



RENCANA STRATEGIS BISNIS **RSUP DR . M. DJAMIL, PADANG** **TAHUN 2015 - 2019**



JL Perintis Kemerdekaan
Telp.(0751) 32373 FAX (0751) 32371
PADANG – 25127

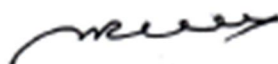
LEMBAR PENGESAHAN

**BADAN LAYANAN UMUM
RSUP Dr M DJAMIL PADANG**

**RENCANA STRATEGIS BISNIS
2015 – 2019**

DIREKSI :

DIREKTUR UTAMA



Dr.Hj. Irayanti SpM

NIP : 196201231989012001

Direktur Medik dan Keperawatan



dr.H.Akmal M.Hanif, Sp.PD., KKV, MARS.

NIP.195803121986031002

Direktur Umum, SDM dan Pendidikan



Drg.Rahmadsyah Mansur, M.Kes

NIP.195808131987031004

Direktur Keuangan



Mangapul Bakara, S. Sos, MM, M. Kes

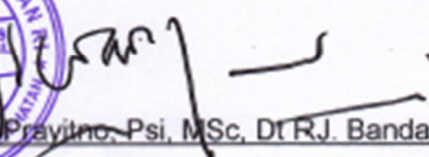
NIP:195804131981031002

LEMBAR PERSETUJUAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR M. DJAMIL PADANG
RENCANA STRATEGIS BISNIS 2015-2019

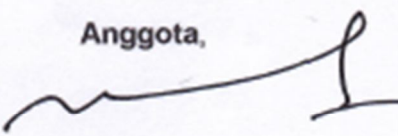
DEWAN PENGAWAS



Ketua,


Prof. DR. H. Iwan Prayitno, Psi, MSc, Dt R.J. Bandaro Basa

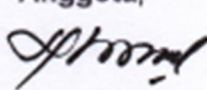
Anggota,


DR. Dr. Masrul, MSc, Sp.GK

Anggota,


Prof Dr H. Asril Sahim, Sp JP (K)

Anggota,


Asril Rusli, SH, MH

Anggota,

Lukman Effendi, SE, MM

KATA SAMBUTAN

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

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil merupakan suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi misi RSUP Dr M. Djamil Padang 5 (lima) tahun kurun waktu tahun 2015 – 2019.

Dengan selesainya Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil Padang ini maka seluruh unit kerja harus mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini dalam menyusun perencanaan/ program kerja setiap tahunnya sehingga diharapkan dapat menumbuhkan budaya kinerja yang sinergis di RSUP Dr M. Djamil Padang

Implementasi Rencana Strategis Bisnis (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 2019 yang diharapkan dapat terwujud.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaga dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015 – 2019 RSUP Dr M. Djamil Padang ini.

Padang, Agustus 2014,

ttd,

(Direktur Utama)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami persembahkan kepada Allah SWT, dimana berkat karunia dan hidayah-Nya juga kami dapat menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2015 - 2019 sebagai pedoman dalam melaksanakan program-program strategis untuk mencapai visi misi Rumah Sakit

Kami menyadari bahwa Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini, masih terdapat kekurangan dan kelemahannya, namun kami sudah berupaya dengan segenap kemampuan yang ada dengan mengkomodir semua masukan dari seluruh satuan kerja di lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang telah membantu khususnya Panitia Renstra yang telah memfinalisasinya

Untuk lebih sempurnanya Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015 – 2019 RSUP Dr. M. Djamil Padang ini, kami mengharapkan asupan yang membangun, guna lebih baiknya RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang pada masa yang akan datang.

Padang, November 2014,
Ketua Panitia Renstra

ttd,

(Kabag Perencanaan)

DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA SAMBUTAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB. I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan RSB.....	2
1.3. Dasar Hukum	3
1.4. Sistematika Penyusunan	3
BAB. II GAMBARAN KINERJA SAAT INI	
2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan	4
2.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan.....	16
BAB. III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI	
3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Tata Nilai	18
3.2. Aspirasi Stakeholders Inti	19
3.3. Tantangan Strategis	20
3.4. Benchmarking	20
3.5. Analisa SWOT	21
3.6. Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis	22
3.7. Analisa TOWS	26
3.8. Rancangan Peta Strategi Balanced Scorecard (BSC).....	27
BAB. IV INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS	
4.1. Matriks IKU	28
4.2. Kamus IKU	31
4.3. Program Kerja Strategis	44

BAB. V ANALISA DAN MITIGASI RESIKO	
5.1. Identifikasi Risiko	48
5.2. Penilaian Tingkat Risiko.....	51
5.3. Rencana Mitigasi Risiko	55
BAB. VI PROYEKSI FINANSIAL	
6.1. Estimasi Pendapatan.....	60
6.2. Rencana Kebutuhan Anggaran.....	61
6.3. Rencana Pendanaan.....	68
BAB. VII PENUTUP	
7.1. Kesimpulan.....	69
7.2. Rencana Implementasi.....	70
LAMPIRAN	
SK Panitia Renstra	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) DR. M. Djamil adalah rumah sakit Kelas B Pendidikan dengan status Badan Layanan Umum (BLU). RSUP DR.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera bagian Tengah dengan kapasitas tempat tidur 800, melayani masyarakat di wilayah Provinsi Sumatera Barat dan provinsi tetangga seperti Riau, Jambi, Bengkulu, dan wilayah Sumatera Utara bagian selatan.

RSUP DR. M. Djamil semula bernama RSU megawati dan menempati 2 (dua) kompleks, yaitu di jalan Belakang Gereja dan di Jalan Jati Lama dengan kapasitas 100 tempat tidur. Tahun 1953 dipindahkan ke Jalan Kutilang yang berada di jalan Perintis Kemerdekaan dengan luas lahan 8.576 ha.

Pada tahun 1978 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134 tahun 1978 dirobah namanya menjadi RSU DR. M. Djamil Padang untuk mengabadikan nama salah seorang pahlawan terbaik di Sumatera Barat dalam masa perjuangan kemerdekaan, yaitu Dr. M. Djamil. Sejak itu, status RSU DR. M. Djamil Padang adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pusat dengan sebutan RSUP DR. M. Djamil Padang.

Dalam perjalanannya, RSUP DR.M.Djamil Padang mengalami berbagai perubahan status. Pada tahun 1994 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 542 tahun 1994, RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Swadana. Pada tahun 1997, guna memberikan otonomi di bidang pengelolaan pendapatan, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 20 tahun 1997 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP), RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Pengguna PNBP. Selanjutnya, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 123 tahun 2000, RSUP DR.M.Djamil Padang berubah status menjadi Rumah Sakit Perusahaan Jawatan (RS Perjan) dengan nama Perjan RS DR. M. Djamil Padang. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005, Perjan RSUP DR. M. Djamil Padang dikembalikan statusnya menjadi UPT Pusat, dengan sebutan sebagaimana berlaku saat ini, dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanannya, telah ditetapkan *Master Plan* 2010 – 2020 dan Perencanaan Strategis RSUP Dr. .M.Djamil Padang. Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) merupakan penjabaran dari visi dan misi RSUP Dr M. Djamil Padang serta langkah-langkah strategis dalam usaha mencapai harapan dan impian dari RSUP Dr M. Djamil Padang.

Di dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian di era globalisasi, AFTA 2015, dan peningkatan RS klas A, serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang semakin meningkat, maka RSUP Dr M Djamil Padang harus memberikan pelayanan terbaik, bermutu tinggi dan mengutamakan keselamatan pasien.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2015-2019, merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan stakeholder inti dan sekaligus sebagai bentuk pertanggungjawaban terhadap pemenuhan kepentingan stakeholder antara lain; perubahan budaya organisasi yang berorientasi pada pelayanan bermutu dan aman, keinginan sebagai rumah sakit pendidikan terbaik, berkualitas bagi peserta didik sesuai standar kompetensi dan perkembangan Ilmu pengetahuan, teknologi & informasi, tempat kerja yang nyaman dan menyenangkan bagi seluruh jajaran rumah sakit, terbentuknya kerjasama yang profesional, berimbang dan saling menguntungkan dengan pihak stakeholder serta terwujudnya kepuasan pelanggan, yang dirancang dalam suatu dokumen perencanaan yang memuat arah dan kebijakan untuk 5 (lima) tahun ke depan, yang disusun oleh sebuah tim dengan melibatkan seluruh manajemen puncak di RSUP Dr M. Djamil Padang.

1.2 Tujuan RSB

Tujuan utama penyusunan RSB RSUP Dr M. Djamil Padang adalah :

- a. Sebagai panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan pada RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2015 – 2019
- b. Sebagai pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2015 – 2019
- c. Sebagai dasar rujukan untuk keberhasilan pemenuhan misi dan pencapaian visi RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2015 – 2019

- d. Sebagai salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para stakeholders RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2015 – 2019

1.3 Dasar Hukum

- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Peraturan Pemerintah RI nomor 74 tahun 2012 tentang pengelolaan keuangan BLU
- Peraturan Menteri Keuangan nomor 92/PMK.05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum
- Surat edaran Dirjen BUK no: HK.03.03/I/1032/2014 tentang Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT

1.4 Sistematika Penyusunan

Sistematika penyusunan Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr M. Djamil adalah sebagai berikut:

Lembar Pengesahan

Lembar Persetujuan

Kata Sambutan

Kata Pengantar

Daftar Isi

BAB I. PENDAHULUAN,

BAB II. GAMBARAN KINERJA SAAT INI,

BAB III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS,

BAB IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS,

BAB V. ANALISA DAN MITIGASI RISIKO,

BAB VI. PROYEKSI FINANSIAL,

BAB VII. PENUTUP,

LAMPIRAN

BAB II

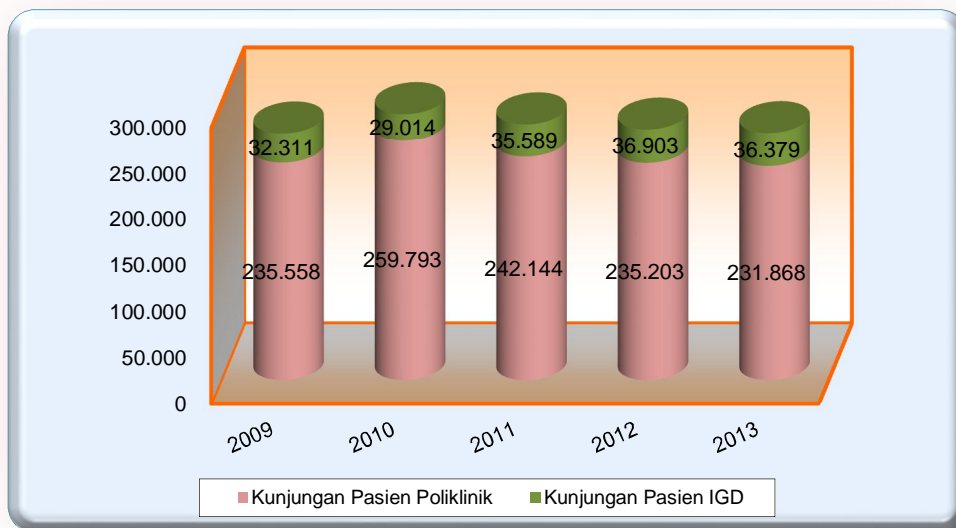
GAMBARAN KINERJA SAAT INI

2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan

a) Pertumbuhan Produktifitas

1) Data Kunjungan

Jumlah kunjungan pasien poliklinik meningkat dari tahun 2009 s/d 2011, namun pada tahun 2012 dan 2013 jumlah pasien menurun kembali karena sudah ada kebijakan dari pemerintah (Jamkesmas), dan peraturan Gubernur tentang regionalisasi & rujukan berjenjang di Sumatera Barat, yang berdampak turunnya kunjungan pasien ke RSUP Dr M. Djamil Padang.

