rata-rata ditindaklanjuti}}{\sum \text{Item Penilaian yang} < \text{Nilai Rata-rata}} \times 100$										
Bobot IKU(%) Person:	:	5%										
In Charge	:	Direktur Pelayanan										
Sumber Data Periode	:	Laporan Tindak Lanjut Survei Kepuasan										
Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	60%	70%	80%	90%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
60%	70%	80%	90%	100%								

c. % Ketepatan Waktu Pelayanan

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Digitalisasi Layanan yang Efektif dan Efisien										
IKU	:	% Ketepatan Waktu Pelayanan										
Definisi	:	Ketepatan waktu pelayanan adalah penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu sesuai dengan standar pelayanan. Waktu Pelayanan yang dimaksud adalah: 1. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2. Emergency Respon Time I 3. Waktu Tunggu Obat Jadi 4. Waktu Tunggu Laboratorium 5. Waktu Tunggu Radiologi 6. Waktu Tunggu Operasi Elektif										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Waktu Pelayanan yang Tepat}}{\text{Jumlah Seluruh Waktu Pelayanan yang diukur}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Pelayanan										
Sumber Data	:	Laporan Kinerja										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	20%	40%	60%	80%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
20%	40%	60%	80%	100%								

d. Capaian Indikator Kinerja BLU

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengakuan Stakeholder										
IK	:	Capaian Indikator Kinerja BLU										
Definisi	:	Capaian Indikator Kinerja BLU adalah Hasil Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum sesuai dengan pedoman yang berlaku yang terdiri atas 3 Aspek, yaitu Aspek Keuangan (30), Aspek Pelayanan (35), Aspek Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat(35)										
Formula	:	Hasil Perhitungan Indikator Kinerja BLU										
Bobot IKU (%)	:	4%										
Person In Charge	:	Direktur Pelayanan										
Sumber Data	:	Laporan Semester										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>AA</td> <td>AA</td> <td>AA</td> <td>AA</td> <td>AA</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	AA	AA	AA	AA	AA
2020	2021	2022	2023	2024								
AA	AA	AA	AA	AA								

e. Hasil Evaluasi SAKIP

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengakuan Stakeholder										
IK	:	Hasil Evaluasi SAKIP										
Definisi	:	Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 telah ditetapkan bahwa implementasi dari SAKIP tersebut wajib dilaksanakan oleh seluruh instansi pemerintah dalam rangka peningkatan mutu kinerja, anggaran, dan reformasi birokrasi. SAKIP harus dilaksanakan secara selaras dengan tata cara pengendalian serta evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan. Evaluasi Penyelenggaraan SAKIP dilakukan secara terpadu meliputi: - Aspek perencanaan (bobot 35%), Aspek - pengukuran kinerja (bobot 20%), Aspek - pelaporan kinerja (bobot 15%), Aspek - evaluasi kinerja (bobot 10%), Aspek - Capaian kinerja (bobot 20%)										
Formula	:	Hasil Evaluasi SAKIP oleh ITJEN										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan Tindak Lanjut Survei Kepuasan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>97</td> <td>97</td> <td>98</td> <td>98</td> <td>98,5</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	97	97	98	98	98,5
2020	2021	2022	2023	2024								
97	97	98	98	98,5								

3.4.2.4 Finance

a. Hasil Audit Laporan Keuangan oleh BPK

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Sehat dan Mandiri										
IK	:	Hasil Audit Laporan Keuangan										
Definisi	:	Audit Laporan Keuangan adalah Audit Keuangan oleh BPK secara keseluruhan laporan keuangan sesuai dengan SAP.										
Formula Bobot	:	Hasil Audit Laporan Keuangan oleh BPK										
IKU(%)	:	3%										
Person In Charge :		Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	:	Hasil Audit Laporan Keuangan										
Periode Pelaporan :		Tahunan										
Target	:	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
2020	2021	2022	2023	2024								
WTP	WTP	WTP	WTP	WTP								

b. % Pertumbuhan Pendapatan

Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Sehat dan Mandiri										
IK	:	% Pertumbuhan Pendapatan										
Definisi	:	Pendapatan adalah Imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerja sama dengan pihak lain, sewa, jasa Lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan langsung dengan pelayanan BLU tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN dan Hibah Pertumbuhan mengacu pada target yang telah ditetapkan										
Formula		$\frac{\text{Jumlah Pendapatan Tahun Berjalan} - \text{Target Pendapatan Tahun Berjalan}}{\text{Target Pendapatan Tahun Berjalan}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:	4%										
Person In Charge :		Direktur Pelayanan										
Sumber Data	:	Laporan Tindak Lanjut Survei Kepuasan										
Periode Pelaporan :		Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10%</td> <td>21%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>15%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	10%	21%	10%	10%	15%
2020	2021	2022	2023	2024								
10%	21%	10%	10%	15%								

