



REVISI II
RENCANA STRATEGIS BISNIS
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
TAHUN 2020 - 2024

LEMBAR PENGESAHAN

BADAN LAYANAN UMUM

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG


REVISI II RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020 – 2024

DIREKSI

DIREKTUR UTAMA


Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K)
NIP. 196804191999031003

Pt. DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN


Dr. dr. Bestari Jaka Budiman, Sp. THT- KL(K)
NIP. 196707021998071001


Pt. DIREKTUR SDM, PENDIDIKAN, DAN PENELITIAN


dr. Dedi Sutia, Sp. N(K)
NIP. 198202272015031002

DIREKTUR PERENCANAAN DAN KEUANGAN


Luhur Djoko Prasetyo, SE
NIP. 197008241992031002

Pt. DIREKTUR LAYANAN OPERASIONAL


dr. Asrawati, M. Biomed, SpA(K)
NIP. 197408162009122001

LEMBAR PERSETUJUAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR.M.DJAMIL PADANG
REVISI II RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020 – 2024

DEWAN PENGAWAS

KETUA DEWAN PENGAWAS



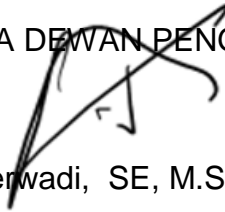
drg. Arianti Anaya, MKM

ANGGOTA DEWAN PENGAWAS



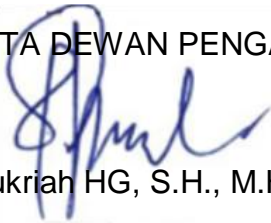
Indah Febrianti, S.H., M.H

ANGGOTA DEWAN PENGAWAS



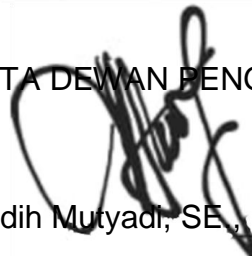
Albertus Yudha Poerwadi, SE, M.Si, CA, CPMA, QIA

ANGGOTA DEWAN PENGAWAS



Dr. Syukriah HG, S.H., M.Hum,

ANGGOTA DEWAN PENGAWAS



Dr. Edih Mutyadi, SE., M.Si

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat izin-Nya jualah sehingga dapat disusunnya Revisi II Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024.

Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024 merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 5 (lima) tahun kurun waktu tahun 2020 - 2024. Dalam Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 – 2024 terjadi perubahan/revisi pada sasaran strategis menjadi 21 dengan 49 Indikator Kinerja Utama. Penambahan indikator Persentase peaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal beserta Kamus indikator Kinerja Unit (IKU) sesuai dengan Surat Edaran Ditjen Yankes PR.03.02/D.I/1306/2023 mengenai Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT. Penyusunan Revisi II RSB RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 – 2024 berdasarkan PMK Nomor 202/PMK.05/202 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum.

Dengan selesainya Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024, maka seluruh unit kerja harus mengacu pada Revisi II RSB ini dalam menyusun perencanaan/program kerja setiap tahunnya sehingga diharapkan dapat menumbuhkan budaya kinerja yang sinergis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Implementasi Revisi II RSB ini perlu dimonitor untuk memastikan pencapaian indikator-indikator kinerja terpilih, pencapaian sasaran-sasaran strategis hingga akhirnya diharapkan visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024 yang diharapkan dapat terwujud.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024.

Padang, Desember 2023

Direktur Utama,

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K)
NIP. 196804191999031003

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
RINGKASAN EKSEKUTIF	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020 - 2024.....	1
1.2 Visi dan Misi RSUP Dr. M. Djamil Padang	2
1.3 Target Rencana Strategis Bisnis	3
BAB 2 ANALISIS DAN STRATEGI	5
2.1 Evaluasi Kinerja RSUP Dr M Djamil Padang	5
2.2 Analisis SWOT dan <i>Balance Score Card</i> (BSC).....	7
2.3 Inisiatif strategis	9
BAB 3 RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN.....	11
3.1 Program Kementerian Kesehatan	11
3.2 Strategis Bisnis RSUP Dr M Djamil Padang	11
3.3 Kegiatan dan Indikator.....	13
BAB 4 PENUTUP	21
4.1 Kesimpulan	21
4.2 Saran.....	21
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2-1 Identifikasi faktor - faktor yang membentuk peluang dan ancaman bagi RSUP Dr M Djamil Padang	7
Tabel 2.2-2 Identifikasi faktor - faktor yang membentuk kekuatan dan kelemahan bagi RSUP Dr M Djamil Padang.....	8
Tabel 3.2-1 Pilar Utama dan Inisiatif Strategis RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2020-2024	12
Tabel 3.3-1 Kegiatan Untuk Mencapai Kinerja IKU Revisi II RSB RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024	13
Tabel 3.3-2 Indikator Kinerja Utama Revisi II RSB RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024	20

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2-1 Diagram Kartesius RSB Rumah Sakit Umum Pusat Dr M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024	8
Gambar 2.3-1 Balance Score Card (BSC) RSUP Dr M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Stakeholder RSUP Dr. M. Djamil Padang	22
Lampiran 2 Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	23
Lampiran 3 Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015 – 2019.....	24
Lampiran 4 Indikator Kinerja Utama Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020 – 2024.....	26
Lampiran 5 Rangkuman Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2018-2022.....	28
Lampiran 6 Layanan Unggulan RSUP Dr. M. Djamil Padang	29
Lampiran 7 Layanan Jerjaring Penyakit Prioritas RSUP Dr. M. Djamil Padang	31
Lampiran 8 Estimasi Pendapatan Berdasarkan Sumber Pendapatan Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024	32
Lampiran 9 Estimasi Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024	33
Lampiran 10 Estimasi Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Program Strategis Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024	34
Lampiran 11 Estimasi Kebutuhan Anggaran Untuk Pelaksanaan Program Strategis Berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024	35
Lampiran 12 Analisa SWOT RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024	36
Lampiran 13 Scoring penentuan koordinat Diagram Kartesius.....	37
Lampiran 14 Penilaian Kinerja Aspek Keuangan BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018.....	38
Lampiran 15 Penilaian Kinerja Aspek Layanan BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018.....	39
Lampiran 16 Hasil Penilaian Kinerja BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018.....	42
Lampiran 17 Identifikasi dan Penilaian Tingkat Risiko Indikator Kinerja Utama Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024.....	43
Lampiran 18 Kamus IKU 1 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	87
Lampiran 19 Kamus IKU 2 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	88
Lampiran 20 Kamus IKU 3 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	89
Lampiran 21 Kamus IKU 4 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	91
Lampiran 22 Kamus IKU 5 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	92
Lampiran 23 Kamus IKU 6 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	94
Lampiran 24 Kamus IKU 7 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	95
Lampiran 25 Kamus IKU 8 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024	96
Lampiran 26 Kamus IKU 9 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	98
Lampiran 27 Kamus IKU 10 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	99

Lampiran 28	Kamus IKU 11 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	101
Lampiran 29	Kamus IKU 12 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	102
Lampiran 30	Kamus IKU 13 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	103
Lampiran 31	Kamus IKU 14 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	105
Lampiran 32	Kamus IKU 15 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	106
Lampiran 33	Kamus IKU 16 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	107
Lampiran 34	Kamus IKU 17 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	109
Lampiran 35	Kamus IKU 18 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	110
Lampiran 36	Kamus IKU 19 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	111
Lampiran 37	Kamus IKU 20 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	112
Lampiran 38	Kamus IKU 21 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	114
Lampiran 39	Kamus IKU 22 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	115
Lampiran 40	Kamus IKU 23 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	117
Lampiran 41	Kamus IKU 24 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	118
Lampiran 42	Kamus IKU 25 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	119
Lampiran 43	Kamus IKU 26 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	121
Lampiran 44	Kamus IKU 27 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	122
Lampiran 45	Kamus IKU 28 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	124
Lampiran 46	Kamus IKU 29 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	125
Lampiran 47	Kamus IKU 30 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	127
Lampiran 48	Kamus IKU 31 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	129
Lampiran 49	Kamus IKU 32 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	131
Lampiran 50	Kamus IKU 33 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	132
Lampiran 51	Kamus IKU 34 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	134
Lampiran 52	Kamus IKU 35 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	135
Lampiran 53	Kamus IKU 36 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	136
Lampiran 54	Kamus IKU 37 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	138
Lampiran 55	Kamus IKU 38 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	139
Lampiran 56	Kamus IKU 39 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	141
Lampiran 57	Kamus IKU 40 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	142
Lampiran 58	Kamus IKU 41 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	144
Lampiran 59	Kamus IKU 42 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	145
Lampiran 60	Kamus IKU 43 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	147
Lampiran 61	Kamus IKU 44 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	148
Lampiran 62	Kamus IKU 45 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	150
Lampiran 63	Kamus IKU 46 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	151

Lampiran 64 Kamus IKU 47 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	153
Lampiran 65 Kamus IKU 48 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	154
Lampiran 66 Kamus IKU 49 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024.....	155

RINGKASAN EKSEKUTIF

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020-2024 merupakan penjabaran dari Visi, Misi, dan arah kebijakan Kementerian Kesehatan yang kemudian tertuang dalam Tugas, Fungsi, serta Visi dan Misi RSUP Dr.M.Djamil Padang. RSB ini disusun berdasarkan evaluasi kinerja Tahun sebelumnya, analisis SWOT, dan inisiatif strategis yang sesuai dengan transformasi layanan rujukan yang menjadi salah satu pilar transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan.

Arah pengembangan RSUP Dr.M.Djamil Padang untuk lima tahun ke depan adalah melalui penguatan tugas utama rumah sakit vertikal sebagai Layanan Terbaik Level Asia, Pengampu Nasional, dan Pengembangan Riset. Adapun pelayanan unggulan RSUP Dr. M. Djamil Padang antara lain Pelayanan Cardio-Cerebro-Vascular Center, Pelayanan Onkologi Terpadu, Regenerative Medicine and Cell Therapy, Transplantasi Organ, dan Mother & Children Center.

Pada Revisi II RSB ini, terdapat 21 Sasaran Strategis dengan 49 Indikator Kinerja Utama yang perubahannya mengikuti arahan Ditjen Yankes berdasarkan surat nomor PR.03.02/D.I/1306/2023 mengenai Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT. Sasaran strategis dan indikator kinerja utama ini ditetapkan berdasarkan perspektif finansial, stakeholder, proses bisnis internal, dan learning and growth.

Untuk mencapai sasaran strategis dan indikator kinerja utama yang telah ditetapkan, RSUP Dr.M.Djamil Padang akan melakukan berbagai rencana tindak lanjut, antara lain: membangun efektivitas pusat layanan prioritas, membangun efektivitas pendidikan & pusat riset unggulan, mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan, memperbaiki budaya kinerja, budaya peduli yang berorientasi pelanggan, membangun sistem informasi terintegrasi, membangun efektivitas sistem tata kelola unit kerja, mengimplementasikan sistem manajemen mutu, meningkatkan pendapatan RS guna mendukung proses bisnis, dan melakukan efisiensi dan kendali biaya.

Direktur Utama,

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K)
NIP. 196804191999031003

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020 - 2024

1.1.1 Visi dan Misi Kementerian Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024 disebutkan bahwa Visi Kementerian Kesehatan merupakan penjabaran dari Visi Presiden di bidang Kesehatan yaitu “Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan”

Sebagaimana penjabaran dari Visi Presiden, Misi Kementerian Kesehatan disusun demi menunjang Misi Presiden, dimana Misi Kementerian Kesehatan yaitu:

1. Meningkatkan kesehatan reproduksi, ibu, anak, dan remaja;
2. Perbaiki gizi masyarakat
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit
4. Pembudayaan GERMAS
5. Memperkuat sistem kesehatan

1.1.2 Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan

Mengacu pada RPJMN 2020-2024, rumusan arah kebijakan terkait bidang kesehatan yaitu “Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan sistem pelayanan kesehatan dasar dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”.

Demi mewujudkan Visi dan melaksanakan Misi Kementerian Kesehatan, maka disusun tujuan yang hendak dicapai selama Tahun 2020 – 2024 yaitu :

1. Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas, serta penguatan pemberdayaan masyarakat;
 2. Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas;
 3. Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh;
 4. Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan;
 5. Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan
 6. Terbangunnya tata Kelola, inovasi, dan teknologi kesehatan yang berkualitas
- Selanjutnya tujuan ini terangkum dalam enam Pilar Transformasi Kesehatan.

1.2 Visi dan Misi RSUP Dr. M. Djamil Padang

1.2.1 Visi dan Misi

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang Nomor OT.02.02/XVI.1/286/2022 tentang Penetapan Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit tercantum bahwa Visi RSUP Dr M Djamil Padang yaitu “Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”

Adapun misi yang dilakukan untuk mencapai visi yang ditetapkan yaitu:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional
2. Menyelenggarakan pendidikan yang profesional
3. Melaksanakan penelitian yang inovatif, berbasis bukti dan terpublikasi internasional
4. Mewujudkan SDM yang profesional, mandiri dan bermartabat.
5. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
6. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan menyenangkan

1.2.2 Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Umum Pusat mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud di atas RSUP 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, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit
- m. melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/1331/2023 tentang Peta Jabatan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, RSUP Dr. M. Djamil Padang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tipe II terdiri dari empat direktorat sebagaimana dapat dilihat pada Lampiran 2

1.3 Target Rencana Strategis Bisnis

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 – 2024 sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan jangka menengah untuk mewujudkan tujuan organisasi sebagai berikut :

- a. Mewujudkan pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar rumah sakit internasional
- b. Mewujudkan rumah sakit pendidikan bertaraf internasional yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian
- c. Mewujudkan kelengkapan SDM dalam kualitas dan kuantitas
- d. Mewujudkan pembinaan rumah sakit jejaring untuk sistem rujukan berjenjang secara optimal
- e. Mewujudkan terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien
- f. Mewujudkan tata kelola organisasi yang optimal
- g. Mewujudkan sistem informasi dan manajemen rumah sakit terintegrasi
- h. Mewujudkan ketersediaan fasilitas yang berkualitas sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- i. Mewujudkan peningkatan pendapatan rumah sakit
- j. Mewujudkan efisiensi dan kendali biaya
- k. Mewujudkan kepuasan pelanggan
- l. Mewujudkan *reward* dan *punishment* berbasis kinerja secara optimal

Adapun tujuan utama penyusunan RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu:

- a) Sebagai panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024

- b) Sebagai pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024
- c) Sebagai dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi dan pencapaian visi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024
- d) Sebagai salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders* RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 – 2024

BAB 2 ANALISIS DAN STRATEGI

2.1 Evaluasi Kinerja RSUP Dr M Djamil Padang

Adapun evaluasi kinerja terhadap capaian kinerja RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015-2019. Berdasarkan Lampiran 3 dapat dilihat hingga akhir tahun RSB 2015 –2019:

1. Pada sasaran strategis terkait persepektif finansial, IKU 1 belum tercapai pada akhir tahun, hal ini disebabkan karena keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS
2. Pada sasaran strategis terkait persepektif stakeholder, IKU 3 belum tercapai karena adanya kekurangan dalam pemberian layanan, IKU 4 dapat disebabkan karena penyebaran angket dilakukan secara manual dan perlunya dilakukan evaluasi terhadap alokasi waktu dalam tujuan pembelajaran, dan pada IKU 3 belum tercapai karena sistem IT masih belum bisa mengakomodir data kinerja pegawai sehingga berpengaruh pada besaran dan sistem reward.
3. Pada sasaran strategis terkait proses bisnis internal, IKU 8 belum tercapai karena masih kurangnya kepedulian terhadap budaya keselamatan pasien, pada IKU 18 belum tercapai karena masih adanya jam visite DPJP yang tidak sesuai dengan jadwal
4. Pada sasaran strategis terkait perspektif learning dan growth IKU 21 belum tercapai karena hasil survey menunjukkan bahwa budaya PEDULI belum terimplementasi seluruhnya, IKU 22 belum tercapai karena masih besarnya kebutuhan SDM, IKU 23 belum tercapai karena masih banyaknya pegawai dengan tingkat pendidikan SMA dalam proses pendidikan untuk penyuaian ijazah dan peningkatan kompetensi SDM, dan IKU 24 belum tercapai karena masih adanya masih dalam proses pengadaaan sarana prasarana untuk pengembangan IT mandiri.

Adapun untuk tahun selanjutnya, terjadi perubahan pada Lampiran 3, sehingga pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020 – 2024 yaitu :

1. Pada Lampiran 3 terjadi perubahan untuk Tahun 2020 -2024, IKU 6 diubah menjadi Persentase Kelulusan Peserta Didik, IKU 7 diganti menjadi Kecepatan Respon Terhadap Komplain, IKU 8 diganti menjadi Indeks Budaya Keselamatan, IKU 10 diganti menjadi Jumlah Pelayanan Prioritas yang dikembangkan, IKU 11 diganti menjadi Persentase Capaian Penanganan Pelayanan Prioritas, IKU 15 diganti menjadi Jumlah Rumah Sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan), IKU 18 menjadi

Ketepatan jam visite dokter spesialis, IKU 24 diganti menjadi jumlah modul sistem informasi manajemen RS terintegrasi. Sedangkan IKU 14,17,19,20 dihapuskan.

2. Pada tahun 2021, terdapat satu tambahan IKU yaitu Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi, sehingga menjadi 14 Sasaran Strategis dan 23 Indikator Kinerja Utama. Adapun IKU Revisi 1 RSB 2020 – 2024 dapat dilihat pada Lampiran 4
3. Pada tahun 2022 terjadi perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024, sehingga turut merubah RSB satker. Pada tahun 2023 terjadi revisi 2 pada RSB RSUP Dr M Djamil Padang, sehingga menjadi 21 Sasaran strategis dengan 49 Indikator Kinerja Utama (10 IKU satker dan 39 IKU Mandatory Cascading Ditjen Yankes).

Sedangkan hambatan dan rencana tindak lanjut atas kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang yang belum mencapai target hingga tahun 2022 adalah sebagai berikut :

1. Persentase Peningkatan Pendapatan
 - Analisa hambatan : pada tahun 2021 pembayaran klaim covid masih bersifat *daily basis*, sedangkan pada tahun 2022 semua tarif covid dan JKN dibayarkan menggunakan tarif paket.
 - Rencana tindak lanjut : monitoring dan evaluasi terhadap pengisian berkas rekam medis tepat dan lengkap pada saat pasien pulang; percepatan proses penangihan dengan membentuk tim casemix, petugas rekam medis dan mobilisasi dana (percepatan klaim)
2. Tingkat Kepuasan Pasien
 - Analisa hambatan : Penyebaran kuisioner dilakukan secara manual dan adanya keterbatasan SDM dalam melakukan survey dan pengolahan data.
 - Rencana tindak lanjut : mengusulkan pembuatan sistem survei elektronik; melakukan monitoring dan evaluasi bersama dengan unit terkait saat melakukan survey; menyegerakan penyampaian hasil surevey kepada unit terkait agar segera dilakukan perbaikan;
3. Persentase Capaian Penanganan Pelayanan Prioritas
 - Analisa hambatan: masih kurangnya kepatuhan kehadiran DPJP bedah onkologi sesuai jadwal di rawat jalan; belum tercapainya waktu tunggu operasi elektif pasien bedah onkologi <48 jam; masih terjadi penundaan dan pembatalan operasi elektif bedah onkologi

- Rencana tindak lanjut : supervisi dari direksi dan manajemen; monitoring dan evaluasi berkala terhadap capaian indikator mutu bedah onkologi; *feedback* laporan dengan rapat koordinasi untuk evaluasi, tindak lanjut dan rencana tindak lanjut
4. Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM
- Analisa hambatan: rendahnya respon unit kerja dalam menyusun dan melaporkan perencanaan SDM,
 - Rencana tindak lanjut : melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap kinerja masing - masing pegawai di satker

2.2 Analisis SWOT dan *Balance Score Card* (BSC)

Memperhatikan dinamika harapan dan kekhawatiran stakeholder, informasi dari benchmark serta evaluasi atas pelaksanaan RSB pada Tahun tahun 2015 - 2019, maka perlu diidentifikasi faktor internal dan eksternal untuk menyusun strategi RSB Tahun 2020 – 2024.

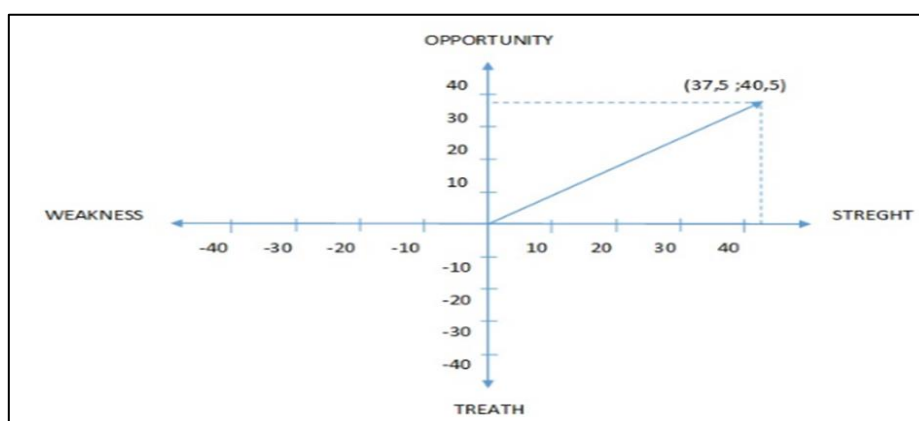
Tabel 2.2-1 Identifikasi faktor - faktor yang membentuk peluang dan ancaman bagi RSUP Dr M Djamil Padang

Peluang (Eksternal)	Ancaman (Eksternal)
1. Kebijakan Dirjen Yankes tentang Pengembangan Pelayanan Spesialistik dan Sub-Spesialistik	1. RS pesaing menawarkan pelayanan yang lebih baik
2. Terbukanya peluang persaingan Internasional	2. Lokasi RS berada di daerah rawan bencana
3. Perkembangan iptek kedokteran, informatika dan inovasi dibidang teknologi pelayanan RS	3. Berlakunya Masyarakat Ekonomi Asia
4. Terpilihnya Sumatera Barat sebagai destinasi wisata halal	4. Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS pendidikan di luar Sumatera Barat
5. Konsumen potensial (pelanggan menengah ke atas, BUMN, perusahaan)	5. Masih tingginya animo masyarakat berobat ke luar negeri
6. Program JKN yang mengharuskan masyarakat sebagai peserta (<i>universal coverage</i>)	6. Proses pembayaran BPJS terlambat, sehingga target tidak tercapai akibatnya POBO turun
7. Kebijakan pemerintah mewajibkan seluruh RS terakreditasi, yang menjadi peluang bagi RS melakukan bimbingan Akreditasi.	
8. Pengembangan sistem Tata Kelola Keuangan (<i>modern</i>)	
9. Kerjasama dengan pihak ketiga (RS binaan dan perusahaan swasta)	
10. Era <i>Disrupsi</i>	
11. Pergeseran asuhan kesehatan kepada era 4.0	
12. Adanya permintaan yang tinggi untuk bimtek	

Tabel 2.2-2 Identifikasi faktor - faktor yang membentuk kekuatan dan kelemahan bagi RSUP Dr M Djamil Padang

Kekuatan (Internal)	Kelemahan (Internal)
<ol style="list-style-type: none"> 1. RS rujukan nasional kelas A di Sumatera bagian Tengah dan pendidikan utama kesehatan 2. Memiliki dokter spesialis dan spesialis konsultan 3. Memiliki SDM yang berkualitas 4. Sistem tata kelola keuangan sesuai standar 5. RS sudah terakreditasi Internasional 6. Sistem manajemen yang berkualitas dan unggul 7. Sudah memenuhi standar mutu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya budaya kerja, kerja sama tim, dan etos kerja karyawan 2. Pemanfaatan dan pengembangan IT belum memadai 3. Sarana, prasarana dan fasilitas medis dan non medis melewati usia teknis 4. Antrian pasien yang lama 5. Belum optimalnya pemanfaatan sarpras 6. Belum optimalnya pemanfaatan tenaga <i>Training Of Trainer (TOT)</i> 7. Belum optimalnya pembinaan RS binaan (daerah sekitar) 8. Belum optimalnya sistem pelaksanaan <i>reward</i> dan konsekuensi 9. Ketidakjelasan estimasi pelayanan dan pembiayaan 10. Tata kelola keuangan tidak didukung data yang valid sehingga tidak akurat

Berdasarkan identifikasi faktor Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman di atas, kemudian disusun prioritas strategi menggunakan diagram kartesius. Hasil perhitungan pembobotan dan rating faktor di atas, diperoleh koordinat (37,5 : 40,5), sehingga dapat dilihat bahwa posisi strategi RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagaimana gambar di bawah ini:



Gambar 2.2-1 Diagram Kartesius RSB Rumah Sakit Umum Pusat Dr M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024

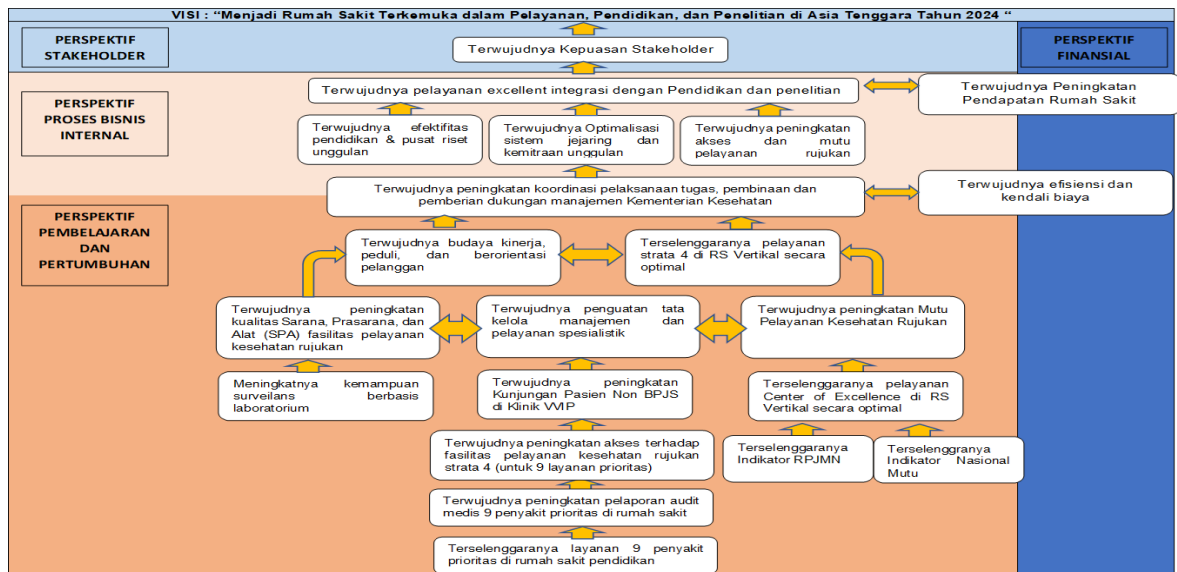
Berdasarkan hasil analisa SWOT didapatkan bahwa RSUP Dr. M. Djamil Padang berada di posisi Kuadran I (Satu). Hal ini menunjukkan bahwa strategi yang digunakan menitikberatkan pada pemanfaatan kekuatan dan peluang yang ada.