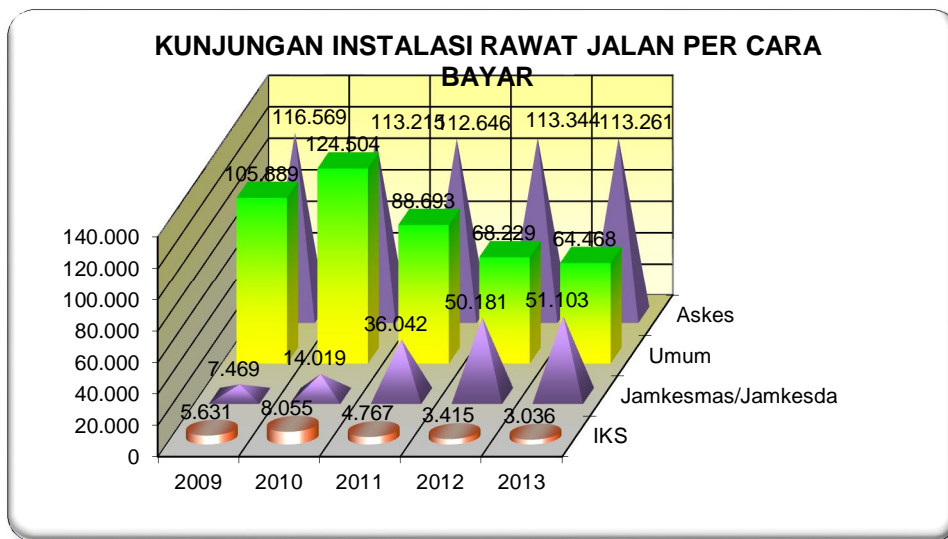


Grafik 2.1. Data Kunjungan

Bila dilihat dari jumlah kunjungan pasien berdasarkan cara bayar adalah sebagai berikut :

Data kunjungan pasien Rawat Jalan dilihat dari cara bayar :

Dari data terlihat bahwa dari tahun 2009 s/d 2013 kunjungan pasien umum = 37,5 %, sedangkan pasien dengan jaminan (IKS, Jamkesmas/Jamkesda, Askes) = 62,6 %. Jumlah kunjungan pasien dengan jaminan lebih banyak dari pada kunjungan pasien umum. Dari tahun 2010 s/d 2013 jumlah kunjungan pasien umum menurun.



Grafik 2.2. Kunjungan Instalasi Rawat Jalan Per Cara Bayar

2) Hari Perawatan

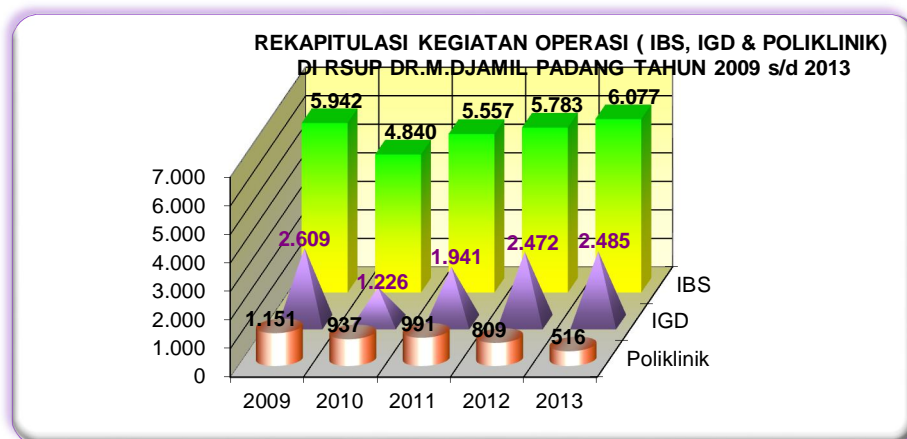
Hari perawatan pada tahun 2010 menurun karena adanya pengaruh gempa 2009, pada tahun 2011 hari perawatan meningkat karena adanya pengembangan dan atau perbaikan terhadap fasilitas pelayanan di RSUP Dr M. Djamil. Pada tahun 2013 hari perawatan menurun. Dilain pihak pelayanan yang diberikan sudah mulai memahami atau mengacu pada standar/panduan praktek klinik (PPK) dan clinical pathway (CP) dan pembayaran pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan "fee for service" tetapi sudah menerapkan pada system pembayaran paket INA CBG's. Sehingga harus diterapkannya efisiensi dalam pelayanan.



Grafik 2.3. Hari Perawatan

3) Kegiatan Operasi

Kegiatan Pelayanan IBS, yaitu OK sentral dan OK emergensi (IGD) dari tahun 2009 pasca gempa dan menurun tetapi pada tahun 2011s/d tahun 2013 kegiatan OK sentral dan OK IGD meningkat setiap tahunnya, sehingga adanya antrian untuk mendapatkan pelayanan di OK. Tingginya antrian untuk mendapatkan pelayanan OK, maka sudah saatnya merealisasikan pelayanan OK 24 jam. Kunjungan pasien bedah di poliklinik, pasca gempa turun dan meningkat kembali tahun 2011.

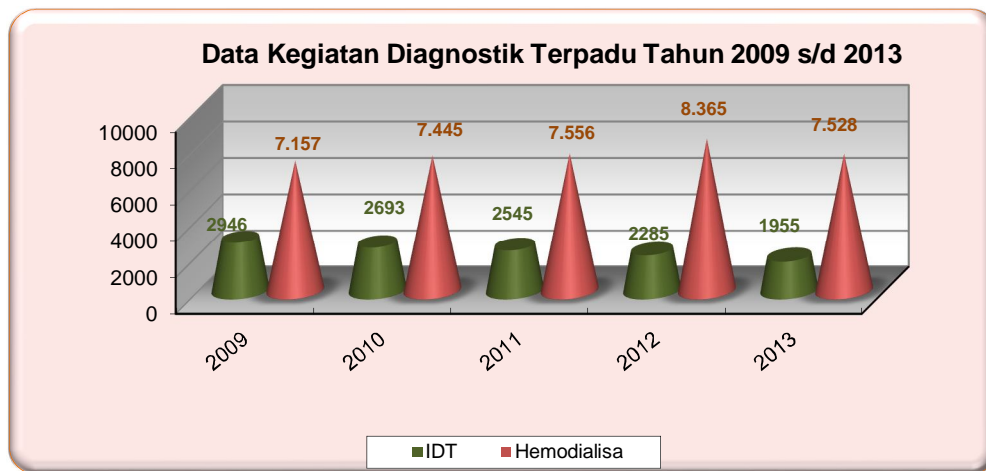


Grafik 2.4. Kegiatan Operasi

4) Kegiatan Diagnostik Terpadu

Jumlah kegiatan Diagnostik Terpadu dari tahun 2009 s/d 2013 terus menurun, hal ini disebabkan sarana dan prasarana/fasilitas alat yang rusak/tidak terstandar dan atau SDM nya yang kurang, baik dari segi jumlah atau optimalisasi peralatan yang kurang

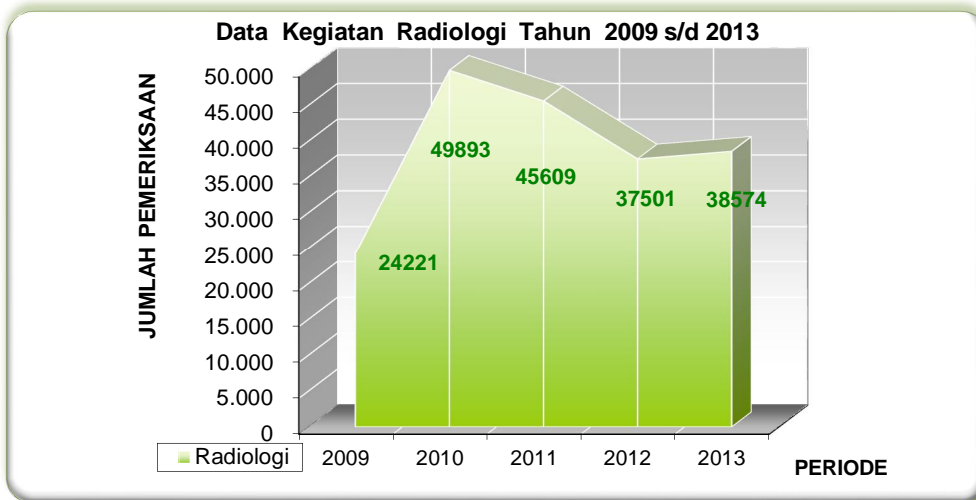
Kegiatan Hemodialisa berfluktuasi, tidak terjadi perubahan yang signifikan



Grafik 2.5. Kegiatan Diagnostik Terpadu

5) Kegiatan Radiologi

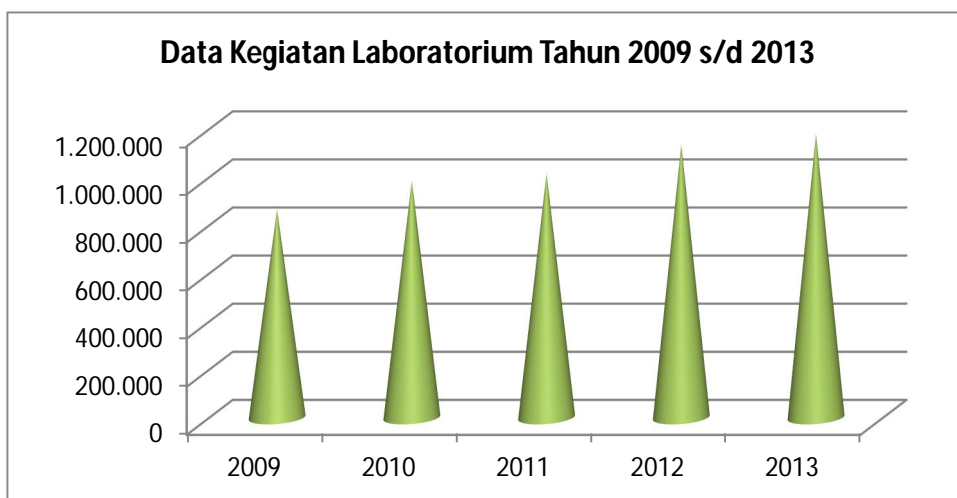
Jumlah pemeriksaan Radiologi dari tahun 2009 s/d tahun 2013 nampak berfluktuasi, disebabkan belum selektif dalam melaksanakan permintaan pemeriksaan radiology, sehingga berdampak terhadap pembiayaan rumah sakit.