3.5 Roadmap 5 Tahun Ke Depan



3.6 Program Kerja Strategis

Tabel 3.5 Matriks Sasaran Strategis, IKU, Kebijakan dan Program Strategis 2020 – 2024

INDIKATOR KINERJA UTAMA	KEBIJAKAN STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS				
		2020	2021	2022	2023	2024
% Staf dengan Pelatihan Min20 Jam/Tahun	Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	Pengembangan SDM Prioritas	Pengembangan SDM Prioritas	Pengembangan SDM Prioritas	Pengembangan SDM Prioritas	Pengembangan SDM Prioritas
% Kompetensi SDM yang sesuai	Perubahan Pola Pikir (Mind Set) dan Budaya (Culture Set)	Manajemen Perubahan	Manajemen Perubahan	Innovation Champion	Innovation Champion	Innovation Champion
% Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan	Penataan dan Pengelolaan Aset yang komprehensif	Penataan dan Pengelolaan Aset	Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas	Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas	Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas	Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas
Capaian Green Hospital	Pengelolaan Green Hospital	Green Care	Green Care	Green Care	Green Care	Green Care
% Ketepatan Waktu Pelayanan <u>Capaian Collection Period (Hari)</u> <u>Hasil Audit LAKIP</u> <u>Audit Laporan Keuangan</u> <u>% Pertumbuhan Pendapatan</u> Indikator Kinerja BLU	Reformasi Birokrasi Pelayanan	Bang Zogri	Bang Zogri	Bang Zogri	Bang Zogri	Bang Zogri

Lanjutan Tabel 3.5 :

INDIKATOR KINERJA UTAMA	KEBIJAKAN STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS				
		2020	2021	2022	2023	2024
% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Hospital Round	Hospital Round	Hospital Round	Hospital Round	Hospital Round
% Peningkatan Layanan MCU	Pemanfaatan Marketing Intelligence untuk mendapatkan Pelanggan	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)
% Peningkatan KSO		Manajemen KSO	Manajemen KSO	Manajemen KSO	Manajemen KSO	Manajemen KSO
% Pengembangan Layanan Geriatri		TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)	TCC (Tajuddin Chalid Card)
Penelitian yang dipublikasikan	Penataan dan Penguatan Fungsi Pendidikan dan Penelitian	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian
% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	TC Care	TC Care	TC Care	TC Care	TC Care

BAB IV PROYEKSI FINANSIAL

4.1 Estimasi/Realisasi Pendapatan

Tabel 4.1. Estimasi/Realisasi Pendapatan 2020 – 2024

NO	SUMBER PENDAPATAN	2019	ESTIMASI PENDAPATAN				
			2020	2021	2022	2023	2024
1.	Dana Pemerintah						
	APBN	86.744.862.848	231.376.436.000	79.912.818.000	60.470.954.000	59.136.443.000	149.703.922.000
	APBD	-	-	-	-	-	-
2.	Dana Masyarakat	-	-	-	-	-	-
3.	Kontribusi Unit Kerja	40.163.658.394	67.088.439.000	148.000.000.000	201.952.450.000	123.000.000.000	134.500.000.000
4.	Pemasukan Lain-lain	1.134.181.336	1.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	3.000.000.000
	Total	127.422.580.188	299.464.875.000	229.912.818.000	264.423.404.000	184.136.443.000	287.203.922.000