2.3 Inisiatif strategis

Setelah dilakukan analisa untuk menentukan arah pengembangan, selanjutnya dilakukan penyusunan strategi melalui analisa TOWS sebagaimana dapat dilihat pada data di bawah ini. Mengacu pada analisa SWOT (pada lampiran 12), maka inisiatif strategis yang akan dilakukan untuk pencapaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk Tahun tahun 2020-2024 sebagai berikut :

- 1) Membangun efektifitas pusat layanan prioritas
- 2) Membangun efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan
- 3) Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan
- 4) Memperbaiki budaya kinerja, budaya peduli yang berorientasi pelanggan
- 5) Membangun sistem informasi terintegrasi
- 6) Membangun efektifitas sistem tata kelola unit kerja
- 7) Menyediakan pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian
- 8) Mengoptimalkan sistem rujukan berjenjang
- 9) Memperbaiki kuantitas dan kualitas SDM
- 10) Melengkapi ketersediaan dan keandalan sarana prasarana
- 11) Memberikan kepuasan kepada *stakeholder*
- 12) Membangun efektifitas sistem tata kelola unit kerja
- 13) Mengimplementasikan sistem manajemen mutu
- 14) Meningkatkan pendapatan rumah sakit guna mendukung proses bisnis
- 15) Melakukan efisiensi dan kendali biaya

Melalui inisiatif strategis yang didapatkan dari analisa SWOT (Lampiran 12) selanjutnya disusun sasaran stretegis RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada Revisi II RSB ini, sasaran strategis dikompilasi dengan indikator mandatory Direktorat Jenderal Yankes menjadi sasaran strategis baru. Adapun keterkaitan antara sasaran strategis untuk mencapai visi RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2024 dapat dilihat pada *Balance Scored Card* (BSC) di bawah ini :



Gambar 2.3-1 *Balance Score Card* (BSC) RSUP Dr M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024

BAB 3

RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN

3.1 Program Kementerian Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024, terjadi perubahan pada Kementerian Kesehatan karena munculnya pandemi yang berdampak pada sistem kesehatan nasional. Dalam menghadapi perubahan yang terjadi, maka dideskripsikan dalam enam pilar transformasi kesehatan. Pada transformasi pelayanan kesehatan rujukan dalam rangka penyediaan layanan rujukan yang lebih berkualitas berfokus pada:

1. Perluasan akses ke pelayanan kesehatan rujukan secara merata dan berkeadilan di seluruh daerah sesuai dengan Rencana Induk Nasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan,
2. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang mencakup obat, alat kesehatan, sarana prasarana dan aspek lainnya,
3. Penataan sistem rujukan secara nasional termasuk upaya untuk pemenuhan Rumah Sakit Rujukan Nasional di setiap provinsi
4. Upaya pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) secara berkelanjutan akan dilaksanakan berdasarkan sebuah rencana induk

Strategi transformasi pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan melalui upaya sebagai berikut :

- a. Pemenuhan sarana dan prasarana, alat kesehatan, obat-obatan dan BMHP pada layanan rujukan
- b. Penguatan tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
- c. Penyediaan pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas

3.2 Strategis Bisnis RSUP Dr M Djamil Padang

Dengan mempertimbangkan arah kebijakan kementerian kesehatan, *refocusing* tujuan dan sasaran program untuk Tahun 2020 – 2024, maka arah pengembangan RSUP Dr. M . Djamil Padang untuk lima tahun ke depan adalah melalui penguatan tiga pilar utama strategi dan transformasi Rumah Sakit Vertikal sebagai Layanan Terbaik Level Asia, Pengampu Nasional dan Pengembangan Riset.

Tabel 3.2-1 Pilar Utama dan Inisiatif Strategis RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2020-2024

Pilar Utama RSV		Inisiatif Strategis		Kegiatan	
A	Layanan Terbaik Level Asia	1	Perbaikan Pengalaman Pasien	1	Memperbaiki fasilitas pendukung (parkir, toilet, taman, ruang tunggu)
				2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara <i>end-to-end</i> : ruang tunggu antrian pasien RJ, RI dan OK
				3	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
		2	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	1	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
				3	Peningkatan Mutu Layanan Klinis
		4	Peningkatan Tata Kelola RS	1	Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
				2	Digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
				3	Mengembangkan layanan Non-BPJS
				4	Menerapkan standar perhitungan <i>unit cost</i> pelayanan
				5	Meningkatkan Kinerja Keuangan (12 Indikator kinerja keuangan)
5	Layanan Unggulan	1	Melakukan Kerja Sama Internasional		
		2	Mengembangkan layanan unggulan		
B	Pengampu Nasional	1	Pengampu Regional untuk Kanker 4 Provinsi (Sumbar, Riau, Kepri, Bengkulu)	Pengampuan RS Madya : 25 RS	
				Pengampuan RS Utama : 4 RS	
		2	Pengampu Nasional untuk Jantung	Pengampuan RS Madya : 11 RS	
				1. Visitasi 2. Peningkatan Layanan 3. Proctorship 4. Pendidikan 5. Pelatihan 6. Fellowship	
		3	Pengampu Nasional untuk Stroke 4 Provinsi (Sumbar, Riau, Kepri, Bengkulu)	Pengampuan RS Madya : 26 RS	
Pengampuan RS Utama : 3 RS Pengampuan RS Paripurna : 1 RS					
4	Pengampu Nasional untuk Uronefro 3 Provinsi (Sumbar, Riau, dan Kepri)	Melakukan kegiatan pengampuan di 20 RS Madya dan 3 RS Strata Utama mulai dari visitasi dan penyusunan program pengampuan sesuai self asesmen Melengkapi SDM, Sarana dan Prasarana RS M. Djamil Untuk menjadi RS Paripurna Ideal Meningkatkan layanan Uronefrologi pengampu Regional dan RS yang diampu			
5	Pengampu Nasional untuk KIA 4 Provinsi (Sumbar, Riau, Kepri, Bengkulu)	Pengampuan RS Madya 28 RS Pengampuan RS Utama 4 RS 1. Visitasi 2. Peningkatan Layanan 3. Pelatihan			
C	Pengembangan Riset	1	Pengembangan <i>Clinical Research Unit</i>	1	
				Pelaksanaan riset klinis yang terpusat untuk : 1. Penyakit yang relevan dg masalah kesehatan ras Minang & Melayu 2. Riset klinis yang mendukung pelayanan prioritas & pelayanan unggulan	
		2	<i>Biomedicine Genomic Science initiative</i> (BGSi)	1	
Pengembangan Bank Jaringan terkait Riset <i>in vitro</i> dengan bahan biologi tersimpan untuk pengembangan diagnosis, penemuan biomarker baru, efektivitas terapi, terapi yang resisten, dll					
				2	Pengembangan <i>Stem cell</i> & sel terapi lainnya terkait <i>regenerative medicine</i>
				3	Pengembangan riset genomik terkait <i>precision medicine/ personalized medicine</i>

Inisiatif strategis bisnis di atas turut serta mendukung pencapaian sasaran strategis yang telah ditetapkan. Sehingga pada Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024 tersusun menjadi 21 Sasaran Strategis dengan 49 Indikator Kinerja Utama. Terkait dengan Layanan Unggulan dapat dilihat pada Lampiran 6 dan mengenai Layanan Jejaring Penyakit Prioritas dapat dilihat pada Lampiran 7.

3.3 Kegiatan dan Indikator

Tabel 3.3-1 Kegiatan Untuk Mencapai Kinerja IKU Revisi II RSB RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)			
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024		
PERSPEKTIF FINANSIAL										
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran	1. Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemasaran 2. Mengembangkan layanan Non-BPJS 3. Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan 4. Meningkatkan Kinerja Keuangan (12 Indikator kinerja keuangan) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemasaran 2. Terlaksananya pengembangan layanan Non-BPJS 3. Terlaksananya penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan 4. Terlaksananya peningkatkan Kinerja Keuangan (12 Indikator kinerja keuangan)	1. Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemasaran 2. Mengembangkan layanan Non-BPJS 3. Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan 4. Meningkatkan Kinerja Keuangan (12 Indikator kinerja keuangan) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemasaran 2. Terlaksananya pengembangan layanan Non-BPJS 3. Terlaksananya penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan 4. Terlaksananya peningkatkan Kinerja Keuangan (13 Indikator kinerja keuangan)	5.188.833.000	5.393.669.000
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	Cost recovery rate	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	1. Strategi efisiensi : Penurunan Rasio biaya persediaan terhadap pendapatan 2. Strategi produktivitas : Optimalisasi Klaim BPJS dan Pengembangan Rawat Jalan Non JKN Istano Pagarayung 3. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 4. Monitoring dan Evaluasi Unit Cost Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Strategi efisiensi : Penurunan Rasio biaya persediaan terhadap pendapatan 2. Terlaksananya Strategi produktivitas : Optimalisasi Klaim BPJS dan. Terlaksananya Pengembangan Rawat Jalan Non JKN Istano Pagarayung 3. Terlaksananya Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 4. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Unit Cost	1. Strategi efisiensi : Zero growth tenaga non medis 2. Strategi produktivitas : Optimalisasi Layanan Non BPJS dan Pengembangan Bisnis Non Tusi. 3. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 4. Monitoring unit cost dan revenue per layanan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Strategi efisiensi : Zero growth tenaga non medis 2. Terlaksananya Strategi produktivitas : Optimalisasi Layanan Non BPJS dan Pengembangan Bisnis Non Tusi. 3. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Unit Cost 4. Terlaksananya Monitoring unit cost dan revenue per layanan	215.658.538.200	238.378.565.000
PERSPEKTIF STAKEHOLDER										
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan peserta didik	survey kepuasan peserta didik dan implementasi RTL	survey kepuasan peserta didik dan implementasi RTL	survey kepuasan peserta didik dan implementasi RTL	Peningkatan SDM (Pengembangan Peserta Didik Sp1/Sp2) Indikator Kegiatan : Terlaksananya pengembangan peserta didik Sp1/Sp2	Peningkatan SDM (Pengembangan Peserta Didik Sp1/Sp2) Indikator Kegiatan : Terlaksananya pengembangan peserta didik Sp1/Sp2		
		4	Tingkat kepuasan staf	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	1. Absensi online bagi seluruh pegawai TMT Oktober untuk penerapan konsekuensi 2. Pembayaran jasa dengan fee for serice untuk pasien eksekutif 3. Penerapan remunerasi pola baru bagi staf medis spesialis Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Absensi online bagi seluruh pegawai TMT Oktober untuk penerapan konsekuensi 2. Terlaksananya Pembayaran jasa dengan fee for serice untuk pasien eksekutif 3. Terlaksananya Penerapan remunerasi pola baru bagi staf medis spesialis	1. Sosialisasi dan implementasi aplikasi kepegawaian terintegrasi dengan kinerja (Aplikasi Simetris) 2. Fleksibilitas waktu kerja untuk staf medk spesialis tanpa mengurangi jumlah jam kerja Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sosialisasi dan implementasi aplikasi kepegawaian terintegrasi dengan kinerja (Aplikasi Simetris) 2. Terlaksananya Fleksibilitas waktu kerja untuk staf medk spesialis tanpa mengurangi jumlah jam kerja	397.339.043.000	393.676.343.000

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)			
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5	Indeks budaya keselamatan	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway 1. Membuat PPK dan clinical pathway untuk penyakit prioritas 2. Menetapkan indikator klinis 3. Merekapitulasi dan Analisa capaian indikator klinik 4. Audit medis dan klinis secara berkala 5. Evaluasi kesesuaian PPK dan Clinical pathway untuk kendali mutu dan kendali biaya Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: ruang tunggu antrian pasien RJ, RI dan OK 1. Pendaftaran Antrian online melalui aplikasi Djamil Apps 2. Sosialisasi pendaftaran online bagi semua pasien yang berkunjung ke poliklinik RSUP MDJ 3. Pengembangan RME terintegrasi 4. Optimalisasi penyusunan jadwal operasi 5. Meningkatkan kepatuhan terhadap jadwal pertama operasi dengan Membuat notifikasi pemberitahuan operasi pertama berupa pesan singkat dan telepon kepada seluruh DPJP dan DPJA melalui media WA setiap penjadwalan operasi elektif 7. Monitoring evaluasi LOS pasien Indikator Kegiatan : Terlaksananya Kegiatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja	Menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway 1. Membuat PPK dan clinical pathway untuk penyakit prioritas 2. Menetapkan indikator klinis 3. Merekapitulasi dan Analisa capaian indikator klinik 4. Audit medis dan klinis secara berkala 5. Evaluasi kesesuaian PPK dan Clinical pathway untuk kendali mutu dan kendali biaya Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: ruang tunggu antrian pasien RJ, RI dan OK 1. Pendaftaran Antrian online melalui aplikasi Djamil Apps 2. Sosialisasi pendaftaran online bagi semua pasien yang berkunjung ke poliklinik RSUP MDJ 3. Pengembangan RME terintegrasi 4. Optimalisasi penyusunan jadwal operasi 5. Meningkatkan kepatuhan terhadap jadwal pertama operasi dengan Membuat notifikasi pemberitahuan operasi pertama berupa pesan singkat dan telepon kepada seluruh DPJP dan DPJA melalui media WA setiap penjadwalan operasi elektif 7. Monitoring evaluasi LOS pasien Indikator Kegiatan : Terlaksananya Kegiatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja		
5	Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas	6	Jumlah riset translasional	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	Layanan Manajemen SDM Internal (Penelitian) Indikator Kegiatan : Terlaksananya Penelitian Karyawan	Layanan Manajemen SDM Internal (Penelitian) Indikator Kegiatan : Terlaksananya Penelitian Karyawan		
6	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Supervisi ke Rumah Sakit Jejaring Indikator Kegiatan : Terlaksananya Supervisi ke Rumah Sakit Jejaring	Supervisi ke Rumah Sakit Jejaring Indikator Kegiatan : Terlaksananya Supervisi ke Rumah Sakit Jejaring		
		8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Program kemitraan dengan sister hospital	Program kemitraan dengan sister hospital	Program kemitraan dengan sister hospital	Program kemitraan dengan sister hospital 1. Melakukan MoU Sister Hospital dengan University Hospital Jepang, 2. pengiriman pasien cancer navigator ke India Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya MoU Sister Hospital dengan University Hospital di Jepang 2. Terlaksananya pengiriman pasien cancer navigator ke India	Program kemitraan dengan sister hospital 1. Fellowship robotic untuk ahli endovascular ke Jepang; 2. Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang; 3. Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang; 4. Pengiriman training ahli stemcell ke Jepang Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Fellowship robotic untuk ahli endovascular ke Jepang; 2. Terlaksananya Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang; 3. Terlaksananya Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang; 4. Terlaksananya Pengiriman training ahli stemcell ke Jepang		
7	Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	Implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi Indikator Kegiatan : Terlaksananya SISRUTE Rumah Sakit	Implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi Indikator Kegiatan : Terlaksananya SISRUTE Rumah Sakit		
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH										
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10	Indek budaya PEDULI	Penyusunan instrumen survey, workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	1. Absensi online bagi seluruh pegawai TMT Oktober untuk penerapan konsekuensi 2. Pembayaran jasa dengan fee for service untuk pasien eksekutif 3. Penerapan remunerasi pola baru bagi staf medis spesialis Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Absensi online bagi seluruh pegawai TMT Oktober untuk penerapan konsekuensi 2. Terlaksananya Pembayaran jasa dengan fee for service untuk pasien eksekutif 3. Terlaksananya Penerapan remunerasi pola baru bagi staf medis spesialis	1. Sosialisasi dan implementasi aplikasi kepegawaian terintegrasi dengan kinerja (Aplikasi Simetris) 2. Fleksibilitas waktu kerja untuk staf medk spesialis tanpa mengurangi jumlah jam kerja Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sosialisasi dan implementasi aplikasi kepegawaian terintegrasi dengan kinerja (Aplikasi Simetris) 2. Terlaksananya Fleksibilitas waktu kerja untuk staf medk spesialis tanpa mengurangi jumlah jam kerja		

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)		
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									
9	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar		Optimalisasi pemenuhan SPA sesuai standar (Pengadaan alat kesehatan) Indikator Kegiatan: Tersedianya alat kesehatan sebagai penunjang kegiatan layanan		Optimalisasi pemenuhan SPA sesuai standar (Pengadaan alat kesehatan) Indikator Kegiatan: Tersedianya alat kesehatan sebagai penunjang kegiatan layanan	18.000.000.000	37.500.000.000
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spsuesualistik	12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan penurunan jumlah kematian Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap jumlah kematian di RSV		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan penurunan jumlah kematian Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap jumlah kematian di RSV	10.213.824.000	15.225.200.000
11	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) mengenai audit medis penyakit prioritas Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan audit medis penyakit prioritas		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) mengenai audit medis penyakit prioritas Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan audit medis penyakit prioritas		
		14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal		1. Pengadaan alat kesehatan 2. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 3. Monitoring dan Evaluasi IKM Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pengadaan Alat Kesehatan 2. Terlaksananya Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 3. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi IKM		1. Pengadaan alat kesehatan 2. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 3. Monitoring dan Evaluasi IKM Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pengadaan Alat Kesehatan 2. Terlaksananya Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU 3. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi IKM		
12	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	15	Laporan Bulanan Pengukuran 13 indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing - masing indikator		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan 13 INM Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap INM		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan 13 INM Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap INM		
		16	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan Insiden Keselamatan Pasien Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap Insiden Keselamatan Pasien		1. Pelatihan Bidang Kesehatan (LR) 2. monitoring dan evaluasi berkelanjutan Insiden Keselamatan Pasien Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan bidang kesehatan 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap Insiden Keselamatan Pasien		
13	Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di Klinik VVIP	17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran		Pengembangan layanan unggulan 1. Pembentukan layanan Non JKN, yang terintegrasi dengan sistem one stop service (Istano Pagaruyuang) 2. Monitoring dan evaluasi progress layanan Non JKN Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pembentukan layanan Non JKN, yang terintegrasi dengan sistem one stop service (Istano Pagaruyuang) 2. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi progress layanan Non JKN		Pengembangan layanan unggulan 1. Meningkatkan jenis layanan Non JKN 2. Pengembangan kerjasama dengan asuransi swasta 3. Meningkatkan kapasitas sumber daya 4. Menyusun perencanaan sarana dan prasarana khusus layanan Non JKN dengan sistem one stop service Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya peningkatan jenis layanan Non JKN 2. Terlaksananya Pengembangan kerjasama dengan asuransi swasta 3. Terlaksananya peningkatan kapasitas sumber daya 4. Terlaksananya penyusunan perencanaan sarana dan prasarana khusus layanan Non JKN dengan sistem one stop service		
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP		monitoring dan evaluasi pelayanan unggulan VVIP Indikator Kegiatan : Terlaksananya monitoring dan evaluasi pelayanan unggulan VVIP		monitoring dan evaluasi pelayanan unggulan VVIP Indikator Kegiatan : Terlaksananya monitoring dan evaluasi pelayanan unggulan VVIP		

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)		
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									
14 Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	<p>1. Cardio - Serebro - Vaskuler Center : Kolaborasi prosedur open surgery & terapi endovascular jantung, stroke & penyakit vaskuler</p> <p>2. Regenerative Medicine and Cell Therapy: finalisasi lab stemcell & biobank, sertifikasi CPOB</p> <p>3. Pelayanan onkologi Terpadu</p> <p>4. Transplantasi Organ: Transplantasi ginjal pediatrik</p> <p>5. Mother and Children Center: penambahan ruangan intensif untuk neonatal risiko tinggi</p> <p>6. MOU Sister hospital dengan university hospital di Jepang</p> <p>7. Pengiriman pendidikan Cancer Patien Navigator ke India</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Layanan Cardio - Serebro - Vaskuler Center : Kolaborasi prosedur open surgery & terapi endovascular jantung, stroke & penyakit vaskuler</p> <p>2. Tersedianya Layanan Regenerative Medicine and Cell Therapy: finalisasi lab stemcell & biobank, sertifikasi CPOB</p> <p>3. Tersedianya Pelayanan Onkologi Terpadu</p> <p>4. Tersedianya Layanan Transplantasi Organ: Transplantasi ginjal pediatrik</p> <p>5. Tersedianya Layanan Mother and Children Center: penambahan ruangan intensif untuk neonatal risiko tinggi</p> <p>6. Terlaksananya MOU Sister hospital dengan university hospital di Jepang</p> <p>7. Terlaksananya Pengiriman pendidikan Cancer Patien Navigator ke India</p>			<p>1. Cardio - Serebro - Vaskuler Center: Penambahan OK Hybrid</p> <p>2.Regenerative Medicine and Cell Therapy: study in vitro, in vivo & uji klinis</p> <p>3. Onkologi Terpadu : layanan paliatif</p> <p>4.Transplantasi Organ: tranplatasi ginjal dengan operasi donor secara laparaskopi</p> <p>5. Mother and Children Center: pelayanan inseminasi buatan & pembangunan lab bayi tabung; optimalisasi layanan tumbuh kembang, PICU dan NICU</p> <p>6. Fellowship robotic untuk ahli endovascular ke Jepang</p> <p>7. Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang</p> <p>8. Pengiriman training ahli stemcell ke Jepang</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Layanan Cardio - Serebro - Vaskuler Center: Penambahan OK Hybrid</p> <p>2.Tersedianya Layanan.Regenerative Medicine and Cell Therapy: study in vitro, in vivo & uji klinis</p> <p>3. Tersedianya layanan Onkologi Terpadu : layanan paliatif</p> <p>4. Tersedianya Layanan Transplantasi Organ: tranplatasi ginjal dengan operasi donor secara laparaskopi</p> <p>5. Tersedianya Layanan Mother and Children Center: pelayanan inseminasi buatan & pembangunan lab bayi tabung</p> <p>6. Terlaksananya Fellowship robotic untuk ahli endovascular ke Jepang</p> <p>7. Terlaksananya Kerjasama diagnosis cancer berbasis genetic dengan National Cancer Center Jepang</p> <p>8. Terlaksananya Pengiriman training ahli stemcell ke Jepang</p>		13.000.000.000	3.097.942.000
	20	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	<p>1. Pengelolaan lahan parkir dan pengelolaan parkir dan terintegrasi dengan lahan KAI dan PGAI, serta kolaborasi perpikiran dengan FK Unand-Jati</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Terlaksananya Pengelolaan lahan parkir dan pengelolaan parkir dan terintegrasi dengan lahan KAI dan PGAI, serta kolaborasi perpikiran dengan FK Unand-Jati</p>			<p>1. Pengelolaan lahan parkir dan pengelolaan parkir dan terintegrasi dengan lahan KAI dan PGAI, serta kolaborasi perpikiran dengan FK Unand-Jati</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Terlaksananya Pengelolaan lahan parkir dan pengelolaan parkir dan terintegrasi dengan lahan KAI dan PGAI, serta kolaborasi perpikiran dengan FK Unand-Jati</p>			
	21	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	<p>1. Pengadaan alat kesehatan</p> <p>2. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU</p> <p>3. Monitoring dan Evaluasi IKM</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Terlaksananya Pengadaan Alat Kesehatan</p> <p>2. Terlaksananya Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU</p> <p>3. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi IKM</p>			<p>1. Pengadaan alat kesehatan</p> <p>2. Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU</p> <p>3. Monitoring dan Evaluasi IKM</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Terlaksananya Pengadaan Alat Kesehatan</p> <p>2. Terlaksananya Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU</p> <p>3. Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi IKM</p>			
	22	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p>			<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p>		3.117.293.800	2.849.970.000
	23	Penundaan waktu Operasi Elektif	<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi penundaan waktu operasi elektif</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi penundaan waktu operasi elektifg</p>			<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi penundaan waktu operasi elektif</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi penundaan waktu operasi elektifg</p>			
	24	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik</p>			<p>1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2.monitoring dan evaluasi Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik</p>			
	25	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	<p>1. monitoring dan evaluasi ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI</p> <p>2.Adanya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya reward dan konsekuensi</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>2. Terlaksananya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya reward dan konsekuensi</p>			<p>1. monitoring dan evaluasi ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI</p> <p>2.Adanya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya reward dan konsekuensi</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Tersedianya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi</p> <p>3. Terlaksananya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya reward dan konsekuensi</p>			
	26	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	<p>monitoring dan evaluasi indikator klinis layanan prioritas KJSU</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>terlaksananya monitoring dan evaluasi indikator klinis layanan prioritas KJSU</p>			<p>monitoring dan evaluasi indikator klinis layanan prioritas KJSU</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>terlaksananya monitoring dan evaluasi indikator klinis layanan prioritas KJSU</p>			