Grafik 2.6. Kegiatan Radiologi

6) Kegiatan Laboratorium

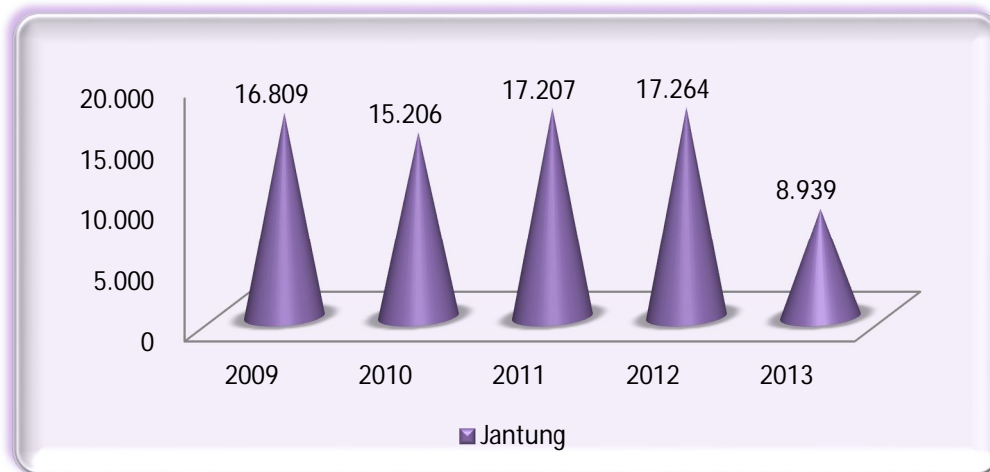
Jumlah pemeriksaan laboratorium dari tahun 2009 s/d tahun 2013 selalu meningkat karena semakin berkembangnya ilmu di bidang kedokteran sehingga membutuhkan dukungan item pemeriksaan labor yang lebih lengkap, atau belum selektifnya permintaan pemeriksaan laboratorium.



Grafik 2.7. Kegiatan Laboratorium

7) Kegiatan Pusat Jantung Regional (PJR)

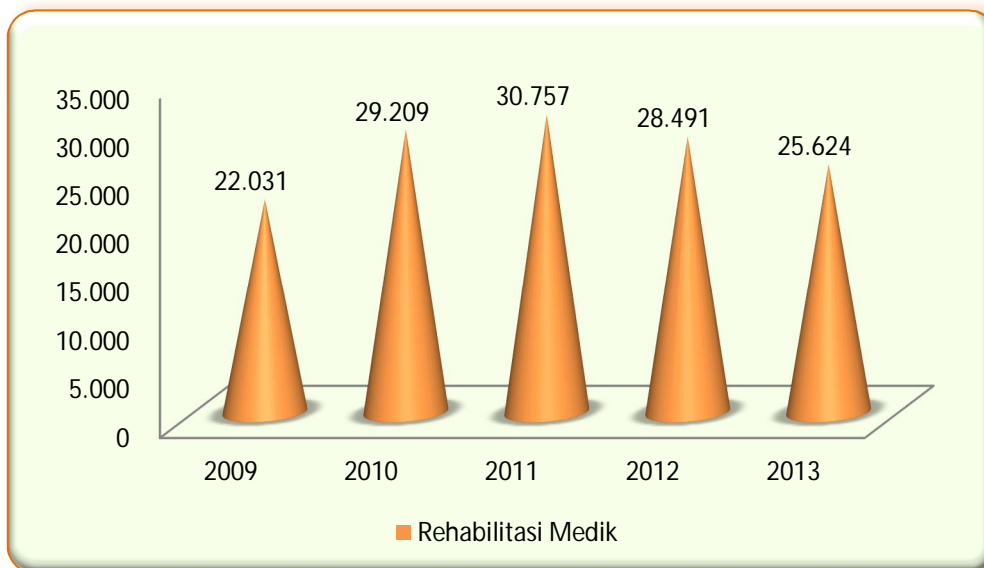
Kegiatan PJR dari tahun 2009 s/d 2012 berfluktuasi tidak terjadi perubahan yang signifikan tetapi tahun 2013 terjadi penurunan disebabkan kegiatan EKG tidak ada selama 8 bulan. Hal ini disebabkan beberapa hal, diantaranya adalah beberapa alat yang rusak dan adapula yang sudah melewati umur ekonomis. Karena PJR adalah merupakan pelayanan unggulan RSUP Dr M. Djamil maka sarana dan prasarananya perlu diprioritaskan untuk dilengkapi/dikembangkan khususnya untuk bedah jantung.



Grafik 2.8. Kegiatan Pusat Jantung Regional (PJR)

8) Kegiatan Rehabilitasi Medik

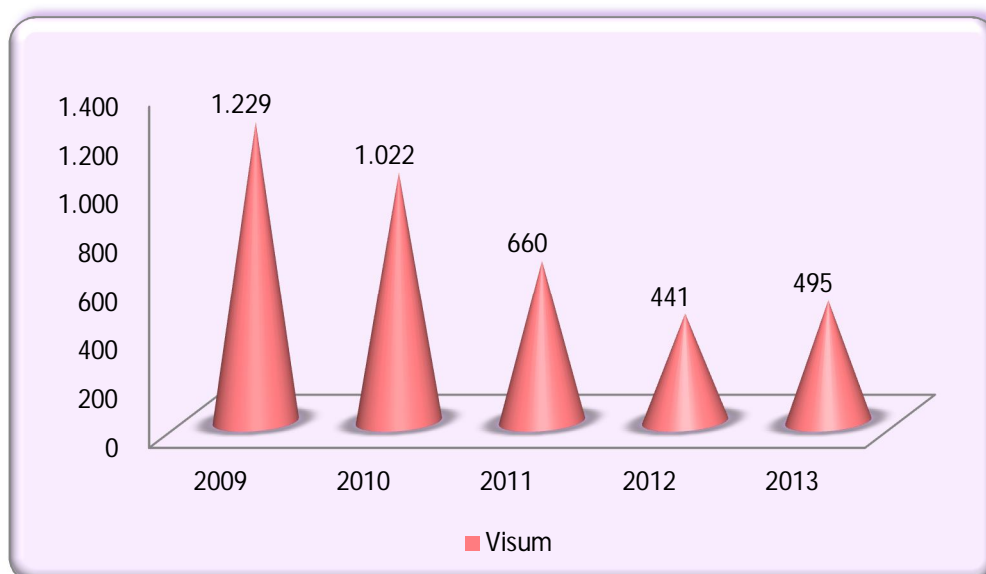
Pada tahun 2009 s/d tahun 2011 kunjungan pasien rehabilitasi medik meningkat tetapi mulai tahun 2012 s/d 2013 pasien kembali menurun. Hal ini disebabkan peralatan sudah melebihi umur ekonomis sehingga banyak peralatan yang perlu peningkatan dan pengembangan SDM.



Grafik 2.9. Kegiatan Rehabilitasi Medik

9) Kegiatan Forensik

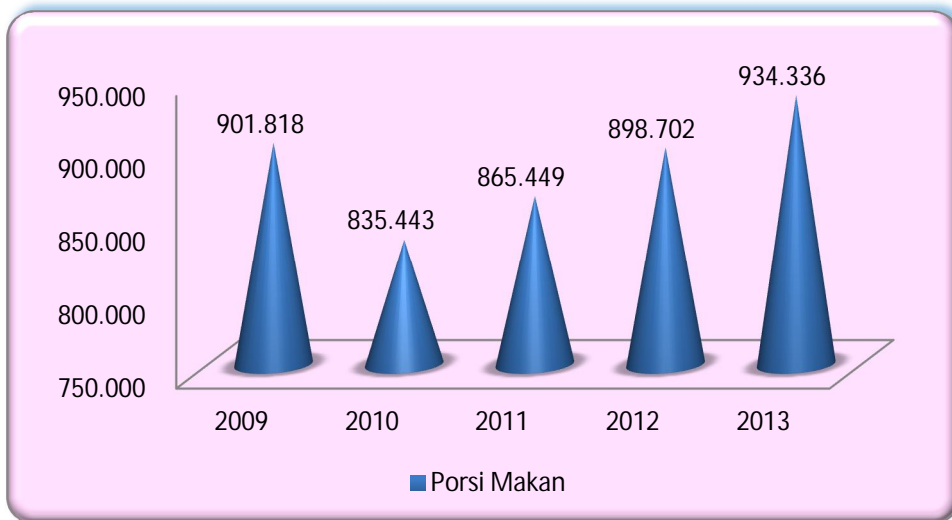
Kegiatan Forensik dari tahun 2009 s/d 2013, kegiatan visum menunjukkan penurunan hal ini disebabkan adanya regionalisasi pelayanan visum dan kebijakan bahwa semua visum yang dikirim dari Polres/Polsek harus dilakukan di RS Bhayangkara, sehingga hanya visum dengan kompleksitas tinggi yang dirujuk ke RSUP Dr M. Djamil.



Grafik 2.10 Kegiatan Forensik

10) Kegiatan Gizi

Pada tahun 2010 terjadi penurunan jumlah porsi makanan dibanding tahun 2009 karena terjadinya jumlah kunjungan pasien, pada tahun 2011 s/d 2013 jumlah pasien normal kembali.



Grafik 2.11. Kegiatan Gizi

b) Efektifitas Pelayanan

Dari tabel dilihat BOR RSUP Dr M Djamil Padang pada tahun 2010 terjadi penurunan, hal ini disebabkan dampak psikologis dari pasca gempa pada september 2009. BOR RSUP. DR .M. Djamil pada tahun 2011 dan 2012 terjadi peningkatan, disebabkan pelayanan sudah mulai stabil, pada tahun 2013 terjadi penurunan BOR hal ini disebabkan sistim rujukan sudah mulai berjalan, namun dari segi efektifitas pelayanan, BOR berada pada nilai ideal (nilai ideal 60-85). BTO rata-rata 29,25 berada dibawah nilai ideal (Nilai ideal 40-50 kali/tahun), artinya penggunaan tempat tidur rumah sakit belum efisien. TOI sejak tahun 2009 s/d 2013, rata-rata berada diatas nilai ideal (nilai ideal 1-3 hr), artinya penggunaan tempat tidur belum efisien karena tempat tidur kosong lebih dari 3 hari.

Tabel 2.1
Capaian Efektifitas Pelayanan
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2009 s/d 2013

No	Parameter	Tahun				
		2009	2010	2011	2012	2013
1	BOR	61,7	60,6	67,1	66,7	64,3
2	LOS	7,1	7,1	7,1	7,2	7,4
3	BTO	30,5	27,7	26,2	30,3	31,6
4	TOI	4,6	5,2	4,1	4,0	4,1
5	GDR	9,9	10,3	10,2	10,4	10,6
6	NDR	42.9	59.7	6,1	6,4	6,1
7	Kelengkapan RM 1x 24 jam	0	55.8%	98%	98%	98%

c) Pendidikan dan Pelatihan

Dari tabel terlihat rendahnya jumlah penelitian, hal ini disebabkan rendahnya minat untuk melakukan penelitian dan atau kurangnya sosialisasi terhadap penelitian atau belum terdokumentasikan penelitian yang telah dilakukan. Jumlah staff mengikuti pendidikan terus meningkat dari tahun ke tahun, yang mengikuti pelatihan yang diadakan di internal maupun eksternal RS, trendnya selalu meningkat sesuai kebutuhan rumah saki (akreditasi), penurunan terjadi hanya sebatas keterbatasan ketersediaan dana Rumah Sakit.