4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

4.2.1 Anggaran Program Kelangsungan Operasional

Tabel 4.2. Estimasi Anggaran Operasional 2020 – 2024

No	Uraian	2020	2021	2022	2023	2024
1	Belanja Gaji dan Tunjangan	40.000.000.000	60.000.000.000	100.000.000.000	78,549,754,000	103,918,141,000
2	Belanja Barang	1.543.560.000	2.858.900.000	19.538.000.000	78,549,754,000	103,918,141,000
3	Belanja Jasa	2.241.244.000	3.500.000.000	4.500.000.000	9,595,840,000	9,595,840,000
4	Belanja Pemeliharaan	-	2.000.000.000	3.000.000.000	5,886,103,000	14,640,682,000
5	Belanja Perjalanan	2.200.310.000	5.750.300.000	5.987.200.000	2,053,519,000	3,073,989,000
6	Pengadaan Obat-obatandan BHP	8.230.301.000	15.939.800.000	20.484.800.000	31,204,229,000	31,204,229,000
7	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	1.223.563.000	2.000.000.000	4.200.000.000	2,835,480,000	2,600,000,000
8	Belanja Peralatan dan Mesin	7.561.022.000	21.571.000.000	35.000.000.000	28,176,131,000	21,477,539,000
9	Peningkatan kapasitas & pengembangan SDM	2.050.000.000	6.000.000.000	10.000.000.000	4,945,000,000	5,500,000,000
10	Dukungan Manajemen Teknis	143.789.538.000	196.302.050.398	147.409.998.484	-	142,937,298,000
Total		208.839.538.000	315.922.050.398	350.119.998.484	184,136,443,000	366,767,448,000

4.2.2 Anggaran Program Pengembangan

4221 Pencapaian IKU

Tabel 4.3. Estimasi Anggaran Program Pengembangan 2020 - 2024

INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS				
		2020	2021	2022	2023	2024
% Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	Pengembangan SDM Prioritas	2.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	4,945,000,000	5,500,000,000
% Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan	Penataan dan Pengelolaan Aset Terpadu	25.000.000.000	20.000.000.000	35.000.000.000	22,780,971,000	17,554,631,000
Capaian Green Hospital	Green Care	500.000.000	500.000.000	500.000.000	742,200,000	1,979,389,000
% Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS	Program SUSI(SatuUnit, Satu Inovasi)	100.000.000	150.000.000	170.000.000	642,510,000	2,413,070,000
<u>% Ketepatan Waktu Pelayanan</u> <u>Hasil Audit LAKIP</u> <u>Audit Laporan Keuangan</u> <u>Indikator Kinerja BLU</u>	Bang Zogri	1.000.000.000	1.000.000.000	1.000.000.000	31,204,229,000	31,204,229,000
<u>% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS</u> <u>Akreditasi RS</u>	Hospital Round	100.000.000	100.000.000	100.000.000	645,560,000	645,560,000
Total 1		28.700.000.000	23.750.000.000	38.770.000.000	60.960.515.000	59.296.879.000

Lanjutan Tabel 4.3

INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM STRATEGIS	PROGRAM STRATEGIS				
		2020	2021	2022	2023	2024
Pertumbuhan Layanan MCU	Pelayanan Komplementer	150.000.000	100.000.000	100.000.000	5,838,396,500	142,537,298,000
Penambahan KSO	Manajemen KSO	50.000.000	50.000.000	50.000.000		
% Pengembangan Layanan Geriatri	Pelayanan Komplementer	-	-	1.000.000.000		400,000,000
Penelitian yang dipublikasikan	Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian	100.000.000	100.000.000	100.000.000	50,000,000	50,000,000
% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	Pelayanan Komplementer	200.000.000	250.000.000	200.000.000	11,626,793,000	20,989,763,000
Collection Period	Manajemen Pengelolaan Piutang	50.000.000	30.000.000	20.000.000	5,838,396,500	8,989,763,000
Pertumbuhan Pendapatan	Optimalisasi Layanan Unggulan	100.000.000	100.000.000	100.000.000	11,626,793,000	20,989,764,000
Total 2		500.000.000	500.000.000	1.450.000.000	35,030,379,000	193,956,588,000
Total 1 + 2		29.200.000.000	24.250.000.000	40.220.000.000	95.990.894.000	253.253.467.000