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)		
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									
15	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	27	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan		Pengempuan 1 RSUD menjadi utama Indikator Kegiatan : Terlaksananya Pengempuan 1 RSUD menjadi utama		Pengempuan 1 RSUD menjadi utama Indikator Kegiatan : Terlaksananya Pengempuan 2 RSUD menjadi utama		
16	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna		Pengembangan Mutu, bimbingan dan survei akreditasi rumah sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya bimbingan dan survei akreditasi RS		Pengembangan Mutu, bimbingan dan survei akreditasi rumah sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya bimbingan dan survei akreditasi RS		
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	29	(RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)		1. Pelatihan/Workshop Penyakit Prioritas 2. Program Pendidikan Dokter Penyakit Prioritas Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pelatihan/Workshop Penyakit Prioritas 2. Terlaksananya Pendidikan Dokter Penyakit Prioritas		1. Pelatihan/Workshop Penyakit Prioritas 2. Program Pendidikan Dokter Penyakit Prioritas Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pelatihan/Workshop Penyakit Prioritas 3. Terlaksananya Pendidikan Dokter Penyakit Prioritas		
18	Indikator Nasional Mutu	30	Kepatuhan kebersihan tangan		(1) Pelatihan berhubungan dengan PPI 10 kegiatan (2) monitoring dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan Indikator Kegiatan : (1) Terlaksananya Pelatihan berhubungan dengan PPI 10 kegiatan (2) Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan		(1) Pelatihan berhubungan dengan PPI 10 kegiatan (2) monitoring dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan Indikator Kegiatan : (1) Terlaksananya Pelatihan berhubungan dengan PPI 10 kegiatan (3) Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan		
		31	Kepatuhan penggunaan APD		1. Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD Indikator Kegiatan: 1. Terlaksananya Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD		1. Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD Indikator Kegiatan: 1. Terlaksananya Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD		
		32	Kepatuhan identifikasi pasien		1. Pengadaan Gelang Pasien RS 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pengadaan Gelang Pasien RS 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien		1. Pengadaan Gelang Pasien RS 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Pengadaan Gelang Pasien RS 3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien		
		33	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat		1. Adanya pelatihan/workshop PONEK 2. monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan/workshop PONEK 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat		1. Adanya pelatihan/workshop PONEK 2. monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pelatihan/workshop PONEK 3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat		
		34	Waktu tunggu rawat jalan		1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (pengaturan antrian online) 2. monitoring dan evaluasi waktu tunggu rawat jalan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (pengaturan antrian online) 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tunggu rawat jalan		1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (pengaturan antrian online) 2. monitoring dan evaluasi waktu tunggu rawat jalan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (pengaturan antrian online) 3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tunggu rawat jalan		
		35	Penundaan operasi elektif		1. Monitoring dan evaluasi penundaan operasi elektif 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi 3. Penambahan Subspesialis 4. Fellowship Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi penundaan operasi elektif 2. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi 3. Terlaksananya Penambahan Subspesialis 4. Terlaksananya Fellowship		1. Monitoring dan evaluasi penundaan operasi elektif 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi 3. Penambahan Subspesialis 4. Fellowship Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Monitoring dan evaluasi penundaan operasi elektif 2. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi 3. Terlaksananya Penambahan Subspesialis 5. Terlaksananya Fellowship		

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)		
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									
18	Indikator Nasional Mutu	36	Kepatuhan waktu visit dokter			1. monitoring dan evaluasi kepatuhan visit dokter 2. Adanya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya rawad dan konsekuensi Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan visit dokter 2. Terlaksananya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya rawad dan konsekuensi	1. monitoring dan evaluasi kepatuhan visit dokter 2. Adanya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya rawad dan konsekuensi Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan visit dokter 3. Terlaksananya pembatasan waktu visite dokter dengan adanya rawad dan konsekuensi		
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium			1. monitoring dan evaluasi pelaporan hasil kritis laboratorium 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi pelaporan hasil kritis laboratorium 2. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)	1. monitoring dan evaluasi pelaporan hasil kritis laboratorium 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi pelaporan hasil kritis laboratorium 3. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)		
		38	Kepatuhan penggunaan formularium nasional			1. Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD Indikator Kegiatan: 1. Terlaksananya Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD	1. Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 2. monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD Indikator Kegiatan: 1. Terlaksananya Pengadaan Obat-obatan dan BMHP 3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepatuhan penggunaan APD	161.051.000.000	178.106.550.000
		39	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)			1. monitoring dan evaluasi Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) 2. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)	1. monitoring dan evaluasi Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) 3. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)		
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh			Workshop World pasien Safety Day Indikator Kegiatan : Terlaksananya Workshop World pasien Safety Day	Workshop World pasien Safety Day Indikator Kegiatan : Terlaksananya Workshop World pasien Safety Day		
		41	Kecepatan waktu tanggap komplain			1. monitoring dan evaluasi kecepatan waktu tanggap komplain 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(Kepuasan Pasien) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kecepatan waktu tanggap komplain 2. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(Kepuasan Pasien)	1. monitoring dan evaluasi kecepatan waktu tanggap komplain 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(Kepuasan Pasien) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kecepatan waktu tanggap komplain 3. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(Kepuasan Pasien)		
		42	Kepuasan pasien			1. monitoring dan evaluasi kepuasan pasien 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(terseidanya aplikasi terhadap penangan keluhan pasien) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepuasan pasien 2. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(terseidanya aplikasi terhadap penangan keluhan pasien)	1. monitoring dan evaluasi kepuasan pasien 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(terseidanya aplikasi terhadap penangan keluhan pasien) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi kepuasan pasien 3. Terlaksananya pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(terseidanya aplikasi terhadap penangan keluhan pasien)		
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital		1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (Digitalisasi Sistem) 2. Pelatihan Tenaga Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (Digitalisasi sistem) 2. Terlaksananya pelatihan tenaga kesehatan	1. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (Digitalisasi Sistem) 2. Pelatihan Tenaga Kesehatan 3. Pengadaan Peralatan Laboratorium Modern Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (Digitalisasi sistem) 2. Terlaksananya pelatihan tenaga kesehatan 3. Terlaksananya pengadaan peralatan laboratorium modern			

SASARAN STRATEGIS	IKU	Kegiatan					Estimasi Biaya (Rp)		
		2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									
20	Indikator RPJMN	44	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit		1.Adanya pelatihan/workshop PONEK 2.monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat Indikato Kegiatan : 1.Terlaksananya pelatihar/workshop PONEK 2.Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	1.Adanya pelatihan/workshop PONEK 2.monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat Indikato Kegiatan : 1.Terlaksananya pelatihar/workshop PONEK 3.Terlaksananya monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat			
		45	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.		1. monitoring dan evaluasi implementasi RME terintegrasi 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi RME terintegrasi 2. Terlaksananya Pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)	1. monitoring dan evaluasi implementasi RME terintegrasi 2. Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi) Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi RME terintegrasi 3. Terlaksananya Pengadaan Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi(RME Terintegrasi)			
21	Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen manajemen Kementerian Kesehatan	46	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU		Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit	Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit	14.351.401.000	16.418.837.000	
		47	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni		Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit	Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit			
		48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU		Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit	Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit			
		49	Persentase nilai EBITDA Margin		Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit	Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit Indikator Kegiatan : Terlaksananya Monitoring dan evaluasi Kemenkes dan Kemenkeu terhadap Kinerja Pelayanan dan Kinerja Rumah Sakit			
TOTAL ESTIMASI BIAYA								837.919.933.000	890.647.076.000

Adapun estimasi biaya pada Tabel 3.3-1 merupakan estimasi berdasarkan pengelompokan secara umum. Mengenai estimasi pendapatan dan estimasi kebutuhan anggaran RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024 dapat dilihat pada Lampiran 8 dan Lampiran 9. Terkait dengan Manajemen Risiko kegiatan di atas dapat dilihat pada Lampiran 17, serta mengenai kamus IKU dapat dilihat pada Lampiran 18 - 66. Indikator Kinerja Revisi I RSB dapat dilihat pada Lampiran 4, sedangkan Revisi II RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024 dapat dilihat pada data di bawah ini :

Tabel 3.3-2 Indikator Kinerja Utama Revisi II RSB RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2020 - 2024

SASARAN STRATEGIS	IKU	PIC	Satuan	BASELINE 2019	Target							
					2020	2021	2022	2023	2024			
PERSPEKTIF FINANSIAL												
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	PK	%	10%	10%	10%	10%	10%		
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	Cost recovery rate	PK	%	65%	67%	69%	70%	71%		
PERSPEKTIF STAKEHOLDER												
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan peserta didik	SPP	%	79.54%	80%	81%	82%	83%		
		4	Tingkat kepuasan staf	SPP	%	67.7%	70%	72.50%	75.00%	77.50%		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL												
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5	Indeks budaya keselamatan	PK	%	80%	82%	84%	86%	90%		
5	Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas	6	Jumlah riset translasional	SPP	satuan	1	1	1	2	2		
6	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	SPP	satuan	7	7	7	8	8		
		8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	SPP	satuan	1	1	1	1	1		
7	Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	MK	%	-	-	60%	70%	85%		
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH												
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi	10	Indek budaya PEDULI	SPP	%	66.1%	67.5%	70%	72.50%	75%		
9	Terwujudnya peningkatan kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas	11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	MK	%					95%		
10	Terwujudnya penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesualistik	12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	MK	%					<2,5		
11	Terwujudnya peningkatan pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	MK	kali					2 kali		
		14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	LO	skor						≥80	
12	Terwujudnya peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	15	Laporan Bulanan Pengukuran 13 indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing - masing indikator	MK	Laporan					12 laporan		
		16	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	MK	Laporan						12 laporan	
13	Terwujudnya peningkatan kunjungan pasien non BPJS di Klinik VVIP	17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	PK	sesuai RBA					sesuai RBA		
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	MK	%						10%	
14	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	MK	layanan						1 Layanan	
		20	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	LO	%						70%	
		21	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	LO	skor						≥80	
		22	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	MK	%						≥80%	
		23	Penundaan waktu Operasi Elektif	MK	%						≤3%	
		24	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	MK	%						≥80%	
15	Terwujudnya peningkatan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	25	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	MK	%					≥80%		
		26	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	MK	1 indikator tercapai setiap layanan						1 indikator tercapai setiap layanan	
16	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	27	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	MK	1					1 (masing2 RS Vertikal dengan Strata Paripurna)		
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	28	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	MK	strata paripurna					1		
18	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	29	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	MK	layanan					1 Layanan		
18	Terselenggaranya Indikator Nasional Mutu	30	Kepatuhan kebersihan tangan	MK	%						≥90%	
		31	Kepatuhan penggunaan APD	MK	%						100%	
		32	Kepatuhan identifikasi pasien	MK	%						100%	
		33	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	MK	%						≥80%	
		34	Waktu tunggu rawat jalan	MK	%						≥80%	
		35	Penundaan operasi elektif	MK	%						≤5%	
		36	Kepatuhan waktu visit dokter	MK	%						≥80%	
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium	MK	%						100%	
		38	Kepatuhan penggunaan formulir nasional	MK	%						≥90%	
		39	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	MK	%						≥85%	
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	MK	%						100%	
		41	Kecepatan waktu tanggap komplain	LO	%						≥80%	
42	Kepuasan pasien	SPP	IKM							IKM>80		
19	Terwujudnya peningkatan kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	LO	Sistem					1 Sistem		
20	Terselenggaranya capaian Indikator RPJMN	44	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	MK	60%						60%	
		45	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	LO	%						100%	
21	Terwujudnya peningkatan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	46	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	PK	%						95	
		47	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	PK	%							97
		48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	PK	%							95
		49	Persentase nilai EBITDA Margin	PK	%							15%

BAB 4 PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Revisi II Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2020-2024 telah disusun dengan mempertimbangkan analisis situasi internal dan eksternal, visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, program, dan anggaran rumah sakit. Rencana ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, kinerja keuangan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta tata kelola rumah sakit sesuai dengan standar nasional dan internasional.

4.2 Saran

Revisi II Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2020-2024 perlu dilakukan secara berkala dan berbasis data untuk menyesuaikan dengan dinamika lingkungan dan kebutuhan stakeholder. Revisi ini juga perlu didukung oleh komitmen pimpinan dan seluruh jajaran rumah sakit, serta koordinasi yang baik dengan stakeholder. Selain itu, rencana ini perlu diimplementasikan secara efektif dan efisien dengan mengoptimalkan sumber daya yang ada dan mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi yang akuntabel.

LAMPIRAN

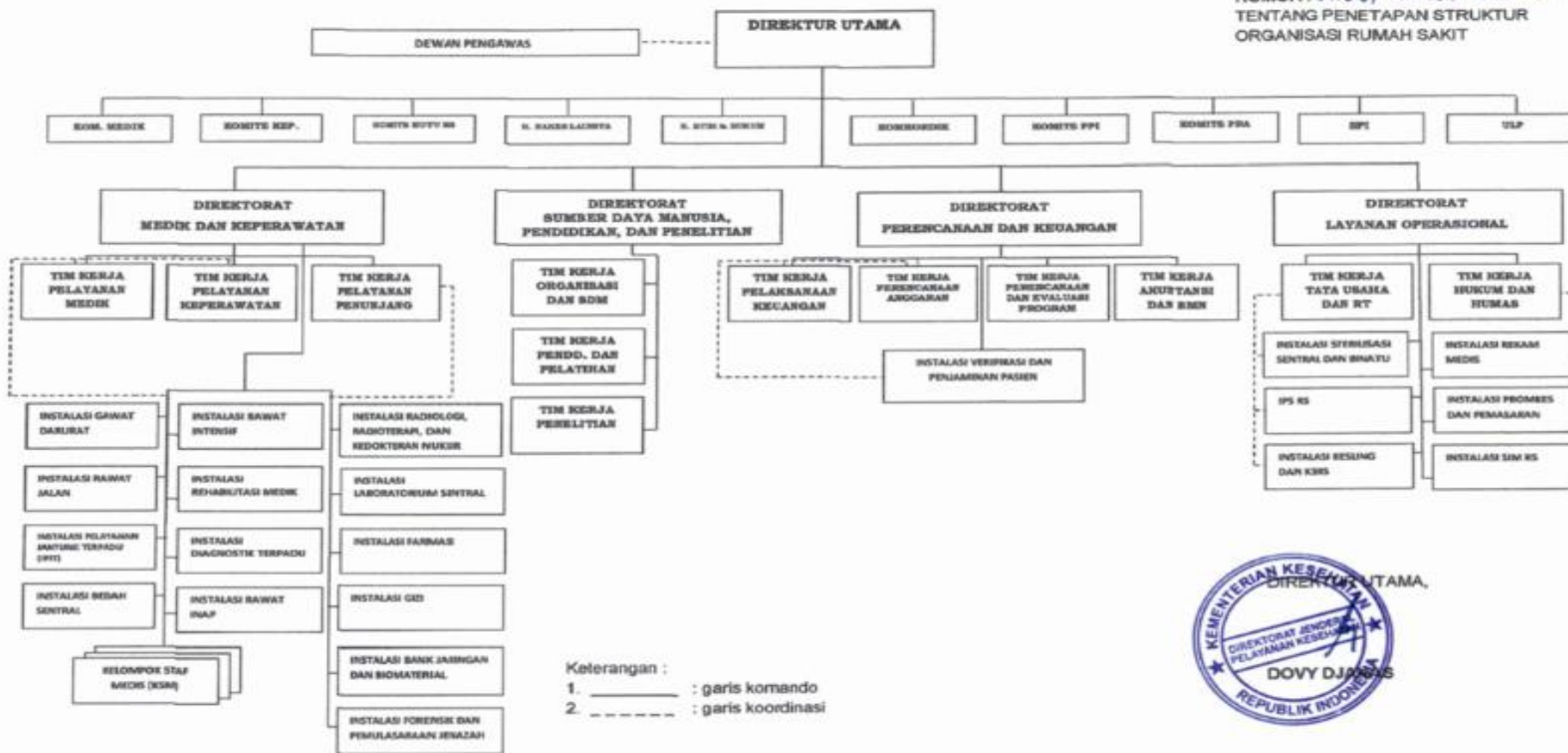
Lampiran 1 Stakeholder RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Komponen Stakeholders Inti	Peran	Tanggung Jawab	Harapan	Kekhawatiran
1.	Dewan Pengawas	Wakil Pemilik (Kemenkes)	Pembinaan dan pengawasan serta memberikan masukan dan rekomendasi	RS Rujukan Nasional untuk kasus-kasus sulit dan bertaraf Internasional	Tidak optimalnya pelayanan kasus-kasus sulit dan tidak tercapainya bertaraf internasional.
2.	Pemda Provinsi Sumatera Barat	Regulator dan Fasilitator	meningkatkan pelayan kesehatan di Provinsi Sumatera Barat	Menjadi rumah sakit pengampu di Sumatera Barat	Tidak optimal dalam membantu pembinaan RS lain
3.	FK. Unand Padang	Institusi Pendidikan	Pelaksanaan dan supervisi kegiatan pendidikan	RS pendidikan yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian	Tidak optimalnya integrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian
4.	Karyawan	Customer Internal Rumah Sakit	Pelaksana sesuai tugas dan fungsi	Menjadi tempat kerja yang aman, nyaman dan menyenangkan	Tidak terciptanya tempat kerja yang nyaman dan menyenangkan.
5.	Pasien & keluarga	Customer Rumah Sakit	Bekerjasama dengan baik dalam pelayanan	Mendapatkan pelayanan yang berkualitas, aman dan nyaman.	Tidak terpenuhinya kepuasan pelanggan.
6.	Pihak ke 3 (Supplier)	Mitra	Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasana untuk pelayanan Rumah Sakit	Kerjasama yang profesional dan berimbang.	Tidak terciptanya kerjasama yang baik.

Lampiran 2 Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

LAMPIRAN II
 SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
 RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
 NOMOR : DT.0101 / D.XVI / 213 / 2023
 TENTANG PENETAPAN STRUKTUR
 ORGANISASI RUMAH SAKIT



Lampiran 3 Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015 – 2019

SASARAN STRATEGIS	IKU	PIC	BOBOT	SATUAN	BASELINE 2014	Target					Realisasi						
						2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
PERSPEKTIF FINANSIAL																	
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	DK	4	%	20%	20%	20%	25%	25%	30%	11,43%	20,62%	28%	15,23%	15,16%
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	Cost recovery rate	DK	4	%	65%	67%	69%	70%	71%	72%	55%	65%	75%	82%	87,01%
PERSPEKTIF STAKEHOLDER																	
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan pasien	USP	4	%	-	70%	75%	78%	80%	85%	83,22%	70%	78,08%	80,35%	80,62%
		4	Tingkat kepuasan peserta didik	USP	4	%	-	70%	75%	80%	85%	90%	70%	70%	76%	75%	79,54%
		5	Tingkat kepuasan staf	USP	4	%	-	70%	75%	78%	80%	85%	60,70%	52,20%	54,50%	72,90%	67,70%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL																	
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase Kelulusan UKDI first taker	USP	3	%	70%	74%	78%	82%	86%	90%	CBT=82 50%; OSCE=9 4,5%	74%	98,26%	94,50%	91,37%
		7	Kecepatan respon terhadap komplain (KRR)	DMK	4	%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	80%	100%	100%	100%	100%
		8	Indeks budaya patient safety	DMK	4	%	60%	80%	80%	100%	100%	100%	80%	63,60%	68,77%	92,18%	92,40%
		9	Capaian akreditasi rumah sakit	DMK	4	Satuan	16 Pelayanan	KARS	JCI	-	KARS	JCI	Lulus 12 Pokja	Paripurna	Persiapan Akreditasi JCI	KARS	KARS Internasional
5	Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	10	Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	DMK	4	Satuan	3	1 (transplantasi ginjal)	1 (kanker terpadu)	1 (geriatri terpadu)	1 (layanan retina)	1 (defisiensi imun)	1 (transplantasi ginjal)	Layanan kanker terpadu	Geriatric terpadu	Dalam proses penyiapan sarana	Defisiensi imun (dalam proses penyiapan sarana dan prasarana)
		11	Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	DMK	4	%	NA	70%	75%	80%	85%	90%	70%	90%	Belum ada kasus	Belum ada kasus	Tidak ada kasus
6	Terwujudnya efektivitas pendidikan dan pusat riset	12	Jumlah program studi spesialis (Sp1/Sp2)	USP	3	Satuan	12/4	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/3	1/1	1/0	1/3	1/0
		13	Jumlah riset translasional	USP	4	Satuan	-	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1

SASARAN STRATEGIS	IKU	PIC	BOBOT	SATUAN	BASELINE 2014	Target					Realisasi						
						2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL																	
7	Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	14	Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	DMK	4	%	NA	60%	65%	70%	75%	80%	31,86%	40%	50,83%	80,40%	86%
8	Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	15	Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	DMK	4	Satuan	3	4	5	7	8	9	4	2	5	6	10
		16	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	USP	3	Satuan	NA	1	1	1	1	1	1	0	0	4	4
9	Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	17	Kepatuhan terhadap Clinical pathway	DMK	4	%	NA	70%	75%	80%	90%	100%	70%	60%	100%	100%	100%
		18	Ketepatan jam visite dokter spesialis	DMK	4	%	NA	70%	80%	90%	95%	100%	58%	60%	88,15%	89,17%	90,10%
10	Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	19	Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	USP	4	%	NA	70%	75%	80%	90%	100%	65%	100%	100%	100%	100%
		20	Persentase unit kerja yang bekinerja ekselen	USP	4	%	NA	60%	65%	70%	75%	80%	74%	99,27%	99,50%	97,30%	99%
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH																	
11	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	21	Indek budaya PEDULI	USP	4	%	NA	60%	65%	70%	75%	80%	52%	52,10%	53,5%	52,20%	66,1%
12	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM	22	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	USP	4	%	73%	75%	78%	80%	82%	85%	68,30%	68,30%	69%	58%	65,43%
		23	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	USP	4	%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	92%	91,30%	92%	74,40%	72,70%
13	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	24	Persentase jumlah modul yang terintegrasi	DK	4	%	20%	60%	75%	80%	90%	98%	40%	56,00%	75%	75,00%	92,00%
14	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	25	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	DMK	4	%	NA	70%	75%	80%	85%	90%	70%	80,00%	80%	86,06%	99,30%
		26	Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	DMK	4	%	60%	70%	75%	80%	85%	90%	80%	94,84%	91%	91,21%	94,50%

Lampiran 4 Indikator Kinerja Utama Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020 – 2024

SASARAN STRATEGIS	IKU	PIC	BOBOT	BASELINE 2019	Target					Realisasi				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022		
PERSPEKTIF FINANSIAL														
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	PKB	4	10%	10%	10%	10%	10%	10%	12,80%	47,97%	-7,00%
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	Cost recovery rate	PKB	4	65%	67%	69%	70%	71%	72%	75,71%	99,65%	89,72%
PERSPEKTIF STAKEHOLDER														
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan pelanggan	SPU	4	80.62%	81%	82%	83%	84%	85%	83,51%	85,63%	82,58%
		4	Tingkat kepuasan peserta didik	SPU	4	79.54%	80%	81%	82%	83%	85%	88,01%	82,76%	90,65%
		5	Tingkat kepuasan staf	SPU	4	67.7%	70%	72,50%	75,00%	77,50%	80,00%	83,15%	81,09%	80,29%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL														
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase kelulusan peserta didik	SPU	3	70%	74%	78%	82%	86%	90%	93,53%	93,75%	94,39%
		7	Indeks budaya keselamatan	PKP	4	80%	82%	84%	86%	90%	95%	100%	100%	100%
		8	Capaian akreditasi rumah sakit	PKP	4		KARS Internasional	-	-	KARS Internasional	-	KARS Internasional	-	Penilaian akreditasi akan dilaksanakan pada tahun 2023
5	Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas	9	Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	PKP	4	Pelayanan Defisiensi imun	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker, dan nyeri terpadu	Pelayanan spine dan sendi	Pelayanan Terpadu Rehab Medik	Pelayanan kosmetik dan plastik	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker, dan nyeri terpadu	Pelayanan Onkologi terpadu
		10	Persentase capaian penanganan pelayanan prioritas	PKP	4	50%	80%	80%	80%	80%	80%	87,08%	71,63%	76,02%