Tabel 2.2
Capaian Program Pendidikan, Pelatihan & Penelitian
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2009 s/d 2013

No	Indikator	Tahun				
		2009	2010	2011	2012	2013
1	Jumlah Penelitian	25	30	28	35	33
2	Jumlah Pengikuti Pendidikan	17	29	56	59	82
3	Jumlah Mengikuti Pelatihan Eksternal	67	105	243	117	108
4	Jumlah Mengikuti Pelatihan Internal	319	619	304	848	1311

d) Mutu Pelayanan

Dari tabel terlihat bahwa selama kurun waktu 5 tahun, *emergency response time rate* tercapai sesuai standar yaitu < 5 menit, hal ini didukung oleh kecukupan dokter jaga triase gawat darurat. Angka pasien rawat inap yang dirujuk sesuai standar, kecepatan pelayanan resep obat jadi tercapai sesuai standar yaitu <30 menit, waktu tunggu sebelum operasi elektif tercapai sesuai standar yaitu 2-3 hari, dan waktu tunggu poliklinik juga tercapai sesuai standar meskipun 2 tahun pertama belum mencapai standar yaitu 30 – 45 menit.

Tabel 2.3
Capaian Indikator Mutu Pelayanan
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2009 s/d 2013

No	Indikator	2009	2010	2011	2012	2013
1	Emergency Response Time Rate	5 mnt	5 mnt	5 mnt	5 mnt	4 mnt
2	Angka Pasien Rawat Inap Yang Dirujuk	0.5%	0,39%	0.41%	0.77%	0.81%
3	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	30 mnt	20 mnt	17 mnt	30 mnt	15 mnt
4	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif	3 hr	3 hr	2 hari	2 hr	2 hr
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	90 mnt	90 mnt	90 mnt	60 mnt	60 mnt

e) Mutu Klinik

Dari tabel dapat dilihat bahwa angka kematian di gawat darurat (standar $\leq 2,5\%$), post operative death rate (standar <2%), angka infeksi nosokomial (standar 1,5%), dan angka kematian > 48 jam (standar <25%) dalam 5 tahun terakhir, telah dibawah standar.

Tabel 2.4
Capaian Indikator Mutu Klinik
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2009 s/d 2013

No	Indikator	2009	2010	2011	2012	2013
1	Angka Kematian di Gawat Darurat	0,2%	0,41%	0.24%	0.22%	0,24%
2	Angka Kematian >48 jam	5.63%	6.11%	6,13%	6,42%	6.11%
3	Post Operative Death Rate	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
4	Angka Infeksi Nosokomial	-	-	0,21%	0,33%	0,74%

f) Kepuasan Pelanggan & Kepedulian Lingkungan

Jumlah komplain sesuai data adalah berfluktuasi dan tinggi. Untuk meningkatkan mutu pelayanan seharusnya jumlah komplain ini rendah, artinya mutu pelayanan rumah sakit belum optimal. Sedangkan presentase tindak lanjut yang dilaksanakan menurun yang seharusnya semua tindak lanjut ini dapat diselesaikan (100%), hal ini menunjukkan bahwa semua permasalahan yang menyangkut komplain pasien belum dapat terselesaikan dengan baik. Kebersihan lingkungan dari data diatas pada tahun 2013 menurun dari 1,5 ke 1 karena format penghitungan indikatornya baru (tahun 2013) artinya tidak ada perubahan yang signifikan Hasil uji amdal dari data diatas nampak menurun ($1,50 > 0,2$) tahun 2013, hal ini akan berdampak terhadap lingkungan rumah sakit

Tabel 2.5
Nilai Indikator Kepuasan pelanggan & kepedulian lingkungan
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2009 s/d 2013

No	Indikator	2009	2010	2011	2012	2013
	Kepuasan Pelanggan					
1	Jumlah Komplain	-	-	83	109	90
2	Persentase tindak lanjut komplain	-	-	100%	88%	83%
3	Kepuasan pelanggan	-	-			79.28
	Kepedulian Terhadap Lingkungan					
1	Kebersihan Lingkungan	1,50	1,50	1,50	1,50	1,00
2	Hasil Uji AMDAL	1,50	1,50	1,50	1,50	0,20

g) Capaian pelayanan prioritas

Capaian Pelayanan unggulan untuk pelayanan Jantung, dari segi kemampuan SDM, fasilitas sudah tersedia dan saat ini sudah terlaksana. Khusus untuk pelayanan Jantung Surgery kemampuan SDM, fasilitas dalam proses persiapan.

Pelayanan Perinatologi dari segi kemampuan SDM dan fasilitas sudah tersedia dan pelayanannya sudah terlaksana.

Pelayanan NICU, Tissue bank dan sel punca dari kemampuan SDM sudah tersedia, sementara fasilitas dan pelaksanaannya dalam proses pengembangan

Pelayanan Geriatrik terpadu, Pelayanan terapi pengganti ginjal dan Tumbuh kembang anak terpadu dari kemampuan SDM sudah tersedia, sementara untuk fasilitas dan pelaksanaan pelayanan dalam proses persiapan

Tabel 2.6
Capaian Pelayanan Prioritas menurut Kemampuan & Kunjungan
RSUP Dr M Djamil Padang 2011 s/d 2013

No	Pelayanan Prioritas	Kemampuan			Kunjungan		
		SDM	Fasilitas	Proses	2011	2012	2013
I	Pelayanan Unggulan						
1	Jantung						
	a. Medical Rawat Jalan	■	■	■	27.301	23.393	22.286
	b. Medical Rawat Inap	■	■	■	1.227	1.563	1.751
	c. CVCU	■	■	■	920	1.050	1,221
	d. Surgery	■	■	■	-	-	-
2	Perinatologi	■	■	■	5.938	5.920	5.403
	NICU	■	■	■	139	243	220
3	Tissue bank & Sel Punca	■	■	■	-	2003	1020
II	Pengembangan Pelayanan						
1	Geriatrik Terpadu	■	■	■	-	-	-
2	Pelayanan Therapi pengganti Ginjal	■	■	■	-	-	-
3	Tumbuh kembang anak terpadu	■	■	■	-	-	-

Keterangan :

- : Dalam proses persiapan
- : Tersedia

h) Gambaran kunjungan pelayanan unggulan menurut asal wilayah

Kunjungan untuk pelayanan unggulan yang terbesar adalah dari wilayah Jambi

Tabel 2.7
Kunjungan Pelayanan Unggulan menurut Asal Wilayah Pasien
Pada RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2013

No	Berdasarkan asal wilayah	Jantung	Perinatologi
1	Riau	165	3
2	Kepri	12	2
3	Jambi	316	29
4	Sumatera Utara	121	1
5	Bengkulu	112	7

2.2. Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

a) Rasio Keuangan

Dari tabel terlihat bahwa kondisi keuangan RSUP Dr.M.Djamil Padang, secara umum sangat kuat, hal ini terlihat dari rasio Perputaran Aset tetap, Rasio Imbalan atas aset tetap, Rasio imbalan Ekuitas, Rasio Perputaran persediaan dan Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional untuk 5 poin tersebut diatas RSUP Dr.M.Djamil Padang mendapat nilai skor maksimal atau sangat bagus (table berikut), namun dari sisi likuiditas, terutama cash ratio dan current ratio RSUP Dr M Djamil Padang memperoleh skor yang kurang bagus hal ini disebabkan oleh aset lancar terutama Kas yang dimiliki oleh RSUP Dr M Djamil masih sedikit dan tidak memiliki cadangan yang cukup untuk membayar hutang jangka pendek, (2) Dari segi periode penagihan piutang skor kinerja kurang bagus, ini disebabkan adanya piutang Jamkesmas belum terbayarkan karena anggaran dari pemerintah pusat, dananya belum mencukupi

Tabel 2.8
Indikator Kinerja Aspek Keuangan Rumah Sakit
RSUP Dr M Djamil Padang 2009 s/d 2013

No	Aspek / Indikator	2009	2010	2011	2012	2013
1	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	85,33%	31,65%	59,83%	73,99%	33,41%
2	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	174,13%	168,64%	140,18%	171,71%	152,22%
3	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	72 Hari	31 Hari	47 Hari	33 Hari	66 Hari
4	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed asset Turnover</i>)	23,81%	27,73%	33,30%	39,90%	28,39%
5	Imbalan atas aset tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	1,84%	-1,48%	0,88%	2,35%	14,42%
6	Imbalan Ekuitas (<i>Return On Equity</i>)	3,80%	-1,87%	1,39%	4,34%	28,41%
7	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)/PP	33 Hari	27 Hari	16 Hari	13 Hari	17 Hari
8	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya Operasional	54,92%	45,67%	60,75%	71,56%	62,12%
9	Rasio Subsidi Biaya pasien	8,35%	12,16%	16,58%	26,27%	0,43%

b) Kinerja Pengelolaan Rumah Sakit

Dari tabel dapat dilihat dalam kurun waktu 5 tahun, yang mana penilaian kinerja rumah sakit saling berkaitan antara indikator kinerja keuangan, indikator kinerja operasional dan indikator kinerja mutu pelayanan & manfaat kepada masyarakat terus membaik, sehingga kinerja rumah sakit mengalami peningkatan dari BBB (kurang sehat) tahun 2009 menjadi (sehat) mulai tahun 2010 s/d 2013

Tabel 2.9
Indikator Kinerja Pengelolaan Rumah Sakit
RSUP Dr M Djamil Padang 2009 s/d 2013

No	Aspek / Indikator	Rasio				
		2009	2010	2011	2012	2013
1	Opini	WDP	WDP	WDP	WTP	WTP
2	Penilaian Kinerja	62.85(BBB)	68.65(A)	69.50(A)	73.90(A)	78,60(A)

BAB III ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Tata Nilai, Moto

a. VISI

“ MENJADI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN RUJUKAN NASIONAL YANG TERKEMUKA DI INDONESIA TAHUN 2019 ”

b. MISI

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan bertaraf internasional, berdaya saing, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
- b. Menyelenggarakan pendidikan yang professional & penelitian berbasis bukti dibidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- c. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
- d. Menjadikan tempat kerja yang aman, nyaman dan menyenangkan

c. TATA NILAI

Untuk mencapai visi dan misi RSUP DR M Djamil Padang (RSMD) mempunyai nilai-nilai utama (*core values*) atau budaya sebagai pedoman bagi seluruh jajaran rumah sakit dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian. Nilai tersebut adalah **PEDULI**

Nilai **Peduli** merupakan akronim dari kata-kata; **P**rofesional, **E**mpaty, **D**aya saing, **U**tama, **L**oyal dan **I**khlas

P = Profesional

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk bekerja sesuai dengan kompetensi dalam melaksanakan tugas dan wewenang yang dibebankan kepadanya. Berorientasi pada pelayanan dan keselamatan dalam memberikan pelayanan pada pelanggan

E = Empaty

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk selalu merasakan apa yang dirasakan oleh pelanggan dan stakeholder dalam memberikan pelayanan

meliputi; keramahan, kesopanan dan kepedulian atau kepekaan serta santun dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

D= Daya Saing

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk meningkatkan kualitas, kompetensi dan sumber daya agar organisasi dapat bersaing pada era globalisasi, dengan menjalankan tugas dan wewenang yang dibebankan kepadanya

U = Utama

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk selalu mengutamakan kepentingan organisasi, keselamatan pelanggan internal dan eksternal diatas kepentingan pribadi atau golongan.