4222 Mitigasi Risiko

Tabel 4.4. Estimasi Anggaran Mitigasi Risiko 2020 – 2024

NAMA KEGIATAN	PROGRAM STRATEGIS				
	2020	2021	2022	2023	2024
Penyusunan Standar Kompetensi berdasarkan TNA	150.000.000	100.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
Perencanaan Pengembangan SDM Terpadu	1.000.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000
Penyusunan Pedoman Penilaian Kinerja Individu dan Unit	150.000.000	100.000.000	100.000.000	50.000.000	50.000.000
Penerapan Reward dan Konsekuensi	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000
Pengelolaan dan Pengembangan SIMRS berbasis inovasi layanan	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000
Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	3.000.000.000	3.000.000.000	5.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000
Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000
Manajemen Pengelolaan Piutang	50.000.000	30.000.000	20.000.000	10.000.000	50.000.000
Optimalisasi Layanan Unggulan	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000
Total	5.250.000.000	5.630.000.000	7.570.000.000	6.010.000.000	6.050.000.000

4.3 Rencana dan Realisasi Pendanaan

Dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS dr Tadjuddin Chalid Makassar telah melakukan revisi dan membuat rencana pendapatan dan rencana anggaran selama 5 (lima) tahun kedepan mulai dari tahun 2020 sampai dengan 2024.

Setiap tahunnya dapat dilihat perbandingan pendapatan dengan anggaran pengeluaran antara lain :

1. Tahun 2020

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 243.789.538.000,- yang terdiri dari APBN Rp.143.789.538.000,- dan PNBPN sebesar Rp.100.000.000.000,-

b. Realisasi Pendapatan

Pendapatan sebesar Rp. 299.464.875.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 231.376.436.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 68.088.439.000. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 299.464.875.000,- Jika dibandingkan antara anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tadjuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 231.376.436.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tadjuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

2. Tahun 2021

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp.346.302.050.398, yang terdiri dari APBN Rp.196.302.050.398 dan PNBPN sebesar Rp.150.000.000.000.-

b. Realisasi Pendapatan

Pendapatan sebesar Rp.229.912.818.000, yang terdiri dari APBN Rp.79.912.818.000 dan PNBPN sebesar Rp.150.000.000.000. Sedangkan anggaran pengeluaran sebesar Rp. 229.912.818.000, Jika dibandingkan antara anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya dipenuhi dari subsidi APBN sebesar 79.912.818.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

3. Tahun 2022

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 397.409.998.484, yang terdiri dari APBN Rp.147.409.998.484, dan PNBPN sebesar Rp.250.000.000.000,-

b. Realisasi Pendapatan

Rencana pendapatan sebesar Rp. 264.423.404.000, yang terdiri dari APBN Rp. 60.470.954.000 dan PNBPN sebesar Rp.203.952.540.000. Sedangkan anggaran pengeluaran sebesar Rp. 264.423.404.000. Jika dibandingkan antara anggaran pengeluaran dengan

pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 60.470.954.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien

4. Tahun 2023

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 444.900.000.000, yang terdiri dari APBN Rp.119.900.000.000, dan PNBPN sebesar Rp. 325.000.000.000,-.

b. Setelah Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 184.136.443.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 59.136.443.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 125.000.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 184.136.443.000,-. Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 59.136.443.000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

5. Tahun 2024

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp.529.251.600.000,

yang terdiri dari APBN Rp.129.251.600.000, dan PNBPN sebesar Rp. 400.000.000.000,-.

b. Setelah Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 366.767.448.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 229,267,448,000,- dan PNBPN sebesar Rp. 137.500.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 366.767.448.000,-. Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP Dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 229,267,448,000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

Untuk mengantisipasi target pendapatan tidak tercapai maka program-program strategis akan dilaksanakan sesuai dengan urutan prioritas. Urutan prioritas program ini dapat dilihat sebagai berikut :

1. Pencapaian IKU dan Mitigasi Risiko
2. Operasional
3. SDM
4. Keuangan

BAB V

PENUTUP

Sebagai akhir dari Rencana Strategis Bisnis, keseluruhan Sasaran dan Program Strategis yang diukur dengan Indikator Kinerja Utama tidak akan berarti jika tidak dijadikan pedoman dalam Rencana Kinerja Tahunan dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Olehkarena itu, seluruh Indikator Kinerja Utama perlu di *Cascading* sampai ke level paling kecil (staf) sehingga menjadi satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

Target Kinerja yang akan dicapai yang 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 harus menjadi Role Model dalam Implementasi Rencana Strategis Bisnis demi tercapainya tujuan organisasi secara keseluruhan.

Target Kinerja dan Anggaran yang sudah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis 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.