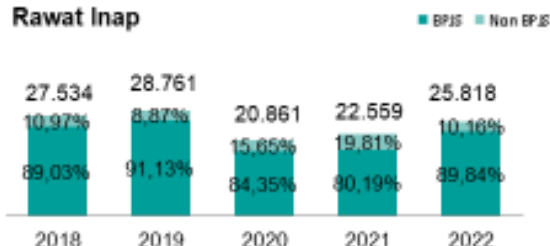
SASARAN STRATEGIS	IKU	PIC	BOBOT	BASELINE 2019	Target					Realisasi				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL														
6	Terwujudnya efektivitas pendidikan dan pusat unggulan riset	11	Jumlah program studi spesialis (Sp1/Sp2)	Spu	3	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/0	1/0	1/1
		12	Jumlah riset translasional	SPU	4	1	1	1	2	2	3	2	3	7
7	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	13	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	SPU	3	7	7	7	8	8	9	7	7	8
		14	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	SPU	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Terwujudnya implementasi sistem manajemen mutu	15	Ketepatan jam <i>visite</i> dokter spesialis	PKP	4	80%	85%	85%	90%	90%	95%	85%	85%	92%
9	Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	16	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	SPU	4	95%	96%	97%	98%	99%	100%	100%	100%	100%
10	Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	17	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	PKP	4	-	-	60%	70%	85%	100%	-	100%	100%
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH														
11	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	18	Indek budaya PEDULI	SPU	4	66.1%	67.5%	70%	72,50%	75%	77,50%	73,50%	92,16%	92,90%
12	Terwujudnya kuantitas & kualitas SDM	19	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	SPU	4	65.43%	67.5%	70%	72,50%	75%	77,50%	68,2%	69,2%	66,35%
		20	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	SPU	4	72,70%	75%	77,50%	80%	82,50%	85%	72,38%	98,08%	98,45%
13	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	21	Persentase jumlah modul Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi	PKB	4	70%	75%	80%	85%	90%	100%	100,00%	80,00%	85,00%
14	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	22	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	PKP	4	90%	90%	92%	94%	96%	98%	99,30%	99,50%	99%
		23	Tingkat OEE(Overall equipment effectiveness)	PKP	4	98%	90%	92%	94%	96%	98%	98,02%	97,11%	98,00%

Rangkuman Kinerja RSUP DR M DJAMIL PADANG 2018-2022

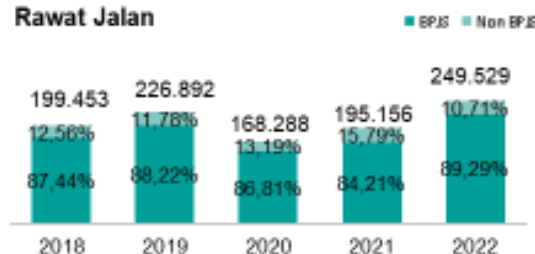
Jumlah Pasien, Revenue Total, Operating Profit, dan EBITDA Historis



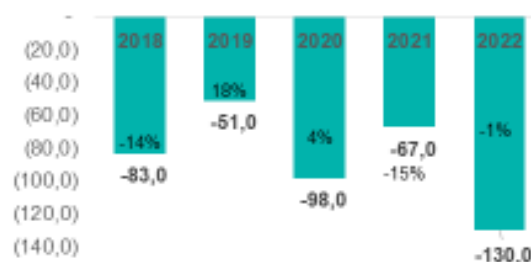
Rawat Inap



Rawat Jalan



Operating Profit RSMDJ 2018-2022 IDR Miliar



Key Takeaways

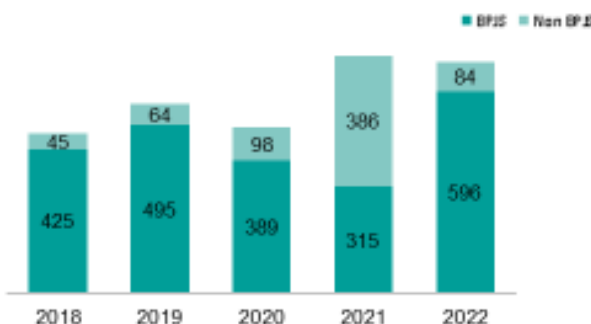
- Persentase rawat inap rerata pasien BPJS adalah 87% dan 13% untuk pasien non BPJS. Untuk rawat jalan rerata capaiannya adalah 87% BPJS dan 13% non BPJS
- Secara jumlah terjadi penurunan pasien rawat inap maupun rawat jalan di tahun 2020 sebagai dampak pandemi covid-19

Key Takeaways

- Penurunan Operasional Profit pada tahun 2020 karena pandemi Covid-19
- Pada tahun 2022 Operasional Profit menurun dikarenakan meningkatnya beban Depresiasi tahun 2022 sebesar Rp. 25 M dibanding tahun 2021 karena penambahan Belanja Modal sebesar Rp. 300 M di tahun 2022

Revenue Total RSMDJ 2018-2022

2018-2022; IDR Miliar, BPJS vs Non-BPJS



Key Takeaways

- Pendapatan Tahun 2020 menurun dibanding Tahun 2019 dikarenakan Pandemi Covid-19
- Tahun 2021 RS mampu meningkatkan pendapatan dari layanan Covid-19
- Pendapatan lainnya didapat dari layanan kerja sama dan penerimaan lai-lain BLU (Asuransi, Diklat Laundry dll)

EBITDA RSMDJ 2018-2022 IDR Miliar



Key Takeaways

- Peningkatan EBITDA pada tahun 2021 dikarenakan terdapat pendapatan layanan pasien Covid-19
- Pada Tahun 2022, terjadi penurunan Ebitda disebabkan perbaikan Ruang kelas 1 (38 TT) selama 9 bulan (ekstruangan Covid-19) sehingga banyak melayani pasien BPJS kelas 2 & 3 yang marginnya tidak sebesar layanan BPJS kelas 1
- Kwalitas Klaim menurun sehingga tagihan BPJS dengan severity level 1 meningkat menjadi 44 %
- Penyesuaian Tarif klaim Covid 19 di awal tahun 2022 dan adanya pengembalian audit pasca klaim Rp.15 M

Layanan Unggulan

Top 5 Hospital Revenue Generator

Layanan Unggulan	Cardio-Cerebro-Vascular Center	Onkologi Terpadu	Regenerative Medicine and Cell Therapy	Transplantasi Organ	Mother & Children Center
Deskripsi Layanan (cth: stratifikasi layanan, jenis layanan dengan volume terbanyak, dll)	Layanan komprehensif : 1. Poliklinik Jantung dengan berbagai kalainan dewasa dan anak 2. Intervensi, kateterisasi, door to ballon, pace maker, dan bedah jantung terbuka 3. Penatalaksanaan stroke komprehensif & kolaboratif bersama neurointervensi, neuro surgery, neurointensif & neurorestorasi 4. Penatalaksanaan gangguan vaskuler perifer melalui open surgery & endovaskuler	Layanan multidisiplin : Bedah, Anak, Ginekologi, Orthopedi, Penyakit Dalam, Paru, THT, Mata, Kulit berupa Poliklinik terpadu, Kemoterapi, Kemoradiasi, Operasi. Di dukung pemeriksaan Lab canggih PA dan Stem Cell	Layanan komprehensif : 1. Stem cell & cell terapi (exosome secretome) 2. Bank jaringan	Transplantasi ginjal, kolaborasi multidisiplin. - Center trasnplantasi ginjal diluar pulau jawa (pulau sumatera) - Transplantasi donor dengan teknik laparaskopik - Tranplantasi ginjal pediatrik diluar pulau jawa - Transplantasi Hepar Pediatrik dan Dewasa	Pusat layanan Mother and Chidren, dengan layanan multidisiplin : 1. Neonatologi risiko tinggi 2. Pediatrik intensif 3. Tumbuh Kembang 4. Rehabilitasi Medik Pediatrik 5. Fertility Center (Inseminasi & Bayi tabung)
Rata² revenue per tahun (miliar)- BPJS	126.677.279.300	80.130.327.400	-	2.179.744.200	34.289.212.700
Rata² revenue per tahun (miliar)- Non BPJS	4.893.570.000	1.423.716.000	82.528.667	-	2.618.128.100
Rata² pasien per tahun - BPJS	Rawat jalan : 20.545 Rawat inap : 2.702 Kunj Poliklinik Saraf : 8161 Kunj Poliklinik Bedah Vaskuler: 1899 Kunj Poliklinik Bedah Saraf : Kunj Poliklinik Bedah Thorax : Non intervensi : 806 tindakan / bln Tindakan Cardiologi Intervensi : 243 tindakan / bln Tindakan Bedah Jantung terbuka : 22 tindakan/tahun 2022 Tindakan BTKV : 277 tindakan / tahun Inteme KKV : 143 pasien / tahun Tindakan Bedah Vaskuler : 679 pasien / tahun Tindakan EVAR / TEVAR : 4 pasien / tahun Tindakan Neurointervensi : 67 pasien / tahun	Rawat Jalan : 35.064 Rawat Inap : 7.620 Kemoterapi : 6659 Hematologi onkologi Anak : 570/ tahun Onkologi Bedah : 993 / tahun Hematologi Onkologi Medik : 496 / tahun Ginekologi Onkologi : 767 / tahun Orthopedi Onkologi : 96 / tahun THT Onkologi : 345/ tahun. Mata Onkologi : 323/ tahun. Paru Onkologi : 116 / tahun Brakiterapi : 1848 / tahun Radioterapi : 13200 / tahun	Layanan Tissue Bank : Amnion+Bonegraft+PRP : 900 pasien Produksi Bone Graft : 473 pcs Produksi PRP : 304 Produksi Amnion : 1.907 Layanan stem cell : menunggu finalisasi laboratorium (Novemb 2023) dan sertifikasi CPOB	Tindakan transplantasi ginjal : 20 Tindakan transplantasi hepar : - Hemodialisa : 14.043/tahun Tindakan CRRT : 5 tahun	• Neonatologi risiko tinggi : 1487 • Pediatrik Intensif : 558 • Tumbuh kembang : 364 • Poliklinik Fetomaternal : 1371 • Inseminasi dan bayi tabung :
Rata² pasien per tahun - Non BPJS	117	84		-	163



Layanan Unggulan

Top 5 Hospital Revenue Generator

Layanan Unggulan	Cardio-CerebroVascular Center	Onkologi Terpadu	Regenerative Medicine And Tissue Repair	Transplantasi Organ	Mother & Children Center
Kapasitas layanan (cth: jml poli, jml OK, dll)	Bedah : 101 TT Jantung : 26 TT Saraf : 32 TT Cathlab : 3 OK : 3 Poliklinik Jantung : 1 Poliklinik Saraf : 1 Poliklinik Bedah BTKV dan Vaskuler: 2	Poliklinik Onkologi : 8 Poliklinik Deteksi Dini : 2 Laboratorium PA : 1 Ruang Kemoterapi : 64 TT Radioterapi : 1 unit Kamar Operasi MOT : 4 OK	Laboratorium Stem Cell : 1 Laboratorium Bank Jaringan	Hemodialisis : 29 mesin OK : 1-2 ruangan Unit Transplantasi Ginjal:1 Poli Uro: 1 Poli Nefro : 1 Layanan skrining (HLA & crossmatch)	Total TT : 211 Poliklinik Tumbuh Kembang anak: 1 Poliklinik Fetomaternal : 1 PICU Medikal, PICU Surgikal, PICU Isolasi Infeksi, ICU Isolasi imunokompromais 15 TT
Alkes	MRI 3T, MRI 1,5T, CT Scan, Cathlab, EP Study, Echocardiography, IABP, Angiojet, ECMO, HLM, CRRT, Set Microneurosurgery, Set Craniotomy, Microdoppler, Clipping Set, Laser Vascular, IONM, Cell Saver	Cobalt, Brachiteraphy, Flowcytometry, PCR EGFR, Microtome, CUSA, Endoscopy, Laparoscopy, SPECT CT, Mammography, LINAC, CT Simulator, HIPEC, RFA	Biological Safety Cabinet, Inverted Microscope, Flowcytometer, Automated Cell Counter, Deep Freezer, Peralatan pendukung lainnya	USG Doppler, Laparoscopy, Laser Bedah, URS, Cystoscopy, Surgical Microscope, C-Am, Urodynamic Analyzer, Hemodialisa, Set Tranplant Resipien dan Donor, Labscan 3D, Microscope Fluoresence,	Ventilator, CPAP, Infant Warmer, Incubator, NIRS, USCOM, Hypohyperthermia Blanketroll, aEEG, Oocyte Imaging System, ICSI dan IMSI, Laser Assisted Hatching, Time-Lapse Incubator, PGA
SDM	Sp.JP : 4 Sp.JP (K) : 9 Sp.PDKKV : 3 Sp.A K (Kardio) : 1 Sp.BTKV : 3 Sp.An-KAKV : 1 Sp.An-KIC : 2 SpBS (K) : 1 SpS (K) : 4 SpBVE (K) : 3	SpB Onk : 6 SpPD KHOM : 3 SpOG (K) Onk : 2 SpP Onk : 2 SpA KHOM : 1 Sp Onk. Rad : 2 Sp Rad Thorax (K) : 1 Sp PA Onkologi : 7 Sp PK (K) HOnk Klinik: 1 SpKFR (K) : 3 SpKJ/Psikolog Klinik7 Psikolog Klinik : 3	2 orang konsultan Bedah Plastik Konsultan Orthopedi : 7	SpU : 6 orang SpU Konsultan Transplantasi : 1 orang SpPDKKGH : 3 orang SpA Konsultan Nefrologi : 1 orang SpAn : 13 orang Sp. Rad Konsultan Abdomen : 1 orang Sp.PK Konsultan Imunologi : 1 orang SpB-KBD : 5 orang SpPDKGGEH : 4 orang	Sp A Konsultan Neonatologi : 3 orang SpA Konsultan Jantung : 1 orang SpA Konsultan Respirologi : 1 orang SpA Konsultan Neurologi : 1 orang SpA Konsultan Nutrisi : 1 orang SpA Konsultan TK Pedsos : 1 orang SpA Konsultan infeksi tropis : 1 orang SpA Konsultan Endokrin : 1 orang SpBedah Anak : 4 orang SpBTKV : 3 orang SpBV : 5 orang SpRehab Medik konsultan pediatri : 1 orang SpMata Konsultan Anak 1 orang Perawat Neonatologi terlatih: 40 orang Sp.OG (K) Fertilitas : 3 orang SpOG (K) Fetomaternal : 5 orang

Lampiran 7 Layanan Jejaring Penyakit Prioritas RSUP Dr. M. Djamil Padang

Layanan Jejaring Penyakit Prioritas

Kanker, Jantung, Saraf, Uronefro, dan KIA

Layanan Prioritas	Kanker	Jantung	Saraf	Uronefro	KIA
Status strata layanan saat ini	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Paripurna
Rata ² revenue per tahun (miliar) BPJS	80.130.327.400	78.677.695.200	33.060.283.900	28.805.277.600	19.305.382.100
Rata ² revenue per tahun (miliar) Non BPJS	1.423.716.000	2.446.785.000	2.213.693.000	1.154.244.000	1.761.344.000
Rata ² pasien per tahun (Rawat Jalan) BPJS	Rawat Jalan : 35.064 Rawat Inap : 7.620	20.545	9.361	23.412	Poli anak : 3151 Poli Kebidanan : 1479
Rata ² pasien per tahun (Rawat Jalan) Non BPJS		165	1152	696	Poli anak : 154 Poli Kebidanan : 27
Rata ² pasien per tahun (Rawat Inap) BPJS		2.702	699	2.348	Rawat Inap Perinatologi : 569 Rawat Inap Kebidanan : 729
Rata ² pasien per tahun (Rawat Inap) Non BPJS	84	33	228	45	Rawat inap Perinatologi : 40 Rawat inap Kebidanan : 33
Kapasitas layanan (cth: jml poli, jml OK, dll)	Bedah : 227 TT, Kulit : 8 TT P.Dalam : 167 TT Obgyn : 96 TT, Anak : 115 TT Mata : 25 TT, THT : 20 TT Gilut : 2 TT, Paru : 27 TT OK: 23 OK R.Kemo : 17 TT Unit Radioterapi : 1	IPJT : 26 TT Cathlab : 2 OK Jantung/ BTKV : 1 Poli Jantung/ IPJT : 1 Poli Bedah Thoraks/ BTKV : 1 Ruang Rehab Jantung : 1	Ranap : 32 TT OK : 2 (B.Syaraf, Hybrid) Cathlab : 2 Poli : 1 (Saraf), 1 (Bedah Syaraf)	Pelyn HD (2022) : 10717 Transplantasi Ginjal : 20 Hemodialisis : 29 mesin OK : 1-2 Unit Tranplantasi Ginjal:1 Poli Uro: 1 Poli Nefro : 1 Ruang ESWT/ ESWL : 1	OK Anak : 1 OK Obgyn : 1 OK Ponek : 1 IGD Ponek : 1 Ranap Keb : 96 TT Ranap Anak : 115 TT
Alkes	Cobalt, Brachiterapy, Flowcytometry, PCR EGFR, SPECT CT, APC, CUSA, MRI 3T, Mammography, Endoscopy and Laparoscopy,	Cathlab, Echocardiography, IABP, HLM, ECMO, Angiojet, Lampu+Meja Operasi, Generator TPM, Ventilator,	MRI 3T, MRI 1,5T, CT Scan 128 Slice, Cathlab, Neurosurgery Microscope, Craniotomy Set, Self Retaining Retractor, TMS, TCD, Clipping Set, Microdoppler	ESWL, USG Doppler, Laparoscopy, Laser Bedah, URS, Cystoscopy, Surgical Microscope, Arm, Lithotripter, Urodynamic Analyzer, Hemodialisa	Ventilator Adult, Ventilator Infant and Neonatus, Baby Incubator, Infant Warmer, NIRS INVOS, USCOM, Blanketroll, Warm Blanket, XRay Mobile, USG, HFNC, CPAP, Mixsafe, MALDFOB
SDM	26 Orang Konsultan Onkologi terdiri dari : Onkologi Anak : 1 orang Onkologi Ginekologi : 2 org Bedah Onkologi : 6 org Onkologi THT : 1 org Onkologi Mata : 3 org Onkologi Urologi : 2 org Onkologi Orthopedi : 1 org Bedah Syaraf Onkologi : 1 org	13 orang terdiri dari : Kardiologi Intervensionist : 2 org Elektrofisiologi dan Aritmia : 2 org (1 org sdg pendidikan) Kardiologi Pediatrik : 1 org Diagnostik Non Invasif (Echocardiography) : 1 org Vaskuler : 1 org Prevensi dan Rehabilitasi : 2 org Instalasi Rawat Intensif dan	Sp.S (Total) : 9 orang Sp.S Neurointervensi : 2 orang Sp.BS : 3 orang Sp.BS Fellow Neurovaskular : 1 orang Dokter Umum Terlatih Penangan Stroke Trombolisis : 2 Perawat Neurosains Tersertifikasi Askep Stroke Komprehensif : 2 orang Perawat Neurosains Tersertifikasi Intra Operatif Bedah Saraf : 1 orang	Sp PD-KGH : 3 orang SpU : 6 orang Urologi Transplantasi : 1 orang SpA K. Nefrologi : 1 orang dokter umum dialisis : 2 orang perawat mahir dialisis : 8 orang	Sp.A(ERIA) : 2 orang Sp.A(ERIA-Kardiovaskular - Sp. Obgyn : 22 orang Sp. Anestesi 13 orang SP. Bedah : 23 orang Sp. Penyakit Dalam : 30 orang Sp. MmampuskriningROP : 3 org Sp. Anak (Kardiologi) 1 orang Sp. Jantungdan Pembuluh 14 orang Sp. Anak Fellowneonatologi : -

Lampiran 8 Estimasi Pendapatan Berdasarkan Sumber Pendapatan Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

No	Sumber Pendapatan	Base Line Tahun 2019	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Dana Pemerintah	97.783.006.000	96.731.133.000	106.404.246.300	117.044.670.930	128.749.138.023	141.624.051.825
	Belanja Pegawai	80.273.315.000	84.571.513.000	93.028.664.300	102.331.530.730	112.564.683.803	123.821.152.183
	Belanja Operasional	0	5.000.000.000	5.500.000.000	6.050.000.000	6.655.000.000	7.320.500.000
	Belanja Investasi	17.509.691.000	7.159.620.000	7.875.582.000	8.663.140.200	9.529.454.220	10.482.399.642
2	Dana Masyarakat	500.000.000.000	550.000.000.000	605.000.000.000	665.500.000.000	732.050.000.000	805.255.000.000
	Pendapatan Layanan	500.000.000.000	550.000.000.000	605.000.000.000	665.500.000.000	732.050.000.000	805.255.000.000
	Pendapatan Operasional						
3	Kontribusi Unit Kerja						
4	Pemasukan Lain-lain	3.609.397.194	3.970.336.913	4.367.370.605	4.804.107.665	5.284.518.432	5.812.970.275
TOTAL		601.392.403.194	650.701.469.913	715.771.616.905	787.348.778.595	866.083.656.455	952.692.022.100

Lampiran 9 Estimasi Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

No	Kegiatan	Base Line Tahun 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp) RSB				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Belanja Gaji	97.783.006.000	107.561.306.600	118.317.437.260	130.149.180.986	143.164.099.085	157.480.508.993
2	Belanja Barang	66.566.959.000	73.223.654.900	80.546.020.390	88.600.622.429	97.460.684.672	107.206.753.139
3	Belanja Barang Operasional	302.869.203.194	322.325.949.913	354.558.544.905	390.014.399.395	429.015.839.335	471.917.423.268
4	Belanja Jasa	65.057.111.000	71.562.822.100	78.719.104.310	86.591.014.741	95.250.116.215	104.775.127.837
5	Belanja Pemeliharaan	43.329.738.000	47.662.711.800	52.428.982.980	57.671.881.278	63.439.069.406	69.782.976.346
6	Belanja Perjalanan	6.429.188.000	7.072.106.800	7.779.317.480	8.557.249.228	9.412.974.151	10.354.271.566
7	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa	7.314.710.000	8.046.181.000	8.850.799.100	9.735.879.010	10.709.466.911	11.780.413.602
8	Belanja Peningkatan SDM	12.042.488.000	13.246.736.800	14.571.410.480	16.028.551.528	17.631.406.681	19.394.547.349
	TOTAL	601.392.403.194	650.701.469.913	715.771.616.905	787.348.778.595	866.083.656.455	952.692.022.100

Lampiran 10 Estimasi Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Program Strategis Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