L = Loyal

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk setia dan patuh terhadap aturan dan ketentuan yang berlaku terhadap organisasi

I = Ikhlas

Seluruh jajaran RSUP DR M Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan niat ibadah dan bersungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

d. MOTTO

“Kepuasan anda adalah kepedulian kami”

3.2 Aspirasi Stakeholders Inti

No.	Stakeholders	Harapan	Kekhawatiran
1.	Ditjen BUK Kemenkes RI	RS Rujukan Nasional untuk kasus-kasus sulit. Terakreditasi JCI	Tidak optimalnya pelayanan kasus-kasus sulit
2.	Pemda Prop. Sumatera Barat	Menjadi rumah sakit pengampu di Sumatera Barat	Tidak optimal dalam membantu pembinaan RS lain
3.	FK. Unand Padang	RS pendidikan yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian	Tidak optimalnya integrasi antara pelayanan, pendidikan & penelitian
4.	Karyawan	Menjadi tempat kerja yang aman, nyaman dan menyenangkan	Tidak terciptanya tempat kerja yang nyaman dan menyenangkan.
5.	Pasien & keluarga	Mendapatkan pelayanan yang berkualitas, aman dan nyaman.	Tidak terpenuhinya kepuasan pelanggan.

6.	Pihak ke 3 (Supplier)	Kerjasama yang profesional dan berimbang.	Tidak terciptanya kerjasama yang baik.
----	-----------------------	---	--

3.3. Tantangan Strategis

Dalam mewujudkan harapan stakeholder di atas, berikut ini beberapa tantangan strategis yang dihadapi oleh RS

- a. Mewujudkan RS rujukan nasional dan terakreditasi JCI
- b. Mewujudkan kepuasan pelanggan
- c. Mengoptimalkan pembinaan rumah sakit jejaring untuk system rujukan berjenjang
- d. Mewujudkan rumah sakit pendidikan terbaik yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian
- e. Mewujudkan terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien
- f. Mengoptimalkan Reward & Punishment berbasis kinerja
- g. Mewujudkan Kelengkapan SDM dalam kualitas dan kuantitas
- h. Mengoptimalkan tata kelola organisasi
- i. Mewujudkan terbangunnya leadership dan inisiatif pada unit kerja
- j. Mewujudkan ketersediaan fasilitas yang berkualitas dan up to date
- k. Mewujudkan system informasi dan manajemen RS terintegrasi

3.4 Benchmarking

RSUP M Djamil mengambil RSCM sebagai benchmark karena RSCM sudah terakreditasi Nasional dan Internasional

No	Indikator	RSUP Dr M Djamil	RSCM/2012
Perspektif Pelayanan			
1	Capaian indikator medik kasus sulit	60%	100%
2	Persepsi budaya keselamatan pasien	25%	Sedang
3	Persentase rujukan tepat atas bawah	25%	80%
4	Persentase kesesuaian sarana untuk kasus sulit	25%	100%
5	Tingkat keandalan sarfas.	71,53%	75%
Perspektif Manajemen			
1	Tingkat kepuasan staf	60%	72,32%
2	Prosentase complain yang ditindak lanjuti	25%	100%
3	Indeks kinerja pegawai	75%	75 %
4	Indek budaya korporat	50%	82,75 %

3.5 Analisa SWOT

Tabel 1. Faktor-Faktor yang membentuk Peluang dan Ancaman pada RSUP Dr M. Djamil Padang

Peluang (Eksternal)	Ancaman (Eksternal)
Tingginya potensi pasar terhadap layanan unggulan	Meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang berkualitas
Kebijakan pemerintah tentang jaminan Kesehatan Nasional	Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS swasta dan RS di luar negeri
Fleksibilitas pengelolaan keuangan BLU dan terbukanya peluang KSO untuk pemutakhiran peralatan medic	Citra masyarakat kurang baik terhadap RS pendidikan
Terbukanya kerjasama pelayanan, pendidikan, dan penelitian (Rs swasta, sister hospital, dll)	Belum optimalnya system rujukan
RS yang berada pada daerah tujuan wisata (health tourism)	Lokasi RS berada di Daerah rawan bencana
Masyarakat makin sadar akan kesehatan	RS kurang diminati dokter spesialis
Menjadi RS Rujukan Nasional	Ketergantungan kepada pihak ketiga dalam penyediaan dan pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan

Tabel 2. Faktor-Faktor yang membentuk Kekuatan dan Kelemahan pada RSUP Dr M. Djamil Padang

Kekuatan (internal)	Kelemahan (Internal)
Memiliki SDM yang kompeten (80%) untuk pelayanan jantung, perinatology dan steam cell	Masih belum optimalnya tata kelola organisasi
Memiliki pusat unggulan pelayanan jantung dan pembuluh darah di Sumatera Tengah	Belum memiliki system informasi RS (SIMRS) terintegrasi
Memiliki tissue bank dan laboratorium biomedik	Terbatasnya ketersediaan dan kehandalan sarana prasarana dan peralatan
Memiliki 3 pusat riset kanker, TB-HIV dan Kesehatan & Gizi	Reward & Punishment berbasis kinerja belum optimal
Memiliki 12 program pendidikan spesialis, 4 program sub spesialis, 3 program S2 dan 2 program S3	Belum terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien
Terjalinya kerjasama yang baik antara RS dan FK	Belum tumbuhnya profesionalisme secara merata pada seluruh SDM
	Belum optimalnya pembinaan rumah sakit jejaring untuk system rujukan berjenjang

3.6. Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis

Tabel Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Kekuatan

STRENGTH	Bobot	Rating	Score
Memiliki SDM yang kompeten (80%) untuk pelayanan jantung, perinatology dan steam cell	0,20	60	12
Memiliki pusat unggulan pelayanan jantung dan pembuluh darah di Sumatera Tengah	0,20	60	12
Memiliki tissue bank dan laboratorium biomedik	0,20	40	8
Memiliki 3 pusat riset kanker, TB-HIV dan Kesehatan & Gizi	0,15	30	4,5
Memiliki 12 program pendidikan spesialis, 4 program sub spesialis, 3 program S2 dan 2 program S3	0.15	50	7,5
Terjalinya kerjasama yang baik antara RS dan FK	0.10	60	6
TOTAL SCORE	100%		50

WEAKNESS	Bobot	Rating	Score
Masih belum optimalnya tata kelola organisasi	0,20	-50	-10
Belum memiliki system informasi RS (SIMRS) terintegrasi	0,20	-70	-14
Terbatasnya ketersediaan dan kehandalan sarana prasarana dan peralatan	0,15	-60	-9
Reward & Punishment berbasis kinerja belum optimal	0,15	-60	-9
Belum terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien	0.10	-60	-6
Belum tumbuhnya profesionalisme secara merata pada seluruh SDM	0.10	-50	-5
Belum optimalnya pembinaan rumah sakit jejaring untuk system rujukan berjenjang	0,10	-70	-7
TOTAL SCORE	100%		-60

OPPORTUNITY	Bobot	Rating	Score
Tingginya potensi pasar terhadap layanan unggulan	0,20	70	14
Kebijakan pemerintah tentang jaminan Kesehatan Nasional	0,20	80	16
Fleksibilitas pengelolaan keuangan BLU dan terbukanya peluang KSO untuk pemutakhiran peralatan medic	0,15	60	9
Terbukanya kerjasama pelayanan, pendidikan, dan penelitian (Rs swasta, sister hospital, dll)	0,15	70	10,5
RS yang berada pada daerah tujuan wisata (health tourism)	0,10	50	5
Masyarakat makin sadar akan kesehatan	0,10	70	7
Menjadi RS Rujukan Nasional	0,10	80	8
TOTAL SCORE	100%		69,5

THREAT	Bobot	Rating	Score
Meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang berkualitas	0,20	-50	-10
Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS swasta dan RS di luar negeri	0,20	-20	-4
Citra masyarakat kurang baik terhadap RS pendidikan	0,15	-60	-9
Belum optimalnya system rujukan	0,15	-40	-6
Lokasi RS berada di Daerah rawan bencana	0,10	-30	-3
RS kurang diminati dokter spesialis	0,10	-20	-2
Ketergantungan kepada pihak ketiga dalam penyediaan dan pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan	0,10	-50	-5
TOTAL SCORE	100%		-39

POSISI BISNIS RSUP M.DJAMIL PADANG TAHUN 2015

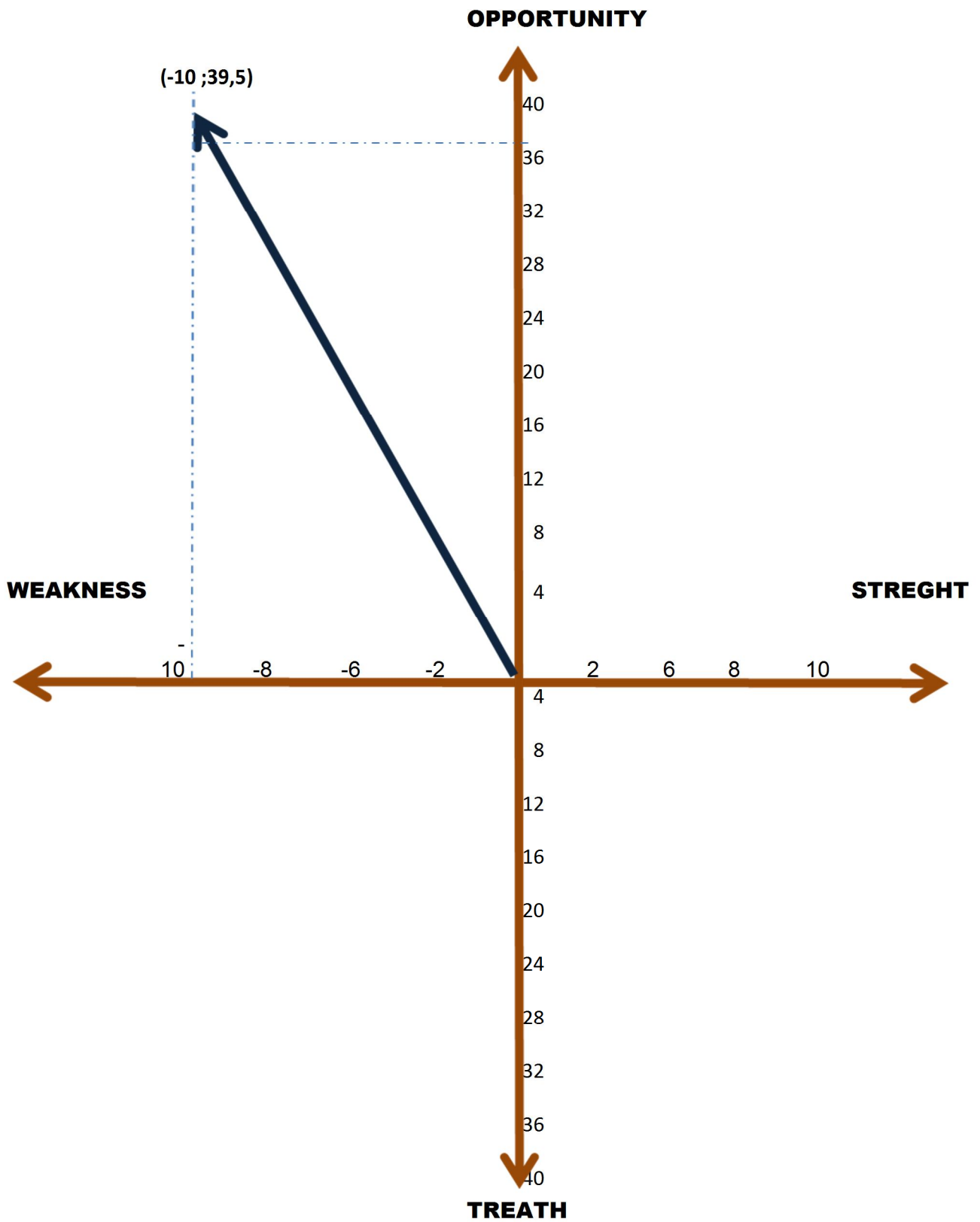
Dari perhitungan pembobotan dan rating di atas, diperoleh nilai-nilai koordinat sebagai berikut :