Lampiran :

Tambahan Key Performance Indicator (KPI)

Tabel 3.2 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Learning and Growth*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif	Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	8	Indikator Baru	-	-	-	-	≥ 50%
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	% RSV yang melakukan perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan	7	Indikator Baru	-	-	-	-	85%
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	% RSV yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>Medical Record</i>	8	Indikator Baru	-	-	-	100%	100%

Tabel 3.3 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Internal Bussiness Process*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	7	Indikator Baru	-	-	-	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam
	Waktu pemeriksaan Lab	6	Indikator Baru	-	-	-	-	≤ 1 Jam
	Waktu pemeriksaan Radiologi	6	Indikator Baru	-	-	-	-	≤ 1 Jam
	% Penundaan waktu operasi elektif	6	Indikator Baru	-	-	-	≤ 1 Jam	≤ 3 Jam
	Waktu masuk RI dan % Realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang	7	Indikator Baru	-	-	-	-	≤ 1 Jam ; 90%
	Ketepatan waktu pelayanan dokter di Poliklinik dan Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	7	Indikator Baru	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
	Capaian indikator klinis sesuai PPK	7	Indikator Baru	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
	Kepatuhan CP per KSM	7	Indikator Baru	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%

Tabel 3.4 Matriks Indikator Kinerja Utama 2020 – 2024 (*Customer & Finance*)

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Kepuasan Pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survey pasien	8	85%	-	-	-	-	90%
	% Pengurangan jumlah keluhan pasien	8	Indikator Baru	-	-	-	-	≥ 50%
	Kecepatan menyelesaikan keluhan dengan kategori non- medis	8	Indikator Baru	-	-	-	-	≥ 1x24 Jam

Kamus IKU

1. Tingkat Kepuasan Staf Terhadap Remunerasi – Survey OSDM

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif														
IKU	Tingkat Kepuasan Staf Terhadap Remunerasi – Survey OSDM														
Definisi Operasional	Kepuasan Staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan (sikap positif/negatif) yang dimiliki oleh staf. Terdapat faktor-faktor tertentu di tempat kerja yang menyebabkan kepuasan, sementara pada bagian lain ada pula faktor lain yang menyebabkan ketidakpuasan. Artinya kepuasan dan ketidakpuasan berhubungan satu sama lain. Faktor-faktor tertentu di tempat kerja tersebut diidentifikasi sebagai hygiene factors (faktor kesehatan) dan motivation factors (faktor pemuas). (Teori Frederick Herzberg) Hygiene factors (faktor kesehatan) adalah faktor pekerjaan yang penting untuk adanya motivasi di tempat kerja. Faktor ini tidak mengarah pada kepuasan positif untuk jangka panjang. Hygiene factors (faktor kesehatan) adalah gambaran kebutuhan fisiologis individu yang diharapkan untuk dipenuhi. Hygiene factors (faktor kesehatan) meliputi gaji, kehidupan pribadi, kualitas supervisi, kondisi kerja, jaminan kerja, hubungan antar pribadi, kebijaksanaan dan administrasi perusahaan. Motivation Factors. Faktor motivasi harus menghasilkan kepuasan positif. Faktor-faktor yang melekat dalam pekerjaan dan memotivasi karyawan untuk sebuah kinerja yang unggul disebut sebagai faktor pemuas. Faktor motivasi dikaitkan dengan isi pekerjaan mencakup keberhasilan, pengakuan, pekerjaan yang menantang, peningkatan dan pertumbuhan dalam pekerjaan.														
Formula	$\frac{\text{Total Jawaban Seluruh Pegawai yang Disurvey}}{\text{Total Pegawai yang Disurvey dalam Periode yang Sama}} \times 100\%$														
Target	≥ 50%														
Bobot IKU	8														
Person In Charge	Direktur SDM, Keuangan dan Umum														
Sumber Data	Laporan Pengembangan SDM														
Periode Pelaporan	Semesteran														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ 50%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≥ 50%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	-	≥ 50%											

2. % RSV yang Melakukan Perbaikan Fasilitas Pendukung sesuai Standar yang Diterapkan

Sasaran Strategis	Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal														
IKU	% RSV yang melakukan perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan														
Definisi Operasional	• Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. • Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran <i>cashless</i> adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman														
Formula	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standardikali 100 %														
Target	80%														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Direktur SDM, Keuangan dan Umum														
Sumber Data	Hasil observasi														
Periode Pelaporan	Bulanan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>85%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	85%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	-	85%											