No.	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)					PIC
			2020	2021	2022	2023	2024	
Rencana Pengembangan berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko								
1	Penyusunan & Penggunaan Anggaran sesuai Kebutuhan	5.745.805.000	6.320.385.500	6.952.424.050	7.647.666.455	8.412.433.101	9.253.676.411	DK
2	Advokasi Penyediaan Anggaran ke Tingkat Kementerian	427.332.000	470.065.200	517.071.720	568.778.892	625.656.781	688.222.459	Dirut
3	Penyempurnaan & Evaluasi Kebijakan	3.253.290.000	3.578.619.000	3.936.480.900	4.330.128.990	4.763.141.889	5.239.456.078	Dirut
4	Promosi dan Pemasaran	3.747.976.000	4.122.773.600	4.535.050.960	4.988.556.056	5.487.411.662	6.036.152.828	USP
5	Pengadaan Fasilitas sesuai Kebutuhan	16.885.564.000	18.574.120.400	20.431.532.440	22.474.685.684	24.722.154.252	27.194.369.678	DMK
6	Pengelolaan Sistem Maintenance Fasilitas dan Sistem Monitoring OEE	17.479.312.000	19.227.243.200	21.149.967.520	23.264.964.272	25.591.460.699	28.150.606.769	DMK
7	Perbaikan Mutu Layanan	15.856.565.000	17.442.221.500	19.186.443.650	21.105.088.015	23.215.596.817	25.537.156.498	DMK
8	Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Mutu Layanan	8.052.441.000	8.857.685.100	9.743.453.610	10.717.798.971	11.789.578.868	12.968.536.755	DMK
9	Pengelolaan Mekanisme Pelaksanaan RTL & Komplain secara Komprehensif	2.909.099.000	3.200.008.900	3.520.009.790	3.872.010.769	4.259.211.846	4.685.133.030	DMK
10	Pengembangan Layanan Unggulan Kasus-kasus Sulit	17.768.846.000	19.545.730.600	21.500.303.660	23.650.334.026	26.015.367.429	28.616.904.171	DMK
11	Perbaikan Mutu Pendidikan	130.357.000	143.392.700	157.731.970	173.505.167	190.855.684	209.941.252	USP
12	Pembekalan, Pelaksanaan & Evaluasi Uji Kompetensi	10.143.626.000	11.157.988.600	12.273.787.460	13.501.166.206	14.851.282.827	16.336.411.109	USP
13	Pengembangan Program Studi	1.621.568.000	1.783.724.800	1.962.097.280	2.158.307.008	2.374.137.709	2.611.551.480	USP
14	Pelaksanaan Riset yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan	7.709.146.000	8.480.060.600	9.328.066.660	10.260.873.326	11.286.960.659	12.415.656.724	USP
15	Workshop & Evaluasi Pelaksanaan Patient Safety	14.247.280.000	15.672.008.000	17.239.208.800	18.963.129.680	20.859.442.648	22.945.386.913	DMK
16	Pelaksanaan Model Kerja Terpadu antar Profesi & Unit Kerja	1.708.406.000	1.879.246.600	2.067.171.260	2.273.888.386	2.501.277.225	2.751.404.947	DMK
17	Penyempurnaan & Evaluasi SOP yang mudah diaplikasikan berbasis IT	9.504.910.000	10.455.401.000	11.500.941.100	12.651.035.210	13.916.138.731	15.307.752.604	DMK
18	Pelaksanaan dan Monitoring Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	15.155.723.000	16.671.295.300	18.338.424.830	20.172.267.313	22.189.494.044	24.408.443.449	DMK
19	Workshop, Analisis & Evaluasi Pelaksanaan Budaya Peduli	11.424.675.000	12.567.142.500	13.823.856.750	15.206.242.425	16.726.866.668	18.399.553.334	USP
20	Persiapan & Monitoring Akreditasi		-	-	-	-	-	DMK
21	Pengembangan Program Informasi Terintegrasi Berbasis IT sesuai Kebutuhan	12.394.600.000	13.634.060.000	14.997.466.000	16.497.212.600	18.146.933.860	19.961.627.246	DK
22	Perbaikan Pola Retrutmen SDM	1.648.262.000	1.813.088.200	1.994.397.020	2.193.836.722	2.413.220.394	2.654.542.434	USP
23	Perbaikan Pola Penempatan SDM sesuai kompetensi	13.169.897.000	14.486.886.700	15.935.575.370	17.529.132.907	19.282.046.198	21.210.250.817	USP
24	Pembinaan Sistem Rujukan ke PPK II	231.165.000	254.281.500	279.709.650	307.680.615	338.448.677	372.293.544	DMK
25	Pelaksanaan Program Pembinaan RS Jejaring & Kemitraan secara Berkelanjutan	263.398.000	289.737.800	318.711.580	350.582.738	385.641.012	424.205.112,98	USP

Lampiran 11 Estimasi Kebutuhan Anggaran Untuk Pelaksanaan Program Strategis Berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko Pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

No.	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)					PIC
			2020	2021	2022	2023	2024	
Rencana Pengembangan berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko								
1	Penyusunan & Penggunaan Anggaran sesuai Kebutuhan	5.745.805.000	6.320.385.500	6.952.424.050	7.647.666.450	8.412.433.100	9.253.676.410	PKB
2	Advokasi Penyediaan Anggaran ke Tingkat Kementerian	427.332.000	470.065.200	517.071.720	568.778.892	625.656.780	688.222.450	Dirut
3	Penyempurnaan & Evaluasi Kebijakan	3.253.290.000	3.578.619.000	3.936.480.900	4.330.128.990	4.763.141.880	5.239.456.070	Dirut
4	Promosi dan Pemasaran	3.747.976.000	4.122.773.600	4.535.050.960	4.988.556.050	5.487.411.660	6.036.152.820	SPU
5	Pengadaan Fasilitas sesuai Kebutuhan	16.885.564.000	18.574.120.400	20.431.532.440	22.474.685.680	24.722.154.250	27.194.369.670	PKP
6	Pengelolaan Sistem Maintenance Fasilitas dan Sistem Monitoring OFF	17.479.312.000	19.227.243.200	21.149.967.520	23.264.964.270	25.591.460.690	28.150.606.760	PKP
7	Perbaikan Mutu Layanan	15.856.565.000	17.442.221.500	19.186.443.650	21.105.088.010	23.215.596.810	25.537.156.490	PKP
8	Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Mutu	8.052.441.000	8.857.685.100	9.743.453.610	10.717.798.970	11.789.578.860	12.968.536.750	PKP
9	Pengelolaan Mekanisme Pelaksanaan RTL & Komplain secara Komprehensif	2.909.099.000	3.200.008.900	3.520.009.790	3.872.010.760	4.259.211.840	4.685.133.030	PKP
10	Pengembangan Layanan Prioritas	17.768.846.000	19.545.730.600	21.500.303.660	23.650.334.020	26.015.367.420	28.616.904.170	PKP
11	Perbaikan Mutu Pendidikan	130.357.000	143.392.700	157.731.970	173.505.167	190.855.684	209.941.252	SPU
12	Pembekalan, Pelaksanaan & Evaluasi Uji Kompetensi	10.143.626.000	11.157.988.600	12.273.787.460	13.501.166.200	14.851.282.820	16.336.411.100	SPU
13	Pengembangan Program Studi	1.621.568.000	1.783.724.800	1.962.097.280	2.158.307.000	2.374.137.700	2.611.551.480	SPU
14	Pelaksanaan Riset yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan	7.709.146.000	8.480.060.600	9.328.066.660	10.260.873.320	11.286.960.650	12.415.656.720	SPU
15	Workshop & Evaluasi Pelaksanaan Budaya keselamatan	14.247.280.000	15.672.008.000	17.239.208.800	18.963.129.680	20.859.442.640	22.945.386.910	PKP
16	Pelaksanaan dan Monitoring Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	15.155.723.000	16.671.295.300	18.338.424.830	20.172.267.310	22.189.494.040	24.408.443.440	PKP
17	Implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi			346.980.000	431.678.000	574.846.520	692.331.170	PKP
18	Workshop, Analisis & Evaluasi Pelaksanaan Budaya Peduli	11.424.675.000	12.567.142.500	13.823.856.750	15.206.242.420	16.726.866.660	18.399.553.330	SPU
19	Persiapan & Monitoring Akreditasi							PKP
20	Pengembangan Program Informasi Terintegrasi Berbasis IT sesuai Kebutuhan	12.394.600.000	13.634.060.000	14.997.466.000	16.497.212.600	18.146.933.860	19.961.627.240	PKB
21	Perbaikan Pola Rekrutmen SDM	1.648.262.000	1.813.088.200	1.994.397.020	2.193.836.720	2.413.220.390	2.654.542.430	SPU
22	Perbaikan Pola Penempatan SDM sesuai kompetensi	13.169.897.000	14.486.886.700	15.935.575.370	17.529.132.900	19.282.046.190	21.210.250.810	SPU
23	Pelaksanaan Program Pembinaan RS Jejaring & Kemitraan secara Berkelanjutan	263.398.000	289.737.800	318.711.580	350.582.730	385.641.010	424.205.112.900	SPU
TOTAL		180.034.762.000	198.038.238.200	218.189.042.020	240.057.946.220	264.163.741.570	290.640.115.720	

Lampiran 12 Analisa SWOT RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

	STRENGTH (S)	WEAKNESS(W)
	<ol style="list-style-type: none"> Memiliki SDM yang kompeten (80%) untuk pelayanan jantung, perinatology dan steam cell Sudah memiliki pusat unggulan pelayanan jantung dan pembuluh darah di Sumatera Tengah Sudah memiliki tissue bank dan laboratorium biomedik Sudah memiliki 3 pusat riset kanker, TB-HIV dan Kesehatan & Gizi Memiliki 12 program pendidikan spesialis, 4 program sub spesialis, 3 program S2 dan 2 program Sudah terjalinnya kerjasama yang baik antara RS dan FK 	<ol style="list-style-type: none"> Masih belum optimalnya tata kelola organisasi Belum memiliki Sistem Informasi RS (SIMRS) terintegrasi Terbatasnya ketersediaan dan kehandalan sarana prasarana dan peralatan Reward & Punishment berbasis kinerja belum optimal Belum terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien Belum tumbuhnya profesionalisme secara merata pada seluruh SDM. Belum optimalnya pembinaan rumah sakit jejaring untuk system rujukan berjenjang
OPPORTUNITY (O)	STRATEGI (SO)	STRATEGI (WO)
<ol style="list-style-type: none"> Tingginya potensi pasar terhadap layanan unggulan Kebijakan pemerintah tentang jaminan Kesehatan Nasional Fleksibilitas pengelolaan keuangan BLU dan terbukanya peluang KSO untuk pemutakhiran peralatan medic Terbukanya kerjasama pelayanan, pendidikan, dan penelitian (RS swasta, sister hospital, dll) RS yang berada pada daerah tujuan wisata (health tourism) Masyarakat makin sadar akan kesehatan Menjadi RS Rujukan Nasional 	<p>Membangun efektifitas pusat layanan prioritas</p> <p>Membangun efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan</p> <p>Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan</p>	<p>Memperbaiki budaya kinerja, budaya peduli yang berorientasi pelanggan</p> <p>Membangun sistem informasi terintegrasi</p> <p>Membangun efektifitas sistem tata kelola unit kerja</p> <p>Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan</p>
THREAT (T)	STRATEGI (ST)	STRATEGI (WT)
<ol style="list-style-type: none"> Citra masyarakat kurang baik terhadap RS Pendidikan Meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang berkualitas Belum optimalnya sistem rujukan Lokasi RS berada di daerah rawan bencana Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS Swasta dan RS di luar negeri RS kurang diminati dokter spesialis. Ketergantungan kepada pihak ketiga dalam penyediaan dan pemeliharaan sarana dan peralatan 	<p>Menyediakan pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian</p> <p>Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan</p> <p>Mengoptimalkani sistem rujukan berjenjang</p> <p>Memperbaiki kuantitas & kualitas SDM</p> <p>Melengkapi ketersediaan dan keandalan sarfas</p> <p>Memberikan kepuasan kepada Stakeholder</p>	<p>Membangun efektifitas sistem tata kelola unit kerja</p> <p>Mengimplementasikan sistem manajemen mutu</p> <p>Meningkatkan Pendapatan RS guna mendukung proses bisnis</p> <p>Melakukan efisiensi dan kendali biaya</p>

Lampiran 13 Scoring penentuan koordinat Diagram Kartesius

STRENGTH	Bobot	Rating	Score
RS rujukan nasional kelas A di Sumatera bagian Tengah dan pendidikan utama kesehatan	0,10	60	6
Memiliki dokter spesialis dan spesialis konsultan	0,20	75	15
Memiliki SDM yang berkualitas	0,20	75	15
Sistem tata kelola keuangan sesuai standar	0,15	60	9
RS sudah terakreditasi Internasional	0.15	60	9
Sistem manajemen yang berkualitas dan unggul	0.10	60	6
Sudah memenuhi standar mutu	0.10	60	6
TOTAL SCORE	100%		66
WEAKNESS	Bobot	Rating	Score
Belum optimalnya budaya kerja, kerjasama tim, dan etos kerja karyawan	0.10	15	1.5
Pemanfaatan dan pengembangan IT belum memadai	0.10	45	4.5
Sarana, prasarana dan fasilitas medis dan non medis melewati usia teknis	0.05	15	0.75
Antrian pasien yang lama	0.10	45	4.5
Belum optimalnya pemanfaatan sarfas	0.10	30	3
Belum optimalnya pemanfaatan tenaga TOT	0.10	30	3
Belum optimalnya pembinaan RS binaan(daerah sekitar)	0.10	15	1.5
Belum optimalnya sistem pelaksanaan <i>reward</i> dan konsekuensi	0.20	30	6
Ketidaktejelasan estimasi pelayanan dan pembiayaan	0.10	30	3
Tata kelola keuangan tidak didukung data yang valid sehingga tidak akurat	0.05	15	0.75
TOTAL SCORE	100%		28.5
OPPORTUNITY	Bobot	Rating	Score
Kebijakan Dirjen Yankes tentang Pengembangan Pelayanan Spesialistik dan Sub-Spesialistik	0.10	60	6
Terbukanya peluang persaingan Internasional	0.05	45	2.25
Perkembangan iptek kedokteran, informatika dan inovasi dibidang teknologi pelayanan RS	0.05	60	3
Terpilihnya Sumatera Barat sebagai destinasi wisata halal	0.05	30	1.5
OPPORTUNITY	Bobot	Rating	Score
Konsumen potensial(pelanggan menengah ke atas, BUMN, perusahaan)	0.20	60	12
Program JKN yang mengharuskan masyarakat sebagai peserta(<i>universal coverage</i>)	0.20	75	15
Kebijakan pemerintah mewajibkan seluruh RS terakreditasi membuka peluang bimbingan akreditasi	0.05	75	3.75
Pengembangan sistem Tata Kelola Keuangan(modern)	0.10	75	7.5
Kerjasama dengan pihak ketiga(RS binaan dan perusahaan swasta)	0.05	60	3
Era Disrupsi	0.05	60	3
Pergeseran asuhan kesehatan kepada era 4.0	0.05	60	3
Adanya permintaan yang tinggi untuk bimtek	0.05	75	3.75

TOTAL SCORE	100%		63.75
THREAT	Bobot	Rating	Score
RS pesaing menawarkan pelayanan yang lebih baik	0.15	30	4.5
Lokasi RS berada di daerah rawan bencana	0.10	15	1.5
Berlakunya MEA	0.15	15	2.25
Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS pendidikan di luar Sumatera Barat	0.20	30	6
Masih tingginya animo masarakat berobat ke luar negeri	0.20	30	6
Proses pembayaran BPJS terlambat, sehingga target pendapatan	0.20	15	3
THREAT	Bobot	Rating	Score
tidak tercapai akibatnya POBO turun			
TOTAL SCORE	100%		23.25

Lampiran 14 Penilaian Kinerja Aspek Keuangan BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	TA.2020		TA.2021	
			Hasil Perhitungan	Skor	Hasil Perhitungan	Skor
1.	Rasio Keuangan	19		16		16.25
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2.25	177.32%	1.25	841,01%	0,5
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2.75	329.22%	1.25	1242,11%	2,75
	c. Tahun Penagihan Piutang (Collection Period)	2.25	19 hari	2.25	14 hari	2,25
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed asset Turnover)	2.25	30.57%	2.25	47,27%	2,25
	e. Imbalan atas aset tetap (Return on Fixed Asset)	2.25	18.42%	2.25	7,26%	2,25
	f. Imbalan Ekuitas (Return On Equity)	2.25	38.03%	2.25	12,19%	2,25
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2.25	36 hari	1.75	18 hari	1,25
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap biaya Operasional	2.75	80.46%	2.75	99,65%	2,75
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11		11		11
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	2	2	2	2
	1) Jadwal Penyusunan					
	2) Kelengkapan					
	- Ditanda Tangan oleh Pimpinan BLU		ya		ya	
	- Diketahui oleh Dewas		Ya		Ya	
	- Disetujui & Ditanda tangani oleh menteri		Ya		Ya	
	- Kesesuaian Format dengan PMK No 92/PMK.05/2011		Ya		Ya	
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	Tepat Waktu	2	Tepat Waktu	2
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Tepat Waktu	2	Tepat Waktu	2
	d. Tarif Layanan	1	Tarif telah ditetapkan oleh Menteri Keuangan	1	Tarif telah ditetapkan oleh Menteri Keuangan	1
	e. Sistem Akuntansi	1	1	1	1	1
	f. Persetujuan Rekening	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5
	g. SOP Pengelolaan Kas	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	TA.2020		TA.2021	
			Hasil Perhitungan	Skor	Hasil Perhitungan	Skor
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5
	j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.5	Ya	0.5	Ya	0.5
JUMLAH SKOR ASPEK KEUANGAN (1 + 2)		30		27		27

Lampiran 15 Penilaian Kinerja Aspek Layanan BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	TA 2020 (Audited)		TA 2021 (Audited)	
			Hasil Perhitungan	Skor	Hasil Perhitungan	Skor
1.	Layanan	35		19.75		31.00
	a. Pertumbuhan Produktivitas	18		5.75		16.5
	1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	0.76	0	1,11	2
	2) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	0.64	0	1,14	2
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	0.76	0	1,17	2
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	0.95	1.25	1,30	2
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	1.15	2	1,48	2
	6) Pertumbuhan Operasi	2	1.28	2	1,24	2
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2	1.48	2	1,60	2
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	1.10	2	0,85	0,
	9) Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	2	1.10	2	1,39	2
	b. Efektivitas Pelayanan	14		11		11.5
	1) Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan	2	87.07%	2	86,41%	2
	2) Pengembalian Rekam Medik	2	98.98%	2	97,00%	2
	3) Angka Pembatalan Operasi	2	9.56	0.5	532,00%	0,5
	4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	0.63%	2	0,43%	2
	5) Penulisan Resep sesuai Formularium	2	99.04%	2	99,24%	2

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	TA 2020 (Audited)		TA 2021 (Audited)	
			Hasil Perhitungan	Skor	Hasil Perhitungan	Skor
	6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0.00%	2	0,00%	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	46.12%	0.5	53,83%	1
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3		3		3
	1) Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1	2.09	1	1,18	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	1	100%	1	100%	1
	3) Program Reward dan Punishment	1	Ada program dilaksanakan	1	Ada program dilaksanakan	1
2	Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat	35		33.34		31.36
	a. Mutu Pelayanan	14		12.5		12.5
	1) Emergency Response Time Rate	2	ERT ≤ 8	2	< 8 menit	2
	2) Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	46.17	1.5	48,72	1,5
	3) Length of Stay	2	6.32	2	7,04	2
	4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	24.97	1	22,42	1
	5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	29.36 jam	1.5	46,19	2
	6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	0.98	2	1,44	2
	7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	2.09	2	1,09	2
	b. Mutu Klinik	12		11		10
	1) Angka Kematian di Gawat Darurat	2	1.24%	2	1,51%	2
	2) Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 jam	2	7.61%	2	6,16%	2
	3) Post Operative Death Rate	2	0.07%	2	12,00%	2
	4) Angka Infeksi Nosokomial	4		4		4
	A. Dekubitus		0,18%	1	0,18%	1
	B. Phlebitis		0,00%	1	0,00%	1

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	TA 2020 (Audited)		TA 2021 (Audited)	
			Hasil Perhitungan	Skor	Hasil Perhitungan	Skor
	C. ISK		0,12%	1	0,12%	1
	D. ILO		0,07%	1	0,07%	1
	5) Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	AKI < 1	2	3,65%	2
	c. Kepedulian Kepada Masyarakat	4		4		4
	1) Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1	Ada program dilaksanakan	1	Ada program dilaksanakan	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program dilaksanakan	1	Ada program dilaksanakan	1
	3) Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	52.39%	2	54,42%	2
	d. Kepuasan Pelanggan	2		1.8351		1.8351
	1) Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	100.00%	1	100%	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	83.51%	0.8351	85,63%	0,8563
	e. Kepedulian Terhadap Lingkungan	3		3		3
	1) Kebersihan Lingkungan (Hasil Penilaian Rumah Sakit Berseri)	2	Nilai total \geq 7500	2	Nilai Total =7830	2
	2) Proper Lingkungan (KLH)	1	Tidak ikut	1	Kuning	1
JUMLAH SKOR ASPEK PELAYANAN (1+2)		70		53.09		62.36

Lampiran 16 Hasil Penilaian Kinerja BLU Tahun 2020-2021 Berdasarkan Perdirjen
Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018

No.	Subaspek/Indikator	Skor	
		Tahun 2020	Tahun 2021
1.	Aspek Keuangan <ul style="list-style-type: none"> • Subaspek Rasio Keuangan • Subaspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU 	27,00 16,00 11,00	27,25 16,25 11,00
2.	Aspek Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> • Subaspek Layanan • Subaspek Mutu dan Manfaat kepada masyarakat 	53,09 19,75 33,34	62,36 31,00 31,36
	Total Skor	80,09	89,61
	Kriteria	Baik (AA)	Baik (AA)

Lampiran 17 Identifikasi dan Penilaian Tingkat Risiko Indikator Kinerja Utama Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024