Sumbu X : Kekuatan - Kelemahan = 50 - 60 = -10

Sumbu Y : Peluang - Ancaman = 69,5 - 39 = 39,5

Dengan koordinat tersebut, maka posisi RSUP Dr M Djamil berdasarkan analisa SWOT berada di kuadran II (*Stability*), dapat dilihat pada gambar berikut :

GAMBAR 1.POSISI BISNIS RSUP M.DJAMIL PADANG TAHUN 2015



Berdasarkan hasil analisa SWOT didapatkan bahwa RSUP M.DJAMIL PADANG berada di posisi Kuadran II (Dua)

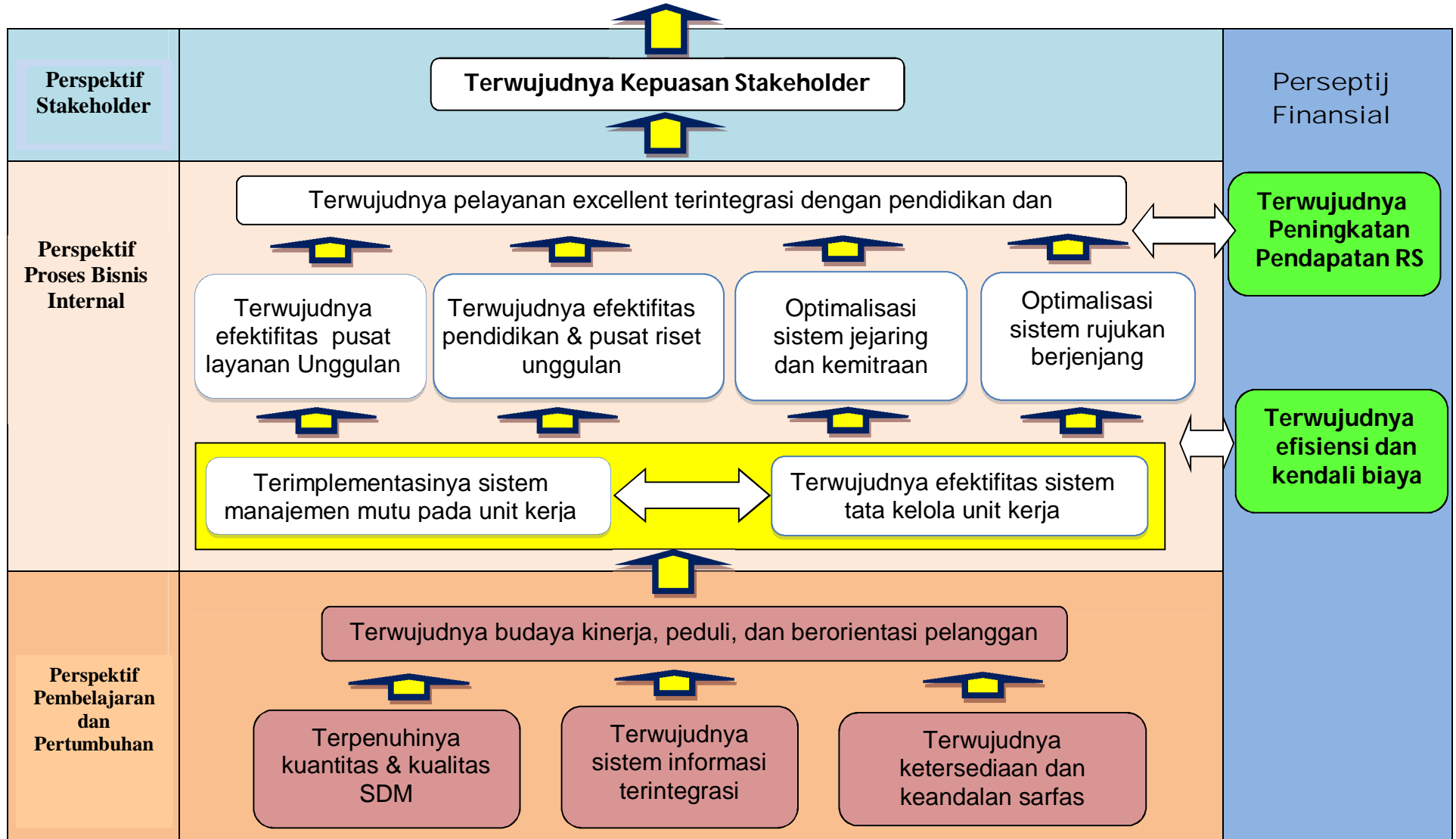
Adapun strategi yang diperlukan oleh RSUP Dr M Djamil Padang pada kondisi ini adalah “memaksimalkan kekuatan untuk mengurangi kelemahan, menangkap peluang yang ada dengan mengantisipasi ancaman” guna mewujudkan Visi dan Misi RSUP M Djamil Padang. Strategi-strategi tersebut diimplementasikan melalui reformasi system manajemen Rumah sakit, menetapkan kebijakan dan program yang mendukung, melakukan inovasi pada produk layanan, serta pengembangan pelayanan unggulan.

3.7 Analisa TOWS

	STRENGTH (S)	WEAKNESS (W)
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memiliki SDM yang kompeten (80%) untuk pelayanan jantung, perinatology dan steam cell 3. Sudah memiliki pusat unggulan pelayanan jantung dan pembuluh darah di Sumatera Tengah 4. Sudah memiliki tissue bank dan laboratorium biomedik 5. Sudah memiliki 3 pusat riset kanker, TB-HIV dan Kesehatan & Gizi 6. Memiliki 12 program pendidikan spesialis, 4 program sub spesialis, 3 program S2 dan 2 program 7. Sudah terjalinnya kerjasama yang baik antara RS dan FK 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masih belum optimalnya tata kelola organisasi 2. Belum memiliki Sistem Informasi RS (SIMRS) terintegrasi 3. Terbatasnya ketersediaan dan kehandalan sarana prasarana dan peralatan 4. Reward & Punishment berbasis kinerja belum optimal 5. Belum terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien 6. Belum tumbuhnya profesionalisme secara merata pada seluruh SDM. 7. Belum optimalnya pembinaan rumah sakit jejaring untuk system rujukan berjenjang
OPPORTUNITY (O)	STRATEGI (SO)	STRATEGI (WO)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingginya potensi pasar terhadap layanan unggulan 2. Kebijakan pemerintah tentang jaminan Kesehatan Nasional 3. Fleksibilitas pengelolaan keuangan BLU dan terbukanya peluang KSO untuk pemutakhiran peralatan medic 4. Terbukanya kerjasama pelayanan, pendidikan, dan penelitian (RS swasta, sister hospital, dll) 5. RS yang berada pada daerah tujuan wisata (health tourism) 6. Masyarakat makin sadar akan kesehatan 7. Menjadi RS Rujukan Nasional 	<p>Membangun efektifitas pusat layanan Unggulan</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> <p>Mengoptimakani sistem rujukan berjenjang</p>
THREAT (T)	STRATEGI (ST)	STRATEGI (WT)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Citra masyarakat kurang baik terhadap RS Pendidikan 2. Meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang berkualitas 3. Belum optimalnya sistem rujukan 4. Lokasi RS berada di daerah rawan bencana 5. Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS Swasta dan RS di luar negeri 6. RS kurang diminati dokter spesialis. 7. 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>Mengoptimakani 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 pada unit kerja</p> <p>Meningkatkan Pendapatan RS guna mendukung proses bisnis</p> <p>Melakukan efisiensi dan kendali biaya</p>

3.8. Rancangan Peta Strategi Balanced Scorecard (BSC)

VISI : Menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional Yang Terkemuka di Indonesia tahun 2019



BAB IV
INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

4.1. Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE	TARGET				
					2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERSPEKTIF FINANSIAL 1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1. Persentase peningkatan pendapatan	4	%	DK	20%	20%	20%	25%	25%	30%
	2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2. <i>Cost recovery rate</i>	4	%	DK	65%	67%	69%	71%	73%
PERSPEKTIF STAKEHOLDER 3. Terwujudnya kepuasan stakeholder	3. Tingkat kepuasan pasien	4	%	USP		70%	75%	78%	80%	85%
	4. Tingkat kepuasan peserta didik	4	%	USP	#NA	70%	75%	80%	85%	90%
	5. Tingkat kepuasan staf	4	%	USP		70%	75%	78%	80%	85%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL 4. Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	3	%	USP	70%	74%	78%	82%	86%	90%
	7. Persentase complain yang ditindaklanjuti	4	%	DMK	70%	75%	80%	85%	90%	95%
	8. Indeks budaya patient safety	4	%	DMK	60%	80%	80%	80%	85%	85%
	9. Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	DMK	16 Pelayanan	Kars	JCI	-	Kars	JCI
5. Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	4	Satuan	DMK	3	1 (transplan-tasi ginjal)	1 (kanker terpadu)	1 (geriatri terpadu)	1 (layanan Retina)	1 (defisiensi imun)
	11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	4	%	DMK	#NA	70%	75%	80%	85%	90%
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset	12. Jumlah program studi spesialis (Sp1)	3	Satuan	USP	12/4	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2014	TARGET				
						2015	2016	2017	2018	2019
unggulan	/Sp2)									
	13. Jumlah riset translasional	4	Satuan	USP	-	2	2	2	2	2
7. Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	4	%	DMK	#NA	60%	65%	70%	75%	80%
8. Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	3	Satuan	DMK	3	4	5	7	8	9
	16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	USP	#NA	1	1	1	1	1
9. Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	4	%	DMK	#NA	70%	75%	80%	90%	100%
	18. Persentase DPJP ekselen	4	%	DMK	#NA	70%	80%	90%	95%	100%
10. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	4	%	USP	#NA	70%	75%	80%	90%	100%
	20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	4	%	USP	#NA	60%	65%	70%	75%	80%
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH										
11. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	21. Indek budaya PEDULI	4	%	USP	#NA	60%	65%	70%	75%	80%
12. Terpenuhinya kuantitas & kualitas SDM	22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	4	%	USP	73%	75%	78%	80%	82%	85%
	23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	%	USP	65%	70%	75%	80%	85%	90%