3. % RSV yang Terintegrasi Data Antrian Pendaftaran dan *Medical Record*

Sasaran Strategis	Terwujudnya Pengembangan Layanan Terintegrasi														
IKU	% RSV yang Terintegrasi Data Antrian Pendaftaran danMedical Record														
Definisi Operasional	• Antrian Online merupakan perangkat lunak yang dapat diinstal pada smartphone dan dapat diakses kapan saja, yang dapat mengatur lalu lintas antrian secara online. Pasien tidak perlu lagi datang hanya untuk registrasi, karena dapat dilakukan melalui sebuah mobile app yang tersedia untuk diunduh secara gratis oleh pasien. • Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital. • Resume Medis adalah ringkasan dari Rekam Medis yang memuat informasi tentang identitas pasien, diagnosis, hasil pemeriksaan, terapi dan tindakan yang diberikan serta anjuran • Informasi kesehatan dalam RME tersebut harus terintegrasi dengan data di dalam RS. Informasi kesehatan yang ada di dalam RME tidak terbatas pada riwayat pasien, tindakan medis, radiologi, laboratorium, permohonan rawat inap, tetapi informasi tagihan pembayaran, pemberian obat, dan demografi pasien. RME tersebut dapat diakses dari berbagai lokasi di dalam RS oleh tenaga medis dan/atau staf RS yang bertugas dengan jaminan keamanan data, kerahasiaan dan privasi data pasien														
Formula	-														
Target	100%														
Bobot IKU	8														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	RS Online														
Periode Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Semesteran dan Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	100%	100%											

4. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang														
Definisi Operasional	- Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. - Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran - Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit														
Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%														
Target	≤ 2 Jam														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 3. Catatan waktu penyerahan obat														
Periode Pelaporan	Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 2 Jam</td><td>≤ 2 Jam</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam											

5. Waktu Pemeriksaan Laboratorium

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Waktu Pemeriksaan Laboratorium														
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pelayanan di Laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar di loket laboratorium sampai keluar hasil pemeriksaan														
Formula	$\frac{\text{Total Waktu Pemeriksaan Pasien yang diperiksa tepat waktu}}{\text{Total waktu Pemeriksaan Pasien}}$														
Target	≤ 1 Jam														
Bobot IKU	6														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Laporan Pelayanan Laboratorium														
Periode Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 1 Jam</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≤ 1 Jam
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	-	≤ 1 Jam											

6. Waktu Pemeriksaan Radiologi

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Waktu Pemeriksaan Radiologi														
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pelayanan di Radiologi adalah waktu yang dibutuhkanmulai pasien mendaftar di loket Radiologi sampai keluar hasil pemeriksaan														
Formula	Total Waktu Pemeriksaan Pasien yang diperiksa tepat waktu Total waktu Pemeriksaan Pasien														
Target	≤ 1 Jam														
Bobot IKU	6														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Laporan Pelayanan Radiologi														
Periode Pelaporan	Bulanan, Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 1 Jam</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≤ 1 Jam
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	-	≤ 1 Jam											

7. % Penundaan Waktu Operasi Elektif

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	% Penundaan Waktu Operasi Elektif														
Definisi Operasional	- Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. - Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.														
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$														
Target	≤ 1 Jam														
Bobot IKU	6														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: 4. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 5. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 6. Catatan waktu penyerahan obat														
Periode Pelaporan	Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 1 Jam</td><td>≤ 3 Jam</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≤ 1 Jam	≤ 3 Jam
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	≤ 1 Jam	≤ 3 Jam											

8. Waktu Masuk RI dan % Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Waktu Masuk RI dan % Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 (1x24 Jam) Sebelum Pasien Pulang														
Definisi Operasional	• Pasien Pulang adalah pasien yang dipulangkan dari perawatan yang direncanakan oleh rumah sakit. • Rencana Pasien Pulang H-1 (1x24 Jam) adalah Jadwal untuk memulangkan pasien yang direncanakan H-1 dari jadwal yang telah ditetapkan														
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dipulangkan sesuai rencana}}{\text{Jumlah pasien yang direncanakan pulang yang dilakukan H-1 sebelum pasien pulang}} \times 100\%$														
Target	≤ 1 Jam, 90%														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Laporan Rawat Inap														
Periode Pelaporan	Bulanan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ 1 Jam, 90%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≤ 1 Jam, 90%
	2020	2021	2022	2023	2024										
-	-	-	-	≤ 1 Jam, 90%											

9. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter Di Poliklinik Dan Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikandan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter Di Poliklinik Dan Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI														
Definisi Operasional	• Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenagamedis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI adalah visite oleh tenagamedis yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan doktergigi spesialis														
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan/memulai pelayanantepat waktu di poliklinik}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$														
Target	≥ 80%														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang														
Sumber Data	Laporan Pelayanan Poliklinik dan laporan visite RI														
Periode Pelaporan	Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ 80%</td><td>≥ 80%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	≥ 80%	≥ 80%											

10. Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Capaian Indikator Klinis sesuai PPK														
Definisi Operasional	1. Indikator Klinis adalah sebuah variabel terukur yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu, yaitu 13 indikator nasional mutu. 2. Panduan Praktek Klinik adalah prosedur yang dilaksanakan oleh sekelompok profesi yang mengacu pada Pedoman Nasional PelayananKedokteran yang dibuat oleh organisasi profesi dan disyahkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.														
Formula	Jumlah Indikator Klinis yang tercapai sesuai PPK Seluruh Indikator Klinis x 100%														
Target	≥ 80%														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien														
Sumber Data	Laporan Mutu														
Periode Pelaporan	Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ 80%</td><td>≥ 80%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	≥ 80%	≥ 80%											

11. Kepatuhan CP Per KSM

Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan														
IKU	Kepatuhan CP Per KSM														
Definisi Operasional	Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh. Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah : 1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output). 2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan. Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir. Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.														
Formula	$\frac{\text{Jumlah KSM yang patuh pada CP}}{\text{Jumlah seluruh KSM}} \times 100\%$														
Target	≥ 80%														
Bobot IKU	7														
Person In Charge	Ketua Komite Medik														
Sumber Data	Laporan Pelayanan														
Periode Pelaporan	Triwulanan, Semesteran, Tahunan														
Target	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ 80%</td><td>≥ 80%</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	≥ 80%
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	≥ 80%	≥ 80%											

12. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung Pada Survey Pasien

Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pasien										
IKU	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung Pada Survey Pasien										
Definisi Operasional	• Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. • Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. • Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. • Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. • Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.										
Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Responden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$										
Target	87%										
Bobot IKU	8										
Person In Charge	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	Hasil Survey										
Periode Pelaporan	Semesteran, Tahunan										
Target	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>90%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	90%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	-	90%							

13. % Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien

Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pasien										
IKU	% Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien										
Definisi Operasional	- Upaya yang dilakukan untuk memperbaiki pelayanan sesuai keluhan pasien berdasarkan hasil survey kepuasan pasien. - Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.										
Formula	$\frac{\text{Jumlah keluhan pasien yang ditindaklanjuti}}{\text{Total Keluhan Pasien}} \times 100\%$										
Target	≥ 50%										
Bobot IKU	8										
Person In Charge	Direktur SDM, Keuangan dan Umum										
Sumber Data	Hasil Survey										
Periode Pelaporan	Semesteran, Tahunan										
Target	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ 50%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	≥ 50%
2020	2021	2022	2023	2024							
-	-	-	-	≥ 50%							

14. Kecepatan Menyelesaikan Keluhan dengan Kategori Non Medis

Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pasien														
IKU	Kecepatan Menyelesaikan Keluhan dengan Kategori Non Medis														
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan keluhan dengan Kategori Non Medis dalam $\geq 1 \times 24$ Jam														
Formula	$\frac{\text{Jumlah keluhan pasien kategori non medis yang ditindaklanjuti dalam } \geq 1 \times 24 \text{ Jam}}{\text{Total Keluhan Pasien Kategori Non Medis}} \times 100\%$														
Target	$\geq 1 \times 24$ Jam														
Bobot IKU	8														
Person In Charge	Direktur SDM, Keuangan dan Umum														
Sumber Data	Laporan Komplain Pasien														
Periode Pelaporan	Bulanan														
Target	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>$\geq 1 \times 24$ Jam</td></tr></table>					2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	-	$\geq 1 \times 24$ Jam
2020	2021	2022	2023	2024											
-	-	-	-	$\geq 1 \times 24$ Jam											