Sasaran Strategis	IKU	PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC		
PERSPEKTIF FINANSIAL											
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	DPK	Risiko Ketidakpastian dalam perubahan kebijakan pemerintah	Tinggi	Tinggi	Pengaruh pada tarif pelayanan kesehatan dan sistem pembayaran		Memonitor perkembangan kebijakan pemerintah, berkomunikasi dengan pemangku kebijakan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Fluktuasi volume pasien	Sedang	Sedang	Variabilitas pendapatan dari pasien		Meningkatkan pemasaran, menjaga kualitas layanan untuk mempertahankan dan menarik pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterlambatan implementasi sistem informasi	Sedang	Tinggi	Dampak pada efisiensi operasional dan penagihan		Melakukan uji coba dan pelatihan sebelum implementasi, menyusun rencana kontingensi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Persaingan dari rumah sakit lain	Tinggi	Sedang	Pengaruh pada pangsa pasar dan harga pelayanan		Melakukan analisis pasar, menawarkan layanan yang diferensiasi, memperkuat kerjasama dengan mitra strategis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Perubahan dalam struktur organisasi	Sedang	Sedang	Gangguan pada kestabilan organisasi		Menyusun rencana komunikasi, memfasilitasi pelatihan dan adaptasi staf terhadap perubahan.	Direksi dan Manajemen
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	Cost recovery rate	DPK	Risiko Kenaikan biaya operasional	Tinggi	Tinggi	Pengaruh negatif pada cost recovery rate		Melakukan analisis dan pengelolaan biaya secara efisien, memonitor trend biaya secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Penurunan volume pasien	Sedang	Sedang	Dampak pada pendapatan dan cost recovery rate		Meningkatkan upaya pemasaran, meningkatkan kualitas layanan untuk mempertahankan pasien.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Perubahan kebijakan asuransi kesehatan	Tinggi	Sedang	Pengaruh pada pembayaran dan reimbursement rate		Memantau kebijakan asuransi kesehatan, melakukan negosiasi dengan penyedia asuransi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakpastian regulasi pemerintah	Tinggi	Tinggi	Dampak pada prosedur dan persyaratan pengelolaan keuangan		Memonitor perubahan regulasi, berkomunikasi dengan pihak berwenang, memastikan kepatuhan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Fluktuasi kurs mata uang	Sedang	Sedang	Pengaruh pada biaya pengadaan dan utang luar negeri		Menggunakan instrumen keuangan untuk lindungi risiko kurs mata uang, melakukan perencanaan keuangan yang hati-hati.	Direksi dan Manajemen
PERSPEKTIF STAKEHOLDER											
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan peserta didik	SPP	Risiko Kualitas pendidikan yang rendah	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepuasan dan evaluasi peserta didik		Meningkatkan kualitas kurikulum, menyusun program pelatihan untuk staf pengajar.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya fasilitas pendidikan	Sedang	Sedang	Mempengaruhi kenyamanan dan kemudahan belajar		Meningkatkan fasilitas pendidikan, melakukan perawatan dan perbaikan secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakcocokan program pendidikan dengan harapan peserta didik	Tinggi	Sedang	Dampak pada kepuasan dan hasil belajar		Melibatkan peserta didik dalam perencanaan program, melakukan evaluasi program secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterbatasan dana pendidikan	Tinggi	Tinggi	Pengaruh pada ketersediaan sumber daya untuk pendidikan		Mencari sumber pendanaan alternatif, mengoptimalkan penggunaan dana pendidikan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
		4	Tingkat kepuasan staf	SPP	Risiko Ketidakpuasan peserta didik terhadap sistem evaluasi	Sedang	Sedang	Pengaruh pada motivasi dan kepuasan peserta didik	Yellow	Meningkatkan transparansi dalam sistem evaluasi, memberikan umpan balik konstruktif kepada peserta didik.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya peluang pengembangan karir	Tinggi	Tinggi	Pengaruh pada motivasi dan kepuasan staf	Red	Menyusun program pengembangan karir, memberikan peluang belajar dan pengembangan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya komunikasi dan transparansi	Sedang	Sedang	Dampak pada kepercayaan dan keterlibatan staf	Yellow	Meningkatkan komunikasi internal, menyelenggarakan pertemuan rutin dan saluran umpan balik.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Konflik interpersonal di lingkungan kerja	Tinggi	Sedang	Mempengaruhi hubungan dan kolaborasi antar staf	Red	Melibatkan staf dalam pelatihan manajemen konflik, menyusun kebijakan resolusi konflik.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterbatasan fasilitas dan kesejahteraan staf	Sedang	Tinggi	Dampak pada kesejahteraan dan produktivitas staf	Yellow	Meningkatkan fasilitas kesejahteraan, memberikan program kesejahteraan yang komprehensif.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya pengakuan dan reward	Tinggi	Tinggi	Pengaruh pada motivasi dan kepuasan staf	Red	Menetapkan program pengakuan dan reward, memberikan umpan balik positif secara rutin.	Direksi dan Manajemen
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL											
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5	Indeks budaya keselamatan	LO	Risiko Kurangnya integrasi antara layanan, pendidikan, dan penelitian	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterpaduan dan sinergi antar bidang	Red	Membentuk tim lintas-fungsional, mengadakan pertemuan rutin untuk berbagi informasi dan proyek bersama.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Kurangnya fokus pada keamanan pasien	Sedang	Sedang	Mempengaruhi kualitas layanan dan keselamatan pasien	Yellow	Menerapkan program pelatihan keselamatan pasien, melakukan audit keamanan secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakcocokan antara tujuan pendidikan dan kebutuhan pasien	Tinggi	Sedang	Dampak pada relevansi dan efektivitas program	Red	Melibatkan pemangku kepentingan dalam merancang kurikulum, melakukan evaluasi program secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya sumber daya untuk penelitian	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi kemampuan untuk melakukan penelitian	Red	Mencari sumber daya penelitian eksternal, bermitra dengan lembaga penelitian lainnya.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya budaya keselamatan yang kuat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keselamatan pasien dan kinerja staf	Red	Menerapkan program pelatihan budaya keselamatan, memotivasi dan memberikan penghargaan atas praktik keselamatan.	Direksi dan Manajemen
5	Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas	6	Jumlah riset translasional	SPP	Risiko Keterbatasan sumber daya untuk riset translasional	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi kemampuan untuk melakukan riset	Red	Mencari dana riset eksternal, melakukan penilaian kebutuhan sumber daya.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya kolaborasi dengan lembaga riset atau industri	Sedang	Sedang	Membatasi akses ke sumber daya dan pengalaman	Yellow	Membangun jaringan kolaborasi, mengidentifikasi peluang kemitraan eksternal.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian fokus penelitian dengan kebutuhan klinis	Tinggi	Sedang	Dampak pada relevansi dan penerapan hasil riset	Red	Melibatkan pihak berkepentingan dalam perencanaan riset, memastikan kesesuaian dengan kebutuhan klinis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya partisipasi staf klinis dalam riset	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi aplikasi hasil riset dalam praktik klinis	Red	Mendorong partisipasi staf klinis dalam riset, menyusun program pengakuan dan reward.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya budaya riset translasional yang kuat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kerjasama dan produktivitas riset		Menerapkan program pelatihan budaya riset translasional, memotivasi staf untuk terlibat dalam riset.	Direksi dan Manajemen
6	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	MK-LO	Risiko Kurangnya komitmen dan dukungan dari rumah sakit jejaring	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi efektivitas program pembinaan		Membangun komunikasi yang efektif, memotivasi dan melibatkan pihak berkepentingan, menyusun program insentif.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian kebutuhan pembinaan dengan kondisi rumah sakit jejaring	Tinggi	Sedang	Dampak pada relevansi dan efektivitas program		Melakukan evaluasi kebutuhan dan kapasitas rumah sakit jejaring, menyusun program pembinaan yang disesuaikan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterbatasan sumber daya untuk pembinaan rumah sakit jejaring	Sedang	Tinggi	Mempengaruhi kualitas program pembinaan		Mencari sumber daya tambahan, memprioritaskan program pembinaan yang kritis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya kesiapan SDM dalam mengelola perubahan	Tinggi	Sedang	Dampak pada implementasi perubahan manajerial		Melakukan pelatihan manajemen perubahan, melibatkan staf dalam perencanaan dan implementasi perubahan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidacocokan prioritas pembinaan dengan kebutuhan pendidikan	Sedang	Sedang	Dampak pada relevansi dan manfaat pendidikan		Melakukan kajian kebutuhan pendidikan, berkoordinasi dengan pihak terkait untuk menyesuaikan prioritas pembinaan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
		8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	MK-LO	Risiko Kurangnya komunikasi dan koordinasi dengan sister hospital	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi sinergi dan efektivitas kemitraan		Membentuk tim koordinasi, mengadakan pertemuan berkala, menggunakan teknologi untuk komunikasi efektif.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian tujuan dan kebijakan antara RSUP Dr. M. Djamil dan sister hospital	Tinggi	Sedang	Dampak pada keselarasan program dan kebijakan		Menyusun kesepakatan kerjasama yang jelas dan terdokumentasi, memastikan kepatuhan terhadap regulasi dan kebijakan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterbatasan sumber daya untuk kegiatan kemitraan	Sedang	Tinggi	Mempengaruhi kualitas dan jangkauan kemitraan		Mencari sumber daya tambahan, mengevaluasi dan memprioritaskan kegiatan kemitraan yang strategis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya dukungan dan partisipasi dari pihak sister hospital	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi keberlanjutan dan keberhasilan kemitraan		Membangun hubungan yang kuat, memahami kebutuhan dan kepentingan bersama, memberikan manfaat yang nyata.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya evaluasi dan perbaikan berkelanjutan dalam kemitraan	Sedang	Sedang	Mempengaruhi pembelajaran dan pengembangan bersama		Menyusun program evaluasi reguler, melibatkan pihak terkait dalam proses evaluasi, dan menerapkan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
7	Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	MK-LO	Risiko Kurangnya integrasi dan interoperabilitas sistem informasi rujukan	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi kelancaran dan efektivitas sistem		Mengadopsi standar interoperabilitas, melakukan integrasi sistem secara menyeluruh, dan melibatkan pihak IT yang kompeten.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Ketidaksesuaian kebijakan dan prosedur antar unit pelayanan	Tinggi	Sedang	Dampak pada konsistensi dan koordinasi pelayanan	Red	Menyusun kebijakan dan prosedur terintegrasi, menyelenggarakan pelatihan untuk memastikan pemahaman dan ketaatan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Keterbatasan sumber daya manusia untuk pelaksanaan sistem rujukan	Sedang	Tinggi	Mempengaruhi kualitas pelayanan dan penanganan rujukan	Yellow	Meningkatkan kapasitas SDM, menyusun program pelatihan, dan melakukan alokasi sumber daya secara efisien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya umpan balik dan evaluasi berkelanjutan	Sedang	Sedang	Dampak pada peningkatan dan perbaikan sistem	Yellow	Menyusun mekanisme umpan balik dan evaluasi berkala, melibatkan pemangku kepentingan dalam proses evaluasi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya dukungan dan partisipasi dari unit pelayanan terkait	Tinggi	Tinggi	Mempengaruhi implementasi dan efektivitas sistem	Red	Melibatkan pemangku kepentingan dalam perencanaan dan implementasi, memastikan dukungan dan partisipasi aktif.	Direksi dan Manajemen
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH									Yellow		
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10	Indek budaya PEDULI	LO	Risiko Kurangnya komunikasi dan kesadaran akan budaya kinerja peduli	Tinggi	Tinggi	Dampak pada pengenalan dan penerimaan budaya	Red	Melakukan kampanye komunikasi internal, menyelenggarakan pelatihan budaya organisasi, dan membangun model peran dari pemimpin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya pengukuran kinerja yang terfokus pada aspek PEDULI	Sedang	Sedang	Dampak pada pemahaman dan evaluasi kinerja	Yellow	Menyusun indikator kinerja terkait budaya PEDULI, melakukan evaluasi kinerja secara berkala.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Ketidaksesuaian nilai dan budaya individu dengan budaya organisasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada penerimaan dan kepatuhan karyawan		Melakukan sesi penyusunan nilai dan budaya bersama, memberikan pemahaman tentang nilai dan budaya organisasi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya reward dan pengakuan terkait budaya PEDULI	Tinggi	Tinggi	Dampak pada motivasi dan penerimaan budaya		Menetapkan program reward dan pengakuan terkait budaya PEDULI, memberikan apresiasi secara teratur.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakpuasan karyawan terkait pelaksanaan budaya PEDULI	Sedang	Tinggi	Dampak pada retensi dan produktivitas karyawan		Melakukan survei kepuasan karyawan, melakukan dialog terbuka untuk pemecahan masalah, dan menerapkan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
9	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	MK-LO	Risiko Kurangnya anggaran untuk investasi SPA	Tinggi	Tinggi	Dampak pada pemeliharaan dan pengembangan fasilitas		Meningkatkan pengajuan anggaran, mencari sumber dana alternatif, melakukan perencanaan pemeliharaan preventif.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian desain dan konstruksi dengan standar	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keamanan, kenyamanan, dan fungsionalitas		Melibatkan ahli desain dan konstruksi, melakukan audit berkala untuk memastikan kepatuhan dengan standar.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Kurangnya pemeliharaan rutin dan pemantauan teknis	Sedang	Sedang	Mempengaruhi umur pakai dan performa fasilitas	Yellow	Menyusun jadwal pemeliharaan rutin, memonitor dan mengevaluasi kondisi fasilitas secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya perencanaan kapasitas yang memadai	Tinggi	Sedang	Dampak pada kecukupan dan efisiensi pelayanan	Red	Melakukan evaluasi kapasitas secara berkala, menyusun rencana pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakcocokan teknologi SPA dengan kebutuhan pelayanan	Sedang	Sedang	Dampak pada efisiensi operasional dan kepuasan pasien	Yellow	Melibatkan pemangku kepentingan dalam pemilihan teknologi, menyelenggarakan pelatihan teknologi untuk staf.	Direksi dan Manajemen
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spsesualistik	12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	MK	Risiko Kurangnya koordinasi antara unit pelayanan spesialisik	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterpaduan dan efektivitas pelayanan	Red	Membentuk tim koordinasi lintas-unit, mengadakan pertemuan rutin untuk berbagi informasi dan koordinasi pelayanan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian keterampilan dan kapasitas staf spesialisik	Tinggi	Sedang	Dampak pada kualitas pelayanan dan hasil pasien	Red	Menyusun program pelatihan dan pengembangan keterampilan, melakukan penilaian kebutuhan staf secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko kurangnya pengetahuan tentang protokol pengelolaan kasus kritis	Sedang	Sedang	Dampak pada respons cepat dan akurat terhadap kondisi kritis	Yellow	Melakukan pelatihan berkala, menyusun panduan dan protokol yang jelas, dan menguji pengetahuan staf secara rutin.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Tidak adanya mekanisme umpan balik pasien dan keluarga	Sedang	Sedang	Dampak pada kepuasan pasien dan peningkatan pelayanan		Menyusun mekanisme umpan balik, melibatkan pasien dan keluarga dalam evaluasi pelayanan, dan merespon umpan balik.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya alat dan teknologi di unit spesialistik	Sedang	Tinggi	Mempengaruhi kemampuan untuk diagnosis dan pengelolaan kasus		Menilai kebutuhan teknologi, mencari sumber daya untuk memperbarui atau memperoleh peralatan yang diperlukan.	Direksi dan Manajemen
11	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	MK	Risiko Kurangnya ketersediaan data pasien yang lengkap dan akurat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada akurasi dan validitas hasil audit		Meningkatkan kualitas pencatatan dan dokumentasi medis, melibatkan staf dalam pelatihan dokumentasi yang tepat.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya kejelasan prosedur dan kriteria audit medis	Sedang	Sedang	Dampak pada konsistensi dan standar audit		Menyusun panduan audit medis yang jelas, melibatkan pihak berkepentingan dalam penyusunan dan penyempurnaan pedoman.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya partisipasi staf klinis dalam proses audit medis	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterlibatan dan validitas hasil audit		Mendorong partisipasi aktif, menyusun program pengakuan dan insentif untuk staf yang terlibat dalam audit medis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya mekanisme umpan balik dan perbaikan berkelanjutan	Sedang	Sedang	Dampak pada pembelajaran dan peningkatan kualitas pelayanan		Menyusun mekanisme umpan balik rutin, melakukan evaluasi hasil audit, dan melibatkan staf dalam perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Kurangnya keamanan data dan privasi pasien dalam proses audit	Sedang	Sedang	Dampak pada kepercayaan pasien dan integritas audit		Memastikan kepatuhan dengan regulasi privasi data, mengimplementasikan langkah-langkah keamanan informasi yang kuat.	Direksi dan Manajemen
		14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	MK-LO	Risiko Tidak adanya keterlibatan aktif masyarakat dalam proses audit medis	Tinggi	Tinggi	Dampak pada validitas dan relevansi hasil audit		Melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan audit, menyusun program penyuluhan dan kesadaran masyarakat.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya aksesibilitas informasi hasil audit kepada masyarakat	Sedang	Sedang	Dampak pada transparansi dan kepercayaan masyarakat		Mengembangkan platform publik untuk mengakses hasil audit, menyusun strategi komunikasi yang efektif kepada masyarakat.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya mekanisme tanggapan masyarakat terhadap hasil audit	Sedang	Sedang	Dampak pada akuntabilitas dan perbaikan berkelanjutan		Menyusun mekanisme tanggapan masyarakat, memberikan informasi yang jelas tentang bagaimana masyarakat dapat berpartisipasi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pemahaman masyarakat tentang audit medis	Tinggi	Sedang	Dampak pada penerimaan dan pemahaman hasil audit		Melakukan kampanye penyuluhan dan pendidikan kepada masyarakat, menyusun materi komunikasi yang mudah dipahami.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian harapan masyarakat dengan hasil audit	Tinggi	Tinggi	Dampak pada tingkat kepuasan dan keyakinan masyarakat		Melibatkan masyarakat dalam menetapkan harapan dan indikator keberhasilan, menyusun program edukasi tentang audit medis.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU	PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC		
12	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	15	Laporan Bulanan Pengukuran 13 indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing - masing indikator	MK	Risiko Kurangnya kesadaran dan pemahaman staf terkait indikator mutu	Tinggi	Tinggi	Dampak pada pelaksanaan dan pengukuran yang akurat		Menyelenggarakan pelatihan rutin, menyusun materi edukasi, dan memastikan pemahaman staf terhadap indikator mutu.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem pengukuran yang terintegrasi	Sedang	Sedang	Dampak pada konsistensi dan keandalan hasil		Mengimplementasikan sistem pengukuran terintegrasi, melakukan audit dan validasi data secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait pengukuran mutu	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterpaduan dan konsistensi hasil		Membentuk tim koordinasi mutu, mengadakan pertemuan rutin untuk berbagi informasi dan koordinasi pelaksanaan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya mekanisme umpan balik dan perbaikan berkelanjutan	Sedang	Sedang	Dampak pada pembelajaran dan peningkatan mutu		Menyusun mekanisme umpan balik rutin, melakukan evaluasi hasil pengukuran, dan melibatkan staf dalam perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya sumber daya untuk pelaksanaan pengukuran mutu	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kualitas dan kelengkapan data		Mencari sumber daya tambahan, memprioritaskan penggunaan sumber daya, dan melibatkan pemangku kepentingan dalam perencanaan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
		16	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	MK	Risiko Kurangnya pelaporan insiden oleh staf kesehatan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada ketidakpahaman risiko dan peningkatan	Red	Meningkatkan kesadaran staf melalui pelatihan, menyusun prosedur pelaporan yang jelas, dan memberikan umpan balik positif.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem pelaporan insiden yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada keterlambatan identifikasi dan tindakan		Mengimplementasikan sistem pelaporan yang mudah diakses dan efisien, melakukan audit berkala terhadap proses pelaporan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pengetahuan dan keterampilan staf dalam manajemen insiden	Tinggi	Tinggi	Dampak pada efektivitas penanganan dan pencegahan		Menyusun program pelatihan manajemen insiden, melakukan simulasi insiden, dan memastikan keterampilan staf yang memadai.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya mekanisme umpan balik dan pembelajaran	Sedang	Sedang	Dampak pada kesempatan pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan		Menyusun mekanisme umpan balik rutin, melakukan evaluasi insiden, dan memastikan implementasi perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya transparansi dalam komunikasi insiden	Sedang	Tinggi	Dampak pada kepercayaan pasien dan keluarga		Menerapkan komunikasi terbuka dan transparan, melibatkan pasien dan keluarga dalam proses informasi terkait insiden.	Direksi dan Manajemen
13	Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di Klinik VVIP	17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	MO-LO	Risiko Kurangnya promosi dan pemasaran layanan Klinik VVIP	Sedang	Sedang	Dampak pada kesadaran masyarakat dan kunjungan pasien	Yellow	Meningkatkan strategi promosi dan pemasaran, bekerja sama dengan pihak eksternal untuk meningkatkan visibilitas, dan melakukan evaluasi rutin terhadap efektivitas kampanye.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
				Risiko Persaingan dengan layanan serupa dari rumah sakit lain	Tinggi	Tinggi	Dampak pada jumlah kunjungan pasien dan pangsa pasar		Melakukan analisis persaingan, menyusun strategi diferensiasi layanan, dan berfokus pada pelayanan unggulan yang membedakan RSUP Dr. M. Djamil Padang dari pesaing.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak sesuainya kualitas layanan dengan harapan pasien VVIP	Sedang	Sedang	Dampak pada kepuasan pasien dan citra rumah sakit		Meningkatkan pemantauan dan evaluasi kualitas layanan, memperbarui protokol pelayanan, dan menggali umpan balik pasien secara teratur.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya koordinasi antara berbagai departemen yang terlibat dalam pelayanan Klinik VVIP	Sedang	Sedang	Dampak pada efisiensi dan kepuasan pasien		Meningkatkan komunikasi dan koordinasi antara departemen terkait, menyusun panduan operasional terintegrasi, dan melibatkan tim lintas departemen dalam perencanaan dan evaluasi.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak sesuai dengan perkembangan teknologi medis	Sedang	Tinggi	Dampak pada daya tarik dan keunggulan teknologi Klinik VVIP		Melakukan penilaian terkait teknologi medis terkini, berinvestasi dalam teknologi yang dapat meningkatkan layanan Klinik VVIP, dan memastikan staf terlatih untuk menggunakan teknologi tersebut.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU	PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC	
	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	MO-LO	Risiko Kurangnya efektivitas kampanye promosi	Sedang	Sedang	Dampak pada kesadaran masyarakat dan minat untuk berkunjung	Yellow	Meningkatkan strategi promosi dan pemasaran, melakukan analisis tren pasar, dan melibatkan tim kreatif dalam perencanaan kampanye.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Penurunan daya beli masyarakat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kemampuan masyarakat untuk menggunakan layanan berbayar	Red	Menyusun skenario mitigasi untuk penurunan daya beli, menawarkan paket harga khusus, dan melakukan evaluasi kebijakan diskon atau program pembayaran yang fleksibel.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Persaingan dengan layanan serupa dari rumah sakit lain	Tinggi	Tinggi	Dampak pada pangsa pasar dan daya tarik Klinik VVIP	Red	Melakukan analisis persaingan, mengevaluasi keunggulan bersaing, dan menyusun strategi pemasaran yang membedakan RSUP Dr. M. Djamil Padang.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak sesuai kualitas layanan dengan harapan pasien VVIP	Sedang	Sedang	Dampak pada kepuasan pasien dan kemungkinan ulasan negatif	Yellow	Meningkatkan pemantauan dan evaluasi kualitas layanan, memperbarui protokol pelayanan, dan menggali umpan balik pasien secara teratur.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Ketidakpastian terkait tren kesehatan masyarakat	Sedang	Sedang	Dampak pada jenis layanan yang diminati masyarakat	Yellow	Melakukan analisis tren kesehatan masyarakat, bekerja sama dengan lembaga kesehatan terkait, dan memastikan penyesuaian layanan sesuai dengan kebutuhan aktual masyarakat.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
14	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	MK-LO	Risiko Kurangnya ketersediaan sumber daya manusia berkualitas	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kualitas pelayanan dan reputasi CoE	Red	Meningkatkan rekrutmen dan retensi staf berkualitas, menyusun program pengembangan profesional, dan memberikan insentif yang sesuai.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakesuaian antara harapan pasien dan pelayanan yang diberikan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepuasan pasien dan citra CoE		Melakukan survei kepuasan pasien, menganalisis umpan balik, dan menyesuaikan pelayanan sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya peralatan dan teknologi mutakhir	Tinggi	Tinggi	Dampak pada efektivitas diagnosis dan perawatan		Mengidentifikasi kebutuhan peralatan, menyusun rencana pengadaan dan pemeliharaan, serta menjalin kerjasama dengan pemasok teknologi kesehatan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya kolaborasi dan jejaring internasional	Sedang	Sedang	Dampak pada kemampuan berbagi pengetahuan dan praktik terbaik		Membangun kemitraan internasional, mengirim staf untuk pelatihan dan pertukaran pengetahuan, serta berpartisipasi dalam konferensi internasional.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya program pengembangan riset dan inovasi	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kemampuan CoE untuk menghasilkan pengetahuan baru		Menyusun program riset dan inovasi, memberikan dukungan finansial dan fasilitas, serta melibatkan staf dalam kegiatan riset.	Direksi dan Manajemen
		20	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	LO	Risiko Kurangnya kapasitas parkir untuk menampung jumlah pasien dan pengunjung	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kenyamanan dan aksesibilitas pelayanan	Red	Meningkatkan kapasitas parkir, melakukan evaluasi kebutuhan parkir secara rutin, dan membangun fasilitas parkir tambahan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC			
					Risiko Tidak adanya tanda dan petunjuk yang jelas	Sedang	Sedang	Dampak pada kebingungan dan waktu mencari parkir	Yellow	Menginstal tanda dan petunjuk yang jelas, menyusun peta parkir, dan memberikan informasi yang mudah diakses kepada pasien dan pengunjung.	Direksi dan Manajemen			
					Risiko Kurangnya keamanan dan pemeliharaan fasilitas parkir	Sedang	Sedang	Dampak pada keamanan kendaraan dan lingkungan sekitar	Yellow	Meningkatkan keamanan dengan peningkatan penerangan, instalasi kamera keamanan, dan pemeliharaan rutin fasilitas parkir.	Direksi dan Manajemen			
					Risiko Tidak adanya pengelolaan lalu lintas yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada kemacetan dan ketidaknyamanan lalu lintas	Red	Menyusun rencana pengelolaan lalu lintas, berkoordinasi dengan pihak berwenang setempat, dan memberikan informasi tentang alternatif transportasi.	Direksi dan Manajemen			
					Risiko Kurangnya aksesibilitas untuk pasien dengan kebutuhan khusus	Sedang	Sedang	Dampak pada pelayanan yang tidak inklusif	Yellow	Menyediakan fasilitas parkir khusus, seperti tempat parkir difabel, dan memastikan bahwa aksesibilitas sesuai dengan standar inklusifitas.	Direksi dan Manajemen			
					21	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	MK-LO	Risiko Ketidaksesuaian antara harapan pasien dan pelayanan yang diberikan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada tingkat kepuasan dan loyalitas pasien	Red	Melakukan survei kepuasan pasien, menganalisis umpan balik, dan menyesuaikan pelayanan sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien.	Direksi dan Manajemen
								Risiko Kurangnya komunikasi efektif antara staf medis dan pasien	Sedang	Sedang	Dampak pada pemahaman dan kepercayaan pasien	Yellow	Meningkatkan pelatihan komunikasi staf medis, menyusun prosedur komunikasi yang jelas,	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
										dan memberikan umpan balik positif secara rutin.	
					Risiko Tidak adanya sistem umpan balik dan perbaikan berkelanjutan	Tinggi	Sedang	Dampak pada kemampuan pembelajaran dan peningkatan		Menyusun sistem umpan balik yang efektif, melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan berdasarkan umpan balik pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pelibatan pasien dalam pengambilan keputusan	Sedang	Tinggi	Dampak pada rasa memiliki dan kepuasan pasien		Meningkatkan edukasi pasien tentang hak dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan, menyusun program partisipasi pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya pemantauan terhadap waktu tunggu layanan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepuasan terkait efisiensi pelayanan		Menyusun sistem pemantauan waktu tunggu, meningkatkan koordinasi antarunit, dan memberikan informasi yang transparan kepada pasien.	Direksi dan Manajemen
		22	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	MK-LO	Risiko Peningkatan volume pasien tanpa peningkatan sumber daya	Tinggi	Tinggi	Dampak pada waktu tunggu dan kualitas pelayanan		Meningkatkan perencanaan kapasitas dan alokasi sumber daya, melakukan analisis beban kerja, dan memantau tren volume pasien secara rutin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kelalaian atau kurangnya ketersediaan alat dan peralatan medis	Sedang	Sedang	Dampak pada kelancaran proses pelayanan dan diagnosis		Meningkatkan pemeliharaan alat medis, melibatkan staf teknis dalam perawatan preventif, dan memiliki perjanjian dukungan teknis yang dapat diandalkan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
				Risiko Kurangnya sistem informasi yang terintegrasi	Tinggi	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan efisiensi pelayanan		Mengimplementasikan sistem informasi yang terintegrasi, memberikan pelatihan kepada staf terkait, dan memastikan dukungan teknis yang memadai.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Peningkatan kompleksitas diagnosis dan perawatan	Sedang	Sedang	Dampak pada waktu pelayanan dan tingkat kepuasan pasien		Meningkatkan pelatihan staf, menyusun panduan klinis yang jelas, dan melibatkan tim lintas disiplin dalam perencanaan diagnosis dan perawatan.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Ketidakpastian terkait perkembangan teknologi medis	Sedang	Tinggi	Dampak pada keunggulan teknologi dan daya tarik pelayanan		Melakukan penilaian terkait teknologi medis terkini, berinvestasi dalam teknologi yang dapat meningkatkan pelayanan, dan memastikan staf terlatih untuk menggunakan teknologi tersebut.	Direksi dan Manajemen
	23	Penundaan waktu Operasi Elektif	MK-LO	Risiko Kurangnya ketersediaan ruang operasi	Tinggi	Tinggi	Dampak pada jumlah operasi yang dapat dilakukan		Meningkatkan kapasitas ruang operasi, menyusun jadwal operasi yang optimal, dan melakukan evaluasi kebutuhan secara rutin.	Direksi dan Manajemen
	Risiko Tidak adanya perencanaan dan pemantauan yang efektif			Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi operasi		Menyusun perencanaan operasi yang jelas, mengimplementasikan sistem pemantauan yang efektif, dan melibatkan tim operasi dalam perencanaan.	Direksi dan Manajemen	