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2014	TARGET				
						2015	2016	2017	2018	2019
13. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	4	%	DK	20%	60%	75%	80%	90%	98%
14. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	4	%	DMK	#NA	70%	75%	80%	85%	90%
	26. Tingkat OEE (<i>overall equipment effectiveness</i>)	4	%	DMK	60%	70%	75%	80%	85%	90%

4.2. Kamus IKU

IKU – 1: Persentase peningkatan pendapatan

Perspektif	:	Finansial				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pendapatan RS				
IKU	:	Persentase kenaikan pendapatan				
Definisi	:	Peningkatan pendapatan adalah kemampuan rumah sakit dalam memperoleh peningkatan pendapatan pada tahun berjalan dibandingkan dengan pendapatan yang diperoleh di tahun sebelumnya Sumber pendapatan diperoleh dari semua transaksi keuangan akibat adanya layanan operasional (core bisnis rumah sakit) dan layanan non operasional (layanan non bisnis rumah sakit)				
Formula	:	Perbandingan antara total pendapatan pada tahun berjalan dan total pendapatan tahun lalu dikali 100%				
Bobot IKU	:	4				
Person in Charge	:	DK				
Sumber data	:	Laporan harian kasir, Rekening koran bendahara penerima (Bagian PMD)				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		20%	20%	25%	25%	30%

IKU – 2 : Cost recovery rate

Perspektif	:	Finansial				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya				
IKU	:	<i>Cost recovery rate</i>				
Definisi	:	<i>Cost recovery rate</i> adalah tingkat kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan guna menutupi seluruh biaya operasionalnya selama setahun yang diukur dalam bentuk persentase				
Formula	:	Perbandingan antara total pendapatan RS dalam setahun dan total biaya operasional dalam setahun dikali 100%.				
Bobot IKU	:	4				
Person in Charge	:	DK				
Sumber data	:	Laporan harian kasir, Rekening koran bendahara penerima, Buku besar bendahara pengeluaran BLU dan Buku besar bendahara pengeluaran RM (Bagian PMD),				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		67%	69%	71%	73%	75%

IKU – 3 : Tingkat kepuasan pasien

Perspektif	:	Stakeholder										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder										
IKU	:	Tingkat kepuasan pasien										
Definisi	:	Tingkat kepuasan pasien adalah rasa kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima atau dirasakan yang dibandingkan dengan harapannya. Tingkat kepuasan tersebut diukur berdasarkan SK MenPAN (KEP/25/M.PAN/2/2004)										
Formula	:	Hasil penilaian IKM dibandingkan dengan skala maksimal nilai IKM dikali bobot. IKM adalah Indeks Kepuasan Masyarakat. Skala maksimal = 100, Bobot = 1										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in Charge	:	USP										
Sumber data	:	Hasil survey										
Periode laporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>78%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	70%	75%	78%	80%	85%
2015	2016	2017	2018	2019								
70%	75%	78%	80%	85%								

IKU – 4 : Tingkat kepuasan peserta didik

Perspektif	:	Stakeholder										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder										
IKU	:	Tingkat kepuasan peserta didik										
Definisi	:	Tingkat kepuasan peserta didik adalah rasa kepuasan peserta didik terhadap hasil didikan yang diterima atau dirasakan yang dibandingkan dengan harapannya. Tingkat kepuasan peserta didik dinilai dari aspek: dosen, peralatan, penguasaan materi, kemampuan komunikasi, kemampuan mengelola waktu pengajaran, keobjektifan dalam menilai. Skala penilaian instrumen menggunakan angka: 1 = Tidak puas 2 = Kurang puas 3 = Puas 4 = Sangat puas										
Formula	:	Tingkat kepuasan peserta didik adalah rerata penilaian dari peserta didik berdasarkan survey.										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in Charge	:	USP										
Sumber Data	:	Hasil survey dari Bagian Diklit dan Fakultas Kedokteran UNAND										
Periode laporan	:	Semester										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	70%	75%	80%	85%	90%
2015	2016	2017	2018	2019								
70%	75%	80%	85%	90%								

IKU – 5 : Tingkat kepuasan staf

Perspektif	:	Stakeholder										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder										
IKU	:	Tingkat kepuasan staf										
Definisi	:	Tingkat kepuasan staf adalah rasa kepuasan staf terhadap layanan yang diterima atau dirasakan yang dibandingkan dengan harapannya Tingkat kepuasan staf dinilai dari aspek:kenyamanan tempat kerja, ketegasan pelaksanaan reward and punishment, hubungan harmonis dengan lingkungan kerja . Skala penilaian instrumen menggunakan angka: 1 = Tidak puas 2 = Kurang puas 3 = Puas 4 = Sangat puas										
Formula	:	Tingkat kepuasan staf adalah rerata penilaian dari staf berdasarkan survey										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in Charge	:	USP										
Sumber Data	:	Hasil survey Bagian SDM dan Fakultas Kedokteran UNAND										
Periode laporan	:	Semester										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>78%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	70%	75%	78%	80%	85%
2015	2016	2017	2018	2019								
70%	75%	78%	80%	85%								

IKU – 6 : Tingkat kelulusan UKDI first taker

Perspektif	:	Stakeholder										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan sistem pelayanan, pendidikan & penelitian yang bermutu berbasis bukti										
IKU	:	Tingkat kelulusan UKDI first taker										
Definisi	:	Dokter yang lulus Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI) pada kali pertama ujian										
Formula	:	Jumlah peserta didik yang telah lulus uji kompetensi pada kali pertama ujian dibandingkan dengan total peserta yang mengikuti uji kompetensi kali pertama ujian pada periode itu dikali 100%										
Bobot IKU (%)	:	3										
Person in Charge	:	USP										
Sumber Data	:	Bakordik										
Periode laporan	:	Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2015</td> <td>2016</td> <td>2017</td> <td>2018</td> <td>2019</td> </tr> <tr> <td>74%</td> <td>78%</td> <td>82%</td> <td>86%</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	74%	78%	82%	86%	90%
2015	2016	2017	2018	2019								
74%	78%	82%	86%	90%								

IKU – 7 : Persentase komplain yang ditindaklanjuti

Perspektif	:	PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pelayanan ekselen terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian				
IKU	:	Persentase komplain yang ditindaklanjuti				
Definisi	:	Persentase komplain yang ditindaklanjuti adalah jumlah komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola dan telah ditindaklanjuti oleh manajemen RS				
Formula	:	Jumlah komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola dan telah ditindaklanjuti oleh manajemen RS dalam periode satu tahun dibandingkan dengan total semua komplain tertulis yang dilaporkan dalam periode tahun yang sama dikali 100%				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	Data Instalasi Humas				
Periode laporan	:	Bulanan, dilaporkan setiap Triwulan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		75%	80%	85%	90%	95%

IKU – 8 : Indeks budaya patient safety

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pelayanan Exellen Terintegrasi Dengan Pendidikan dan penelitian				
IKU	:	Indeks Budaya Patient Safety				
Definisi	:	Budaya patient safety adalah penerapan perilaku-prilaku pada seluruh karyawan terkait dengan 6 Sasaran keselamatan pasien (Identifikasi pasien, Hand hygiene, kewaspadaan Hight Allert, Tepat sisi, tepat prosedur dan tepat pasien dan pasien jatuh). Pengukuran budaya patient safety dilakukan melalui survei yang ditujukan kepada seluruh karyawan secara sampling.				
Formula	:	Nilai rata-rata kemampulaksanaan perilaku terkait 6 sasaran keselamatan pasien oleh karyawan dikali 100 %				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	UMKK				
Periode laporan	:	Semester				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		80 %	80 %	80 %	85%	85 %

IKU – 9 : Capaian Akreditasi rumah sakit

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pelayanan Ekselen terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian				
IKU	:	Capaian Akreditasi RS				
Definisi	:	<p>Capaian akreditasi RS adalah pengakuan yang diberikan oleh KARS atau JCI pada manajemen RS karena telah memenuhi standar yang ditetapkan.</p> <p>Tingkatan akreditasi KARS meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratama • Madya • Utama • Paripurna 				
Formula	:					
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	UMKK				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		KARS	J C I	-	KARS	J C I

IKU –10 : Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan				
IKU	:	Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan				
Definisi	:	Layanan unggulan ditetapkan berdasarkan SK Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan memperhatikan kompetensi SDM secara kualitas dan kuantitas, kecanggihan sarana dan prasarana pendukung, dan kebutuhan masyarakat.				
Formula	:	Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan pada tahun berjalan.				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Bidang Pelayanan Medik.				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		1 (trnsp Ginjal)	1 (kanker terpadu)	1 (geriatri terpadu)	1 (Retina)	1 (defisiensi imun)

IKU –11 : Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan				
IKU	:	Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan				
Definisi	:	Kasus sulit adalah kasus-kasus tersier yang membutuhkan penanganan yang komprehensif, holistik, dan multi disiplin. Layanan unggulan ditetapkan berdasarkan SK Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan memperhatikan kompetensi SDM secara kualitas dan kuantitas, kecanggihan sarana dan prasarana pendukung, dan kebutuhan masyarakat.				
Formula	:	Jumlah kasus sulit yang berhasil ditangani pada layanan unggulan dibagi dengan jumlah seluruh kasus sulit pada layanan unggulan dikali 100 %				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Laporan dari unit layanan unggulan				
Periode laporan	:	Bulanan dilaporkan setiap 3 bulan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70 %	75 %	80 %	85 %	90 %

IKU – 12 : Jumlah program studi spesialis baru (Sp1 dan Sp2)

Perspektif	:	PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan				
IKU	:	Jumlah program studi spesialis baru (Sp1 dan Sp2)				
Definisi	:	Jumlah program studi spesialis (Sp1 dan Sp2) yang dikembangkan bekerja sama dengan FK-UA				
Formula	:	-				
Bobot IKU (%)	:	3				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	Diklat dan FK-UA				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		1/1	1/1	1/1	1/1	1/1

IKU – 13 : Jumlah riset translasional

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya efektifitas pendidikan dan pusat riset unggulan				
IKU	:	Jumlah riset translasional				
Definisi	:	Riset translasional adalah riset dibidang kedokteran yang ditujukan untuk peningkatan mutu dalam bentuk publikasi				
Formula	:	Jumlah riset translasional				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Bagian Diklit dan FKUA				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		2	2	2	2	2

IKU – 14 : Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Optimalisasi sistem rujukan berjenjang				
IKU	:	Persentase kasus rujukan yang tepat (atas – bawah)				
Definisi	:	Kasus rujukan yang tepat meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. kasus-kasus dimana pasien dirujuk dari PPK II ke RSUP Dr M Djamil Padang karena level severitas kasus atau keterbatasan sumber daya di PPK II. 2. Kasus-kasus dimana pasien dirujuk balik dari RSUP Dr M Djamil Padang ke PPK II karena dianggap sudah bisa ditindak lanjuti oleh PPK II (rujuk balik). 				
Formula	:	Jumlah kasus yang memenuhi kriteria rujuk dan rujuk balik dibagi jumlah total kasus rujukan kali 100%				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Rekam medik				
Periode laporan	:	Bulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		60 %	65 %	70 %	75 %	80 %

IKU – 15 : Jumlah RS jejaring yang dibina

Perspektif	:	Internal Business Process				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif				
IKU	:	Jumlah RS jejaring yang dibina				
Definisi	:	RS jejaring adalah rumah sakit PPK2 yang memiliki kerjasama dengan RSUP Dr. M. Djamil dan FK-UA dalam aspek pelayanan, pendidikan dan manajemen				
Formula	:	Jumlah rumah sakit jejaring dengan klasifikasi RS pendidikan				
Bobot IKU (%)	:	3				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	Bakordik, Bagian Diklit dan WD 1 FK-UA				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		4	5	7	8	9

IKU – 16 : Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital

Perspektif	:	Proses Bnisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan				
IKU	:	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital				
Definisi	:	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				
Formula	:	-				
Bobot IKU (%)	:	3				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Bagian Diklit				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		1	1	1	1	1

IKU – 17 : Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu						
Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja				
IKU	:	Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu				
Definisi	:	Unit kerja meliputi SMF, instalasi, bagian/bidang dan komite. Audit mutu yang dimaksud adalah audit yang dilaksanakan oleh pihak internal terhadap pencapaian indikator mutu secara reguler atau insidental jika terjadi kasus yang tidak diinginkan. Hasil audit mutu ditindaklanjuti dalam bentuk rencana tindak lanjut (RTL). RTL adalah laporan evaluasi pelaksanaan RTL secara berkesinambungan dari unit kerja penanggung jawab ke tim Audit mutu.				
Formula	:	Jumlah unit kerja yang melaksanakan RTL dibagi dengan jumlah seluruh unit kerja dikali 100 %				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	UMKK dan komite				
Periode laporan	:	Semester				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70	75	80	90	100

IKU – 18 : Persentase DPJP ekselen						
Perspektif	:	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	:	Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja				
IKU	:	Persentase DPJP Ekselen				
Definisi	:	DPJP adalah dokter penanggung jawab pasien dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kriteria ekselen ditetapkan jika dokter yang bersangkutan dalam melakukan asuhan medis melakukan pengisian rekam medik pasien secara lengkap dalam waktu 24 jam, memberikan resep sesuai Fornas, melakukan visite sesuai jadwal dan melakukan supervisi kepada peserta didik secara berkualitas.				
Formula	:	Jumlah DPJP yang memberikan pelayanan ekselen dibagi dengan jumlah seluruh DPJP dikali 100%				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Absensi dan rekam medik				
Periode laporan	:	Bulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70	80	90	95	100

IKU – 19 : Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi

Perspektif	:	PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja				
IKU	:	Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi				
Definisi	:	SOP lintas unit kerja adalah pedoman baku untuk mengatur kordinasi antar unit kerja. Jenis SOP lintas unit kerja dipilih oleh direksi sesuai kebutuhan pada awal tahun berjalan.				
Formula	:	Jumlah SOP lintas unit kerja (terpilih) yang diimplementasikan dibandingkan dengan total jumlah SOP lintas unit kerja yang direncanakan untuk diimplementasikan dikali seratus persen. - SOP antar unit layanan - SOP unit layanan dengan unit penunjang - SOP unti layanan dengan unit manajemen				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	Unit Mutu /Bagian Umum				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70%	75%	80%	90%	100%

IKU – 20 : Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen

Perspektif	:	PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja				
IKU	:	Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen				
Definisi	:	Unit kerja yang berkinerja ekselen adalah unit kerja yang mencapai realisasi kinerja diatas target kinerja yang ditetapkan pada suatu periode penilaian kinerja. Penilaian kinerja didasarkan atas kontrak kinerja yang dilakukan antara atasan unit kerja dan direksi terkait pada awal tahun penilaian kinerja. Kontrak kinerja menggambarkan sejumlah indikator kinerja terpilih (IKT) dan target IKT yang harus dicapai oleh unit kerja untuk suatu periode penilaian kinerja.				
Formula	:	Jumlah unit kerja yang berkinerja ekselen dibandingkan dengan total jumlah unit kerja dikali seratus persen				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	SDM				
Periode laporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		60%	65%	70%	75%	80%

IKU – 21 : Indeks budaya PEDULI

Perspektif	:	Learning & growth
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
IKU	:	Indeks budaya PEDULI
Definisi	:	Budaya “Peduli” menggambarkan etos kerja, sikap, perilaku, dan tindakan karyawan saat menjalankan misi pelayanan, pendidikan, dan penelitian pada <i>stakeholders</i> kunci RS Dr M Djamil, yang diukur melalui perwujudan nilai-nilai sebagai berikut: Profesional, Empati, Daya Saing, Utama, Loyal, Ikhlas. Setiap nilai tersebut dijabarkan melalui sejumlah indikator/kriteria penilaian perilaku.
Formula	:	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
Bobot IKU (%)	:	4
Person in Charge	:	USP
Sumber data	:	Unit terkait dilingkungan Dir. USP
Periode laporan	:	Tahunan
Target	:	2015 2016 2017 2018 2019 60% 65% 70% 75% 80%

IKU – 22 : Persentase pemenuhan kebutuhan SDM

Perspektif	:	Learning & growth
Sasaran Strategis	:	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM
IKU	:	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM
Definisi	:	Pemenuhan kebutuhan SDM secara kuantitas adalah upaya mengisi jabatan berdasarkan pertimbangan beban kerja jabatan dan kebutuhan pengembangan di masa yang akan datang.
Formula	:	Jumlah SDM yang sudah ada dibandingkan dengan jumlah kebutuhan SDM berdasarkan perhitungan analisis beban kerja (ABK) dan kebutuhan pengembangan di masa yang akan datang.
Bobot IKU (%)	:	4
Person in Charge	:	USP
Sumber Data	:	SDM
Periode Pelaporan	:	Tahunan
Target	:	2015 2016 2017 2018 2019 75% 78% 80% 82% 85%

IKU – 23 : Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan

Perspektif	:	Learning & growth				
Sasaran Strategis	:	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM				
IKU	:	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan				
Definisi	:	SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan adalah SDM yang sesuai dengan persyaratan jabatan.				
Formula	:	Jumlah SDM yang memiliki sertifikasi profesi atau kualifikasi dibandingkan dengan total jumlah SDM pada suatu unit kerja dikali seratus persen. SDM yang dimaksud adalah SDM Medik dan non medik				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	USP				
Sumber Data	:	SDM				
Periode Pelaporan	:	Semester				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70%	75%	80%	85%	90%

IKU – 24 : Persentase jumlah modul yang terintegrasi

Perspektif	:	Learning & growth				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi				
IKU	:	Persentase jumlah modul yang terintegrasi				
Definisi	:	Jenis modul aplikasi yang digunakan dalam sistem informasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang terintegrasi. Modul aplikasi meliputi; 1. Modul front office, 2. Modul Pelayanan Perawatan, 3. Modul Pelayanan Penunjang, 4. Modul Rekam Medik, 5. Modul Manajemen Keperawatan, 6. Modul Logistik dan Farmasi, 7. Modul Pelayanan Umum, 8. Modul Akuntansi dan Keuangan, 9. Modul Kepegawaian, 10. Modul System Support dan Utility, 11. Modul Portal Terintegrasi Rumah Sakit, 12. Modul Informasi Eksekutif				
Formula	:	Jumlah modul aplikasi yang telah diimplementasikan didalam sistem informasi terintegrasi dalam periode waktu tertentu yang dihitung dalam persentase				
Bobot IKU	:	4				
Person in Charge	:	DK				
Sumber data	:	Perangkat software, Hardware & Jaringan				
Periode laporan	:	Bulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		60%	75%	80%	90%	98%

IKU – 25 : Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar

Perspektif	:	Learning and Growth				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas				
IKU	:	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar				
Definisi	:	Sarfas yang tersedia sesuai standar sarfas pelayanan mengacu kepada Permenkes no.56 tahun 2014				
Formula	:	Jumlah sarfas yang tersedia dibandingkan jumlah total standar sarfas yang seharusnya dikali 100%				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Bidang Fasilitas Pelayanan Medik				
Periode laporan	:	Semester				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70	75	80	85	90

IKU – 26 : Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)

Perspektif	:	Learning & Growth				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas				
IKU	:	Tingkat Overall Equipment Effectiveness (OEE)				
Definisi	:	<p>Kriteria evaluasi OEE meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan (Ke) adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi terhadap jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi. 2. Kinerja (Ki) adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat. 3. Kualitas (Ku) adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi total keluaran oleh alat tersebut. <p>Sarfas yang dinilai adalah alat-alat dengan harga lebih dari Rp. 1 milyar keatas atau alat-alat yang bersifat <i>life saving</i>.</p>				
Formula	:	Rata-rata Ke x Ki x Ku x 100%				
Bobot IKU (%)	:	4				
Person in Charge	:	DMK				
Sumber data	:	Bidang Fasilitas Pelayanan Medik				
Periode laporan	:	Triwulan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70	75	80	85	90

4.3. Program Kerja Strategis

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
FINANSIAL					
1. Persentase peningkatan pendapatan	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran	Promosi & pemasaran
2. <i>Cost recovery rate</i>	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas	Evaluasi penyediaan dan pemanfaatan bahan & fasilitas
STAKEHOLDER					
3. Tingkat kepuasan pasien	survey kepuasan pasien dan implementasi RTL	survey kepuasan pasien dan implementasi RTL	survey kepuasan pasien dan implementasi RTL	survey kepuasan pasien dan implementasi RTL	survey kepuasan pasien dan implementasi RTL
4. 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	survey kepuasan peserta didik dan implementasi RTL	survey kepuasan peserta didik dan implementasi RTL
5. Tingkat kepuasan staf	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL	survey kepuasan staf dan implementasi RTL
PROSES BISNIS INTERNAL					
6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	pembekalan dan try out uji kompetensi	pembekalan dan try out uji kompetensi	pembekalan dan try out uji kompetensi	pembekalan dan try out uji kompetensi	pembekalan dan try out uji kompetensi
7. Persentase complain yang ditindaklanjuti	pembangunan mekanisme dan sistem penanganan complain. Implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL
8. Indeks budaya patient safety	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	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi
9. Capaian akreditasi rumah sakit	akreditasi KARS	bimtek dan akreditasi JCI		akreditasi KARS	bimtek dan akreditasi JCI

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	pengembangan layanan transplantasi ginjal	pengembangan layanan kanker terpadu	pengembangan layanan geriatri terpadu	pengembangan layanan retina	pengembangan layanan defisiensi imun
11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	Pengembangan model tim terpadu, pelatihan, fellowship	Pengembangan model tim terpadu, pelatihan, fellowship	Pengembangan model tim terpadu, pelatihan, fellowship	Pengembangan model tim terpadu, pelatihan, fellowship	Pengembangan model tim terpadu, pelatihan, fellowship
12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Pengembangan satu program studi spesialis baru dan satu sub spesialis	Pengembangan satu program studi spesialis baru dan satu sub spesialis	Pengembangan satu program studi spesialis