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Kurangnya ketersediaan tenaga medis yang sesuai	Sedang	Tinggi	Dampak pada kualitas dan keselamatan operasi	Yellow	Meningkatkan ketersediaan tenaga medis yang sesuai, menyusun jadwal dengan memperhitungkan kebutuhan spesifik, dan melakukan pemantauan beban kerja secara rutin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya pemantauan dan evaluasi kinerja operasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada kemampuan penyesuaian dan perbaikan	Red	Menyusun sistem pemantauan kinerja operasi, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya komunikasi antarunit terkait perencanaan operasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada koordinasi dan kelancaran proses	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun pertemuan perencanaan operasi rutin, dan membentuk tim koordinasi operasi.	Direksi dan Manajemen
		24	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	MK-LO	Risiko Kurangnya kapasitas dan ketersediaan tenaga medis di poliklinik	Tinggi	Tinggi	Dampak pada waktu tunggu dan kepuasan pasien	Red	Meningkatkan kapasitas dan ketersediaan tenaga medis, menyusun jadwal yang optimal, dan melakukan pemantauan beban kerja secara rutin.	Direksi dan Manajemen
		Risiko Tidak adanya sistem manajemen antrian yang efektif	Tinggi		Sedang	Dampak pada waktu tunggu dan kepuasan pasien	Red	Mengimplementasikan sistem manajemen antrian yang efektif, menggunakan teknologi informasi, dan memberikan informasi yang transparan kepada pasien.	Direksi dan Manajemen		
		Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait pelayanan di poliklinik	Tinggi		Tinggi	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan koordinasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan melakukan pelatihan staf terkait.	Direksi dan Manajemen		

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
		25	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	MK-LO	Risiko Tidak adanya pemantauan dan evaluasi kinerja poliklinik	Tinggi	Sedang	Dampak pada kemampuan penyesuaian dan perbaikan	Red	Menyusun sistem pemantauan kinerja poliklinik, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya komunikasi antarunit terkait perencanaan pelayanan	Tinggi	Sedang	Dampak pada koordinasi dan kelancaran proses		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun pertemuan perencanaan pelayanan rutin, dan membentuk tim koordinasi pelayanan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait visite dokter	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan koordinasi antarunit, menyusun jadwal visite yang optimal, dan melakukan pemantauan terhadap proses visite dokter.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem manajemen jadwal yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada waktu tunggu dan kepuasan pasien		Mengimplementasikan sistem manajemen jadwal yang efektif, menggunakan teknologi informasi, dan memberikan informasi yang transparan kepada pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pemantauan dan evaluasi kinerja dokter	Tinggi	Sedang	Dampak pada kemampuan penyesuaian dan perbaikan		Menyusun sistem pemantauan kinerja dokter, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya komunikasi efektif tentang jadwal visite dokter	Sedang	Sedang	Dampak pada kebingungan dan ketidakpuasan pasien		Meningkatkan komunikasi antara dokter, pasien, dan unit terkait, menyusun pemberitahuan jadwal yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
				Risiko Kurangnya kapasitas dokter untuk visite pasien rawat inap	Sedang	Tinggi	Dampak pada kepuasan pasien dan efektivitas pelayanan		Meningkatkan kapasitas dokter, menyusun jadwal yang mempertimbangkan beban kerja, dan melakukan pemantauan beban kerja secara rutin.	Direksi dan Manajemen
	26	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	MK	Risiko Kurangnya spesialis dan tenaga medis terlatih di bidang layanan prioritas	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kualitas dan keselamatan pelayanan		Meningkatkan rekrutmen spesialis, menyusun program pelatihan dan pengembangan, serta melakukan evaluasi kompetensi secara berkala.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya sistem manajemen kualitas yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada keselamatan pasien dan kepuasan pasien		Mengimplementasikan sistem manajemen kualitas, menyusun audit klinis secara rutin, dan memberikan pelatihan kualitas kepada staf medis.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya peralatan dan fasilitas yang memadai	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas diagnosis dan pengobatan		Meningkatkan investasi pada peralatan dan fasilitas, melakukan pemeliharaan rutin, dan menyusun jadwal pengadaan secara berkala.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya koordinasi antarunit terkait pasien layanan prioritas	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan koordinasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Kurangnya edukasi kepada pasien dan keluarga terkait kondisi dan pengelolaan penyakit	Sedang	Sedang	Dampak pada pemahaman dan pengelolaan penyakit		Meningkatkan program edukasi pasien dan keluarga, menyediakan materi edukatif, dan melakukan evaluasi pemahaman pasien secara rutin.	Direksi dan Manajemen
15	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	27	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	MK	Risiko Kurangnya dukungan dan komitmen dari RS Umum Daerah	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan keberlanjutan binaan		Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan RS Umum Daerah, menyusun perjanjian kerjasama yang jelas, dan memberikan dukungan yang diperlukan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem manajemen binaan yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada efisiensi dan efektivitas binaan		Mengimplementasikan sistem manajemen binaan, menyusun audit internal secara rutin, dan memberikan pelatihan manajemen binaan kepada staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya integrasi sistem informasi kesehatan	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan akses informasi		Mengintegrasikan sistem informasi kesehatan, menyusun standar pelaporan, dan melakukan pelatihan staf terkait.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kinerja RS Umum Daerah	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan binaan		Menyusun sistem evaluasi kinerja, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pengembangan kapasitas sumber daya manusia RS Umum Daerah	Sedang	Tinggi	Dampak pada kualitas pelayanan dan manajemen RS Umum Daerah		Meningkatkan program pelatihan dan pengembangan, menyusun rencana karir, dan melakukan	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
										pemantauan perkembangan staf.	
16	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	28	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	MK	Risiko Kurangnya sumber daya manusia yang terlatih	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kualitas dan keselamatan pelayanan		Meningkatkan rekrutmen dan pelatihan sumber daya manusia, menyusun program pengembangan kompetensi, dan melakukan evaluasi kinerja secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem manajemen kualitas yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada keselamatan pasien dan kepuasan pasien		Mengimplementasikan sistem manajemen kualitas, menyusun audit internal secara rutin, dan memberikan pelatihan kualitas kepada staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya integrasi sistem informasi kesehatan	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan akses informasi		Mengintegrasikan sistem informasi kesehatan, menyusun standar pelaporan, dan melakukan pelatihan staf terkait.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kinerja RS Vertikal	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelayanan		Menyusun sistem evaluasi kinerja, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya komunikasi antarunit terkait pelaksanaan stratifikasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU	PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
17 Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	29 RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	MK	Risiko Kurangnya sumber daya manusia yang terlatih	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kualitas dan keselamatan pelayanan	Red	Meningkatkan rekrutmen dan pelatihan sumber daya manusia, menyusun program pengembangan kompetensi, dan melakukan evaluasi kinerja secara berkala.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Tidak adanya sistem manajemen kualitas yang efektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada keselamatan pasien dan kepuasan pasien		Red	Mengimplementasikan sistem manajemen kualitas, menyusun audit internal secara rutin, dan memberikan pelatihan kualitas kepada staf.
			Risiko Kurangnya integrasi sistem informasi kesehatan	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan akses informasi	Yellow	Mengintegrasikan sistem informasi kesehatan, menyusun standar pelaporan, dan melakukan pelatihan staf terkait.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kinerja RS Umum Vertikal	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelayanan	Red	Menyusun sistem evaluasi kinerja, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait pelaksanaan layanan penyakit prioritas	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit	Direksi dan Manajemen
18 Indikator Nasional Mutu	30 Kepatuhan kebersihan tangan	MK	Risiko Kurangnya kesadaran dan edukasi terkait kebersihan tangan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada peningkatan risiko infeksi nosokomial	Red	Melakukan program edukasi rutin kepada staf, memasang papan informasi, dan melakukan evaluasi pemahaman secara berkala.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
				Risiko Tidak adanya monitoring dan pelaporan kepatuhan tangan secara berkala	Sedang	Tinggi	Dampak pada pemantauan dan perbaikan kepatuhan	Yellow	Menyusun sistem monitoring dan pelaporan, menyediakan peralatan monitoring, dan memberikan pelatihan pelaporan kepada staf.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya sarana dan prasarana pendukung kebersihan tangan	Sedang	Sedang	Dampak pada ketersediaan sarana dan prasarana	Yellow	Meningkatkan investasi pada sarana dan prasarana, melakukan pemeliharaan rutin, dan menyusun jadwal pengadaan secara berkala.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya insentif atau sanksi terkait kepatuhan tangan	Sedang	Sedang	Dampak pada motivasi dan ketaatan staf	Yellow	Menyusun program insentif dan sanksi, melakukan komunikasi secara transparan, dan memberikan penghargaan kepada yang patuh.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya pengawasan dan audit terkait kepatuhan tangan	Tinggi	Sedang	Dampak pada keefektifan monitoring dan perbaikan	Red	Menyusun program pengawasan dan audit, melibatkan tim independen, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
	31	Kepatuhan penggunaan APD	MK	Risiko Kurangnya kesadaran dan edukasi terkait penggunaan APD	Tinggi	Tinggi	Dampak pada peningkatan risiko infeksi nosokomial	Red	Melakukan program edukasi rutin kepada staf, memasang papan informasi, dan melakukan evaluasi pemahaman secara berkala.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya monitoring dan pelaporan kepatuhan penggunaan APD secara berkala	Sedang	Tinggi	Dampak pada pemantauan dan perbaikan kepatuhan	Yellow	Menyusun sistem monitoring dan pelaporan, menyediakan peralatan monitoring, dan memberikan pelatihan pelaporan kepada staf.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
				Risiko Kurangnya ketersediaan APD yang memadai	Sedang	Sedang	Dampak pada keselamatan staf dan pasien		Meningkatkan investasi pada stok APD, melakukan pemeliharaan rutin, dan menyusun jadwal pengadaan secara berkala.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya insentif atau sanksi terkait penggunaan APD	Sedang	Sedang	Dampak pada motivasi dan ketaatan staf		Menyusun program insentif dan sanksi, melakukan komunikasi secara transparan, dan memberikan penghargaan kepada yang patuh.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya pengawasan dan audit terkait penggunaan APD	Tinggi	Sedang	Dampak pada keefektifan monitoring dan perbaikan		Menyusun program pengawasan dan audit, melibatkan tim independen, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
	32	Kepatuhan identifikasi pasien	MK	Risiko Kurangnya kesadaran dan edukasi terkait identifikasi pasien	Tinggi	Tinggi	Dampak pada peningkatan risiko kesalahan identifikasi		Melakukan program edukasi rutin kepada staf, memasang papan informasi, dan melakukan evaluasi pemahaman secara berkala.	Direksi dan Manajemen
	Risiko Tidak adanya monitoring dan pelaporan kepatuhan identifikasi pasien secara berkala			Sedang	Tinggi	Dampak pada pemantauan dan perbaikan kepatuhan		Menyusun sistem monitoring dan pelaporan, menyediakan peralatan monitoring, dan memberikan pelatihan pelaporan kepada staf.	Direksi dan Manajemen	
	Risiko Kurangnya integrasi sistem identifikasi pasien			Sedang	Sedang	Dampak pada koordinasi dan akurasi informasi		Mengintegrasikan sistem identifikasi pasien, menyusun standar pelaporan, dan melakukan pelatihan staf terkait.	Direksi dan Manajemen	

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap prosedur identifikasi pasien	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan prosedur		Menyusun sistem evaluasi prosedur, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait identifikasi pasien	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
		33	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	MK	Risiko Kurangnya ketersediaan tenaga medis khusus untuk operasi sectio cesarea darurat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterlambatan pelayanan dan risiko kesehatan ibu dan bayi		Meningkatkan rekrutmen tenaga medis, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem penjadwalan operasi yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan penggunaan sumber daya		Meningkatkan efisiensi sistem penjadwalan, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur penjadwalan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait penanganan kasus darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi penanganan darurat		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan kesiapan		Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Kurangnya pelatihan dan simulasi operasional sectio cesarea darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada keterampilan dan koordinasi tim		Melakukan pelatihan dan simulasi rutin, menyusun program pelatihan berkelanjutan, dan melibatkan tim medis dalam evaluasi kinerja.	Direksi dan Manajemen
		34	Waktu tunggu rawat jalan	MK	Risiko Kurangnya efisiensi proses pendaftaran pasien	Tinggi	Sedang	Dampak pada peningkatan waktu tunggu pasien		Meningkatkan efisiensi proses pendaftaran, memanfaatkan teknologi informasi, dan memberikan pelatihan kepada staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem manajemen antrean yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan penggunaan sumber daya		Meningkatkan efisiensi sistem manajemen antrean, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur manajemen antrean.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait pelayanan rawat jalan	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap waktu tunggu rawat jalan	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelayanan		Menyusun sistem evaluasi waktu tunggu, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit rawat jalan	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit rawat jalan, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
	35	Penundaan operasi elektif	MK	Risiko Kurangnya ketersediaan ruang operasi	Tinggi	Tinggi	Dampak pada peningkatan waktu tunggu pasien		Meningkatkan kapasitas ruang operasi, melakukan perencanaan jadwal operasi yang optimal, dan mengimplementasikan program pemeliharaan rutin.	Direksi dan Manajemen	
				Risiko Tidak adanya sistem manajemen operasi yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan penggunaan sumber daya		Meningkatkan efisiensi sistem manajemen operasi, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur manajemen operasi.	Direksi dan Manajemen	
				Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait penjadwalan operasi elektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen	
				Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons operasi elektif	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan kesiapan		Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen	
				Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit operasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi operasi		Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit operasi, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen	
	36	Kepatuhan waktu visit dokter	MK	Risiko Overbooking jadwal dokter	Tinggi	Tinggi	Dampak pada keterlambatan waktu visit dokter		Meningkatkan koordinasi antarunit terkait penjadwalan, memanfaatkan teknologi	Direksi dan Manajemen	

Sasaran Strategis	IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
									informasi, dan menyusun sistem monitoring penjadwalan.	
				Risiko Tidak adanya sistem manajemen jadwal yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan penggunaan sumber daya		Meningkatkan efisiensi sistem manajemen jadwal, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur manajemen jadwal.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait visit dokter	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons visit dokter	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelayanan		Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
				Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit visit dokter	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit visit dokter, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
	37	Pelaporan hasil kritis laboratorium	MK	Risiko Kesalahan interpretasi hasil laboratorium	Tinggi	Tinggi	Dampak pada diagnosis dan penanganan pasien		Meningkatkan pelatihan dan sertifikasi staf laboratorium, implementasi sistem validasi otomatis, dan peninjauan rutin oleh ahli laboratorium.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pelaporan hasil yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan komunikasi antarunit	Yellow	Meningkatkan efisiensi sistem pelaporan hasil, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pelaporan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait pelaporan hasil laboratorium	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons pelaporan hasil laboratorium	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelayanan	Red	Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit laboratorium	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit laboratorium, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
		38	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	MK	Risiko Kurangnya pemahaman staf terkait formularium nasional	Tinggi	Tinggi	Dampak pada penggunaan obat yang tidak sesuai panduan formularium	Red	Meningkatkan pelatihan dan sosialisasi terkait formularium nasional, memastikan ketersediaan panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi rutin pemahaman staf.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan penggunaan obat	Sedang	Tinggi	Dampak pada koordinasi dan efisiensi penggunaan obat	Yellow	Meningkatkan efisiensi sistem pemantauan penggunaan obat, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait formularium nasional	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons terkait formularium nasional	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan penggunaan obat	Red	Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit farmasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit farmasi, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
		39	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	MK	Risiko Ketidakhahaman staf terhadap alur klinis	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kesalahan dalam implementasi clinical pathway	Red	Meningkatkan pelatihan dan sosialisasi terkait alur klinis, memastikan ketersediaan panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi rutin pemahaman staf.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan implementasi alur klinis	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas dan efisiensi pelayanan	Yellow	Meningkatkan efisiensi sistem pemantauan implementasi alur klinis, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait clinical pathway	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons terkait alur klinis	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan implementasi	Red	Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit terkait alur klinis	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit terkait alur klinis, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
					40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	MK	Risiko Kurangnya pemahaman staf terhadap risiko pasien jatuh	Tinggi	Tinggi	Dampak pada efektivitas upaya pencegahan

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan pelaksanaan upaya pencegahan	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas pemantauan dan perbaikan	Yellow	Meningkatkan efisiensi sistem pemantauan pelaksanaan upaya pencegahan, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait upaya pencegahan	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons terkait risiko pasien jatuh	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan pelaksanaan upaya pencegahan	Red	Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit terkait risiko pasien jatuh	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan	Red	Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit terkait risiko pasien jatuh, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
		41	Kecepatan waktu tanggap komplain	LO	Risiko Kurangnya pemahaman staf terhadap prosedur penanganan komplain	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan efisiensi penanganan	Red	Meningkatkan pelatihan dan sosialisasi terkait prosedur penanganan komplain, memastikan ketersediaan panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi rutin pemahaman staf.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan waktu tanggap	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas pemantauan dan perbaikan		Meningkatkan efisiensi sistem pemantauan waktu tanggap, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya koordinasi antarunit terkait penanganan komplain	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons terkait komplain	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan penanganan komplain		Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit penanganan komplain	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit penanganan komplain, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
		42	Kepuasan pasien	MK-LO	Risiko Kurangnya komunikasi efektif dengan pasien	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepuasan dan persepsi pasien		Meningkatkan pelatihan staf terkait komunikasi dengan pasien, memastikan penyampaian informasi yang jelas, dan mengimplementasikan survei kepuasan pasien secara rutin.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Keterlambatan pelayanan atau penanganan komplain	Sedang	Tinggi	Dampak pada kepuasan dan persepsi pasien	Yellow	Meningkatkan efisiensi sistem penanganan komplain, mempercepat respon terhadap masalah, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur penanganan komplain.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian antara harapan pasien dan pelayanan yang diberikan	Tinggi	Sedang	Dampak pada kepuasan pasien dan citra rumah sakit	Red	Melakukan analisis mendalam terhadap harapan pasien, menyusun strategi peningkatan pelayanan yang sesuai, dan melakukan kampanye informasi kepada pasien.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pelatihan staf terkait etika dan perilaku pelayanan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepercayaan dan kepuasan pasien	Red	Meningkatkan pelatihan etika dan perilaku pelayanan, melakukan evaluasi kinerja staf secara rutin, dan memberikan umpan balik kepada staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya transparansi dalam informasi tentang prosedur dan biaya	Sedang	Sedang	Dampak pada kepercayaan pasien dan kepuasan	Yellow	Meningkatkan transparansi informasi tentang prosedur dan biaya, menyusun pedoman informasi yang jelas, dan melakukan komunikasi terbuka dengan pasien.	Direksi dan Manajemen
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	MK-LO	Risiko Ketidaksesuaian sistem informasi dengan kebutuhan surveilans laboratorium	Tinggi	Tinggi	Dampak pada akurasi dan efektivitas surveilans	Red	Melakukan analisis kebutuhan surveilans laboratorium, memilih atau mengembangkan sistem informasi yang sesuai, dan melakukan uji coba sistem secara menyeluruh.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Kurangnya pelatihan staf terkait penggunaan sistem informasi surveilans	Tinggi	Sedang	Dampak pada penggunaan optimal sistem informasi		Meningkatkan pelatihan staf terkait penggunaan sistem informasi, menyediakan sumber daya pendukung, dan melakukan evaluasi rutin pemahaman staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakstabilan atau kegagalan sistem informasi surveilans digital	Sedang	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan kontinuitas surveilans		Meningkatkan keamanan dan stabilitas sistem, menyusun rencana pemulihan bencana, dan melakukan pemantauan rutin terhadap kinerja sistem.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya integrasi dengan sistem lain di rumah sakit	Sedang	Sedang	Dampak pada efisiensi dan kelancaran operasional		Memastikan integrasi sistem informasi surveilans dengan sistem lain di rumah sakit, melakukan uji coba integrasi, dan memperbarui sistem secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya dukungan manajemen untuk implementasi sistem informasi surveilans	Tinggi	Sedang	Dampak pada pengalokasian sumber daya dan keberlanjutan		Meningkatkan advokasi dan penyuluhan kepada manajemen, menyusun manfaat yang jelas, dan mengkomunikasikan dampak positif implementasi sistem informasi surveilans.	Direksi dan Manajemen
20	Indikator RPJMN	44	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	MK	Risiko Keterlambatan koordinasi antarunit terkait operasi sectio cesarea darurat	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan efisiensi penanganan		Meningkatkan komunikasi antarunit, menyusun alur kerja yang jelas, dan memberikan pelatihan komunikasi antarunit.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas pemantauan dan perbaikan		Meningkatkan efisiensi sistem pemantauan waktu tanggap, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pelatihan staf terkait prosedur tanggap operasi sectio cesarea darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada waktu tanggap dan keterampilan staf		Meningkatkan pelatihan staf terkait prosedur tanggap operasi sectio cesarea darurat, melakukan simulasi secara rutin, dan memastikan ketersediaan sumber daya pendukung.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya evaluasi rutin terhadap kesiapan dan respons terkait operasi sectio cesarea darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada pemantauan dan perbaikan waktu tanggap		Menyusun sistem evaluasi kesiapan, melakukan evaluasi rutin, dan merespon temuan dengan perbaikan berkelanjutan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya penugasan staf sesuai kebutuhan unit operasi sectio cesarea darurat	Tinggi	Sedang	Dampak pada kelancaran dan efisiensi pelayanan		Meningkatkan penugasan staf sesuai dengan kebutuhan unit operasi sectio cesarea darurat, menyusun jadwal penugasan yang optimal, dan mengimplementasikan program pelatihan tambahan.	Direksi dan Manajemen
		45	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap,	MK-LO	Risiko Ketidaksesuaian sistem RME dengan kebutuhan layanan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada akurasi dan efektivitas pelayanan		Melakukan analisis kebutuhan layanan, memilih atau mengembangkan sistem RME yang sesuai, dan melakukan uji coba sistem secara menyeluruh.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
			rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.		Risiko Kurangnya pelatihan staf terkait penggunaan sistem RME	Tinggi	Sedang	Dampak pada penggunaan optimal sistem RME		Meningkatkan pelatihan staf terkait penggunaan sistem RME, menyediakan sumber daya pendukung, dan melakukan evaluasi rutin pemahaman staf.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya integrasi antarlayanan dalam sistem RME	Sedang	Tinggi	Dampak pada efisiensi dan kelancaran operasional		Memastikan integrasi sistem RME antarlayanan, melakukan uji coba integrasi, dan memperbaiki sistem secara berkala.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakstabilan atau kegagalan sistem RME	Sedang	Tinggi	Dampak pada kelancaran dan kontinuitas layanan		Meningkatkan keamanan dan stabilitas sistem RME, menyusun rencana pemulihan bencana, dan melakukan pemantauan rutin terhadap kinerja sistem.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya dukungan manajemen untuk implementasi RME terintegrasi	Tinggi	Sedang	Dampak pada pengalokasian sumber daya dan keberlanjutan		Meningkatkan advokasi dan penyuluhan kepada manajemen, menyusun manfaat yang jelas, dan mengkomunikasikan dampak positif implementasi RME terintegrasi.	Direksi dan Manajemen
21	Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	46	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	PK	Risiko Kurangnya koordinasi antara RSUP dan Kementerian Kesehatan	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran pelaksanaan tugas dan dukungan		Meningkatkan komunikasi dan pertemuan rutin antara RSUP dan Kementerian Kesehatan, menyusun mekanisme pelaporan yang jelas, dan melibatkan pihak terkait dalam perencanaan strategis.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
					Risiko Ketidaksesuaian strategi RSUP dengan kebijakan Kementerian Kesehatan	Sedang	Tinggi	Dampak pada pencapaian target pendapatan BLU	Yellow	Memastikan keterpaduan strategi RSUP dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, melibatkan stakeholder dalam perumusan strategi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap kesesuaian strategi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya dukungan manajemen dari Kementerian Kesehatan	Tinggi	Sedang	Dampak pada pengalokasian sumber daya dan keberlanjutan	Red	Meningkatkan advokasi dan penyuluhan kepada manajemen Kementerian Kesehatan, menyusun manfaat yang jelas, dan mengkomunikasikan dampak positif dukungan manajemen.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pemahaman staf RSUP terkait kebijakan dan prosedur Kementerian Kesehatan	Tinggi	Sedang	Dampak pada implementasi kebijakan dan target pendapatan	Red	Meningkatkan pelatihan staf RSUP terkait kebijakan dan prosedur Kementerian Kesehatan, menyusun panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi pemahaman staf secara rutin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakpastian terkait perubahan kebijakan Kementerian Kesehatan	Sedang	Sedang	Dampak pada fleksibilitas dan adaptabilitas RSUP	Yellow	Memantau perkembangan kebijakan Kementerian Kesehatan, menyusun skenario perubahan kebijakan, dan melibatkan pihak terkait dalam perencanaan strategis.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidaksesuaian alokasi anggaran dengan kebutuhan RSUP	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran pelaksanaan tugas dan dukungan	Red	Melakukan analisis kebutuhan RSUP, partisipasi aktif dalam penyusunan anggaran, dan memperbarui alokasi anggaran secara berkala.	Direksi dan Manajemen
	47	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	PK								

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Kurangnya transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran BLU	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepercayaan dan dukungan Kementerian Kesehatan		Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran BLU, menyusun laporan keuangan yang jelas, dan melibatkan pihak terkait dalam proses evaluasi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pemahaman staf RSUP terkait mekanisme pengelolaan anggaran BLU	Tinggi	Sedang	Dampak pada implementasi kebijakan dan target anggaran		Meningkatkan pelatihan staf RSUP terkait mekanisme pengelolaan anggaran BLU, menyusun panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi pemahaman staf secara rutin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan dan evaluasi anggaran yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas dan efisiensi pengelolaan anggaran		Meningkatkan sistem pemantauan dan evaluasi anggaran, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Ketidakpastian terkait perubahan kebijakan anggaran Kementerian Kesehatan	Sedang	Sedang	Dampak pada fleksibilitas dan adaptabilitas RSUP		Memantau perkembangan kebijakan anggaran Kementerian Kesehatan, menyusun skenario perubahan kebijakan, dan melibatkan pihak terkait dalam perencanaan strategis.	Direksi dan Manajemen
		48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	PK	Risiko Ketidakesesuaian alokasi anggaran dengan kebutuhan RSUP	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kelancaran pelaksanaan tugas dan dukungan		Melakukan analisis kebutuhan RSUP, partisipasi aktif dalam penyusunan anggaran, dan memperbarui alokasi anggaran secara berkala.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis		IKU		PIC	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Tingkat Risiko	Dampak Risiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PIC
					Risiko Kurangnya transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran BLU	Tinggi	Tinggi	Dampak pada kepercayaan dan dukungan Kementerian Kesehatan		Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran BLU, menyusun laporan keuangan yang jelas, dan melibatkan pihak terkait dalam proses evaluasi.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Kurangnya pemahaman staf RSUP terkait mekanisme pengelolaan anggaran BLU	Tinggi	Sedang	Dampak pada implementasi kebijakan dan target anggaran		Meningkatkan pelatihan staf RSUP terkait mekanisme pengelolaan anggaran BLU, menyusun panduan yang jelas, dan melakukan evaluasi pemahaman staf secara rutin.	Direksi dan Manajemen
					Risiko Tidak adanya sistem pemantauan dan evaluasi anggaran yang efektif	Sedang	Tinggi	Dampak pada efektivitas dan efisiensi pengelolaan anggaran		Meningkatkan sistem pemantauan dan evaluasi anggaran, memanfaatkan teknologi informasi, dan melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur pemantauan.	Direksi dan Manajemen
					Ketidakpastian terkait Risiko perubahan kebijakan anggaran Kementerian Kesehatan	Sedang	Sedang	Dampak pada fleksibilitas dan adaptabilitas RSUP		Memantau perkembangan kebijakan anggaran Kementerian Kesehatan, menyusun skenario perubahan kebijakan, dan melibatkan pihak terkait dalam perencanaan strategis.	Direksi dan Manajemen
		49	Persentase nilai EBITDA Margin	PK	Risiko Peningkatan biaya operasional yang tidak terduga	Tinggi	Tinggi	Dampak pada nilai EBITDA Margin dan keberlanjutan operasional		Melakukan analisis risiko biaya operasional, menyusun cadangan dana darurat, dan memastikan pengelolaan anggaran yang efisien.	Direksi dan Manajemen

Sasaran Strategis	IKU	PIC	Risiko	Kemungkinan Resiko Terjadi	Tingkat Resiko	Dampak Resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	PIC
			Risiko Penurunan pendapatan akibat perubahan regulasi	Sedang	Tinggi	Dampak pada pendapatan dan nilai EBITDA Margin		Memantau perubahan regulasi, menyusun skenario perubahan pendapatan, dan berpartisipasi aktif dalam advokasi kebijakan.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Kurangnya efisiensi dalam proses operasional	Sedang	Sedang	Dampak pada biaya operasional dan efisiensi operasional		Meningkatkan pelatihan staf terkait proses operasional, melakukan evaluasi efisiensi rutin, dan menerapkan teknologi untuk meningkatkan proses.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Ketidakpastian ekonomi yang dapat mempengaruhi permintaan layanan kesehatan	Tinggi	Sedang	Dampak pada pendapatan dan nilai EBITDA Margin		Memantau indikator ekonomi, menyusun skenario dampak ekonomi, dan diversifikasi layanan untuk mengurangi ketergantungan pada satu sumber pendapatan.	Direksi dan Manajemen
			Risiko Ketidakpastian terkait perubahan kebijakan Kementerian Kesehatan	Sedang	Sedang	Dampak pada strategi dan keberlanjutan operasional		Memantau perkembangan kebijakan Kementerian Kesehatan, menyusun skenario perubahan kebijakan, dan berpartisipasi aktif dalam advokasi kebijakan.	Direksi dan Manajemen

	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kestinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome
	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian Akuntansi dan BMN	
Validator		
PIC	Kepala Bagian Akuntansi dan BMN	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 67% 2021 : 69% 2022 : 70% 2023 : 71% 2024 : 72%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Semester
	<input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Diagram
	<input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 20 Kamus IKU 3 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 3 :Tingkat Kepuasan Peserta Didik	
Nama Indikator	Tingkat Kepuasan Peserta Didik
Kode Indikator	Renstra-IKU 3
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	

Tujuan	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Hasil survey dari Bagian Diklit dan Fakultas Kedokteran UNAND	
Definisi Operasional	<p>Tingkat kepuasan peserta didik adalah rasa kepuasan peserta didik terhadap hasil didikan yang diterima atau dirasakan yang dibandingkan dengan harapannya.</p> <p>Tingkat kepuasan peserta didik dinilai dari aspek: dosen, peralatan, penguasaan materi, kemampuan komunikasi, kemampuan mengelola waktu pengajaran, keobjektifan dalam menilai.</p> <p>Skala penilaian instrumen menggunakan angka: 1 = Tidak puas 2 = Kurang puas 3 = Puas 4 = Sangat puas</p> <p>Tingkat kepuasan peserta didik adalah rerata penilaian dari peserta didik berdasarkan survey.</p>	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian Diklit	
Validator		
PIC	Kepala Bagian Diklit	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 80% 2021 : 81% 2022 : 82% 2023 : 83% 2024 : 85%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data		

	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Semua staf RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan masa kerja minimal 2 tahun	
Kriteria Eksklusi	Staf Kemendiknas (FK UNAND)	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Semua staf RSUP Dr. M. Djamil Padang	
Sampel	Besar sampel ditentukan menggunakan tabel Isaac dan Michael	
Pengumpul Data	Pengumpul Data di Bagian SDM	
Validator		
PIC	Kepala Bagian SDM	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 70% 2021 : 72,5% 2022 : 75% 2023 : 77,5% 2024 : 80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input checked="" type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan pie chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data	Kuesioner Kepuasan Staf (dilampirkan) dan form rekapan data	

Lampiran 22 Kamus IKU 5 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 5 : Indeks Budaya Keselamatan	
Nama Indikator	Indeks Budaya keselamatan
Kode Indikator	Renstra - IKU 5
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Diterapkannya budaya keselamatan mencerminkan terselenggaranya pelayanan pasien, yang aman dan efektif dengan melibatkan serta

	memberdayakan pasien dan keluarga, mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama tim	
Tujuan	Terwujudnya Budaya Keselamatan	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	Budaya keselamatan adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga, pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien	
Numerator	Jumlah nilai respon positif pada item dimensi yang diukur	
Denominator	jumlah total nilai item (positif, netral, negatif) pada seluruh aspek	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, mutu pelayanan
Kriteria Inklusi	Seluruh staf pelayanan yang memberikan asuhan kepada pasien	
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel	Sampel ditentukan dengan tabel besar sampel Isaac dan Michael	
Pengumpul Data	KMMR	
Validator		
PIC	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020: 80% 2021 : 80% 2022 : 80% 2023 : 80% 2024 : 80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Diagram

	<input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 23 Kamus IKU 6 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 6 : Jumlah Riset Translasional	
Nama Indikator	Jumlah Riset Translasional
Kode Indikator	Renstra - IKU 6
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya efektifitas pendidikan dan pusat riset unggulan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Riset translasional adalah riset dibidang kedokteran yang ditujukan untuk peningkatan mutu dalam bentuk publikasi
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Ekslusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian Diklit
Validator	
PIC	Kepala Bagian Diklit

Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 1 2021 : 1 2022 : 2 2023 : 2 2024 : 3	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 24 Kamus IKU 7 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 7 : Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang dilakukan Pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	
Nama Indikator	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)
Kode Indikator	Renstra - IKU 7
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	RS jejaring adalah rumah sakit PPK2 yang memiliki kerjasama dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dan FK-UA dalam aspek pelayanan, pendidikan dan manajemen

	Formula : Jumlah RS jejaring dengan klasifikasi RS Pendidikan	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Ekslusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Bakordik, Bagian Diklit dan WD 1 FK-UA	
Validator		
PIC	SPU	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 8 2021 : 9 2022 : 10 2023 : 11 2024 : 12	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 25 Kamus IKU 8 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 8 : Jumlah Kegiatan Kemitraan dengan <i>Sister Hospital</i>	
Nama Indikator	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital
Kode Indikator	Renstra - IKU 8
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut

	<input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator		
Tujuan	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	Sister hospital adalah RS nasional atau internasional yang menjalin kemitraan dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam rangka sharing baik dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian. Jumlah kegiatan kemitraan yang dimaksud dapat berupa kerjasama pelayanan, pendidikan dan penelitian	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesyukuran	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Diklit	
Validator		
PIC	SPU	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 1 2021 : 1 2022 : 1 2023 : 1 2024 : 1	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Diagram

	<input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 26 Kamus IKU 9 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 9 : Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	
Nama Indikator	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
Kode Indikator	Renstra - IKU 9
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan laporan sirsute Instalasi IGD
Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam
Numerator	Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam
Denominator	Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Jumlah total kasus
Sampel	Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam
Pengumpul Data	Pengumpul data di Instalasi IGD
Validator	

PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2021 : 60% 2022 : 70% 2023 : 85% 2024 : 100%
Tahun Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	Laporan dari Instalasi Gawat Darurat

Lampiran 27 Kamus IKU 10 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 10 : Indeks Budaya PEDULI	
Nama Indikator	Indeks budaya PEDULI
Kode Indikator	Renstra - IKU 10
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Budaya “Peduli” menggambarkan etos kerja, sikap, prilaku, dan tindakan karyawan saat menjalankan misi pelayanan, pendidikan, dan penelitian pada stakeholders kunci RS Dr M Djamil, yang diukur melalui perwujudan nilai-nilai sebagai berikut: Profesional, Empati, Daya Saing, Utama, Loyal, Ikhlas.

	<p>Setiap nilai tersebut dijabarkan melalui sejumlah indikator/kriteria penilaian perilaku. Budaya PEDULI diukur melalui instrumen kuesioner dengan menggunakan Skala penilaian angka sebagai berikut: 1 = Tidak pernah 2 = Jarang 3 = Sering 4 = Sangat sering Skala hasil penilaian masing-masing responden dijumlah untuk mendapatkan skala penilaian budaya Peduli. Untuk tingkat pencapaian ditetapkan dengan membandingkan masing hasil penilaian dengan jumlah responden yang dinilai untuk mendapat persentase pencapaian. Pencapaian dikatakan baik jika skala nilai menyatakan 3 & 4</p>	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian SDM	
Validator		
PIC	Kepala Bagian SDM	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : 67.5% 2021 : 70% 2022 : 72.5% 2023 : 75% 2024 : 77.5%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

Sampel	
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Penunjang
Validator	Tim Kerja Pelayanan Penunjang
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 95 % 2024 : 95 %
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 29 Kamus IKU 12 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 12 : Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	
Nama Indikator	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal
Kode Indikator	Renstra - IKU 12
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (SIRS), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan

Numerator	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun	
Denominator	Jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Instalasi Rekam Medis dan Instalasi SIMRS	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : < 2,5 % 2024 : < 2,5 %	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 30 Kamus IKU 13 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 13 : Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	
Nama Indikator	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan
Kode Indikator	Renstra - IKU 13
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM

	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terlaksananya Pelaporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas rumah sakit	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (SIRS), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Catatan Rekam Medis Rumah Sakit	
Definisi Operasional	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Instalasi Rekam Medis dan Instalasi SIMRS	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 2 kali 2024 : 2 kali	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥ 80 2024 : ≥ 80	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 32 Kamus IKU 15 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 15 : Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	
Nama Indikator	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
Kode Indikator	Renstra - IKU 15
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terlaksananya pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit susai target INM yang ditetapkan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (Laporan INM Aplikasi SIMAR), <input type="checkbox"/> Lainnya,
Definisi Operasional	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan
Numerator	
Denominator	

Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	KMMR	
Validator	KMMR	
PIC	KMMR	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 12 Laporan 2024 : 12 Laporan	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 33 Kamus IKU 16 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 16 : Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	
Nama Indikator	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
Kode Indikator	Renstra - IKU 16
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	

	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terlaksananya pelaporan bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (Laporan IKP dari Aplikasi Mutu Fasyankes), <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	KMMR	
Validator	KMMR	
PIC	KMMR	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 12 Laporan 2024 : 12 Laporan	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

	2021 : - 2022 : - 2023 : sesuai RBA 2024 : sesuai RBA
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 35 Kamus IKU 18 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 18 : Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan	
Nama Indikator	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan
Kode Indikator	Renstra - IKU 18
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Definisi Operasional	Persentase kunjungan pasien VVIP, VIP, dan Kelas 1 di rs vertikal
Numerator	Jumlah kunjungan pasien VVIP, VIP dan Kelas 1
Denominator	jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome

Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIMRS
Validator	Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIMRS
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 10% 2024 : 10%
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 36 Kamus IKU 19 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 19 : Layanan unggulan bertaraf Internasional	
Nama Indikator	Layanan unggulan bertaraf Internasional
Kode Indikator	Renstra - IKU 19
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya layanan unggulan RS bertaraf Internasional
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan

	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi	
Definisi Operasional	RS yang menyeleggarakan kerja sama (yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.) dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya Cara perhitungan : Layanan unggulan yang dilakukan kerjasama dengan RS atau insitusi kesehatan LN	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 1 Layanan 2024 : 1 Layanan	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 37 Kamus IKU 20 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 20 : Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	
Nama Indikator	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
Kode Indikator	Renstra - IKU 20
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit

Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik
PIC	Direktur Layanan Operasional
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 70 % 2024 : 70 %
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 38 Kamus IKU 21 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 21 : Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	
Nama Indikator	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
Kode Indikator	Renstra - IKU 21
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.

	<p>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.</p> <p>5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.</p> <p>6. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap fasilitas pendukung yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>7. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. "</p>	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome	
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent	
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Penunjang	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Penunjang	
PIC	Direktur Layanan Operasional	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan	
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80 2024 : ≥80	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 39 Kamus IKU 22 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 22 : Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	
Nama Indikator	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Kode Indikator	Renstra - IKU 22

Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terwujudnya efektivitas waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. 	
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit	
Denominator	jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesenambungan	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan

Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80 % 2024 : ≥80 %
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 40 Kamus IKU 23 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 23 : Penundaan waktu Operasi Elektif	
Nama Indikator	Penundaan waktu Operasi Elektif
Kode Indikator	Renstra - IKU 23
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terlaksananya tindakan operasi elektif sesuai jadwal
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 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.
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesenambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi

	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Instalasi Bedah Sentral	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≤3% 2024 : ≤3%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 41 Kamus IKU 24 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 24 : Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	
Nama Indikator	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
Kode Indikator	Renstra - IKU 24
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data

	<input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. 2. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis 3. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan 4. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik 5. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan." 	
Numerator	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan	
Denominator	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Instalasi Rawat Jalan	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 42 Kamus IKU 25 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 25 : Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

	<input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 43 Kamus IKU 26 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 26 : Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	
Nama Indikator	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)
Kode Indikator	Renstra - IKU 26
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan Rumah Sakit
Definisi Operasional	<p>Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal</p> <p>1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari</p> <p>2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit</p> <p>3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari</p> <p>4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam</p> <p>KIA: 1.</p> <p>5) Kemampuan Menangani BBSR 1000 gram - < 1500 gram</p> <p>6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit"</p> <p>Cara Perhitungan</p> <p>"1) >80%</p> <p>2) >80%</p> <p>3) >80%</p>

	4) >80% 5) >80% 6) <30% (Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal)"	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome	
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent	
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan	
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 1 indikator tercapai setiap layanan 2024 : 1 indikator tercapai setiap layanan	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 44 Kamus IKU 27 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 27 : 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	
Nama Indikator	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan
Kode Indikator	Renstra - IKU 27
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM

Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	
Validator	
PIC	Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian
Tahun Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 1 indikator tercapai setiap layanan 2024 : 1 indikator tercapai setiap layanan
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 45 Kamus IKU 28 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 28 : Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna*	
Nama Indikator	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna
Kode Indikator	Renstra - IKU 28
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan

	<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan	
Definisi Operasional	Rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : Strata Paripurna 2024 : -	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 46 Kamus IKU 29 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 29 : RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	
Nama Indikator	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama
Kode Indikator	Renstra - IKU 29
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM

	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 47 Kamus IKU 30 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 30 : Kepatuhan kebersihan tangan	
Nama Indikator	Kepatuhan kebersihan tangan
Kode Indikator	Renstra - IKU 30
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar menjamin keselamatan petugas dan pasien/pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
Kepustakaan/Panduan/Referensi Indikator	Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan/ Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Definisi Operasional	<p>Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah</p> <ol style="list-style-type: none"> Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh atau menggunakan alcohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alcohol 60 – 80% bila tangan tampak kotor Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan Langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO

	<p>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan</p> <p>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain - lain Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti : menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat - alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien <p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di setiap unit atau puskesmas sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit)</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p> <p>Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah</p>	
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan	
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesenambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas

	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan	
Kriteria Eksklusi	Tidak ada	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Observasi
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data		
Validator		
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥ 2024 : -	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 48 Kamus IKU 31 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 – 2024

IKU – 31 : Kepatuhan penggunaan APD	
Nama Indikator	Kepatuhan penggunaan APD
Kode Indikator	Renstra - IKU 31
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan

Tujuan	Terwujudnya Kepatuhan penggunaan APD	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan Penetapan RS Pendidikan dan Laporan Monev Lokus 9 Penyakit Prioritas	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 100% 2024 : 100%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart	<input type="checkbox"/> Bar Diagram

	<input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 49 Kamus IKU 32 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 32 : Kepatuhan identifikasi pasien		
Nama Indikator	Kepatuhan identifikasi pasien	
Kode Indikator	Renstra - IKU 32	
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terwujudnya Kepatuhan identifikasi pasien	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		

Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 100% 2024 : 100%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 50 Kamus IKU 33 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 33 : Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	
Nama Indikator	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
Kode Indikator	Renstra - IKU 33
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Tercapainya Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2

Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Sampel	
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 52 Kamus IKU 35 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 35 : Penundaan operasi elektif	
Nama Indikator	Penundaan operasi elektif
Kode Indikator	Renstra - IKU 35
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Penundaan operasi elektif
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan

	<input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome	
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent	
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≤5% 2024 : ≤5%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan	
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 53 Kamus IKU 36 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 36 : Kepatuhan waktu visit dokter

Nama Indikator	Kepatuhan waktu visit dokter		
Kode Indikator	Renstra - IKU 36		
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra		
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan		
Tujuan	Terwujudnya Kepatuhan waktu visit dokter		
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2		
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,		
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah		
Numerator			
Denominator			
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri	
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat	
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas	
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi	
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,	
Kriteria Inklusi			
Kriteria Ekslusi			
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome	
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent	
Populasi			
Sampel			
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik		
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik		
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik		

Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 54 Kamus IKU 37 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 37 : Pelaporan hasil kritis laboratorium	
Nama Indikator	Pelaporan hasil kritis laboratorium
Kode Indikator	Renstra - IKU 37
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terlaksananya pelaporan hasil kritis laboratorium
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah

	Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 100% 2024 : 100%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 55 Kamus IKU 38 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 38 : Kepatuhan penggunaan formularium nasional	
Nama Indikator	Kepatuhan penggunaan formularium nasional
Kode Indikator	Renstra - IKU 38
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit

Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥90% 2024 : ≥90%
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 56 Kamus IKU 39 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 39 : Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	
Nama Indikator	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
Kode Indikator	Renstra - IKU 39
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah

Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥85% 2024 : ≥85%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 57 Kamus IKU 40 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 40 : Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	
Nama Indikator	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Kode Indikator	Renstra - IKU 40
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit

	<input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terwujudnya kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 100% 2024 : 100%	
Tahun Analisis Data		

	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 58 Kamus IKU 41 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 41 : Kecepatan waktu tanggap komplain		
Nama Indikator	Kecepatan waktu tanggap komplain	
Kode Indikator	Renstra - IKU 41	
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terwujudnya kecepatan waktu tanggap komplain	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesiambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas

	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 59 Kamus IKU 42 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 42 : Kepuasan pasien	
Nama Indikator	Kepuasan pasien
Kode Indikator	Renstra - IKU 42
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan

Tujuan	Terwujudnya Kepuasan pasien	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Definisi Operasional	Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah Cara perhitungan : Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : ≥80% 2024 : ≥80%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan

	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 1 sistem 2024 : 1 sistem	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 61 Kamus IKU 44 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 44 : Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	
Nama Indikator	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit
Kode Indikator	Renstra - IKU 44
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2	
Definisi Operasional	<p>SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.</p> <p>SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, ruptur uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.</p> <p>Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus)</p>	
Numerator	Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun)	
Denominator	Total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2	
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik	
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 60% 2024 : 60%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data		

	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 62 Kamus IKU 45 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 45 : Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.		
Nama Indikator	Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	
Kode Indikator	Renstra - IKU 45	
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	
Tujuan	Terwujudnya layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan Pemantauan RME Rumah Sakit Vertikal	
Definisi Operasional	Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	
Numerator	Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi	
Denominator	dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi)	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,

Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Tim Kerja Pelayanan Medik
Validator	Tim Kerja Pelayanan Medik
PIC	Tim Kerja Pelayanan Medik
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 100% 2024 : 100%
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 63 Kamus IKU 46 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 46 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	
Nama Indikator	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
Kode Indikator	Renstra - IKU 46
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya Realisasi Target Pendapatan BLU
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2

Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal. Aplikasi OM SPAN	
Definisi Operasional	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) Tahun yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Cara Perhitungan : Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Akuntansi	
Validator	Tim Kerja Akuntansi	
PIC	Tim Kerja Akuntansi	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 95% 2024 : 95%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

	2022 : - 2023 : 97% 2024 : 97%
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-
Formulir Pengumpulan Data	

Lampiran 65 Kamus IKU 48 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 48 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	
Nama Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
Kode Indikator	Renstra - IKU 48
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Aplikasi OM SPAN
Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
Numerator	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
Denominator	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome

	<input type="checkbox"/> Proses	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
Validator	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
PIC	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 95% 2024 : 95%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		

Lampiran 66 Kamus IKU 49 Revisi 2 RSB RSUP Dr. M. Djamil Tahun 2020 - 2024

IKU – 49 : Persentase nilai EBITDA Margin	
Nama Indikator	Persentase nilai EBITDA Margin
Kode Indikator	Renstra - IKU 49
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Indikator Kinerja Kegiatan tambahan UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan
Tujuan	Terwujudnya peningkatan nilai EBITDA Margin
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024 revisi 2
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien

	<input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.	
Definisi Operasional	EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit."	
Numerator	EBITDA	
Denominator	Pendapatan	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri
	<input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Manfaat
	<input type="checkbox"/> Kesisambungan	<input type="checkbox"/> Efektifitas
	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu	<input type="checkbox"/> Efisiensi
	<input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
Validator	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
PIC	Tim Kerja Akuntansi dan BMN	
Tahun Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2020 : - 2021 : - 2022 : - 2023 : 15% 2024 : 15%	
Tahun Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	-	
Formulir Pengumpulan Data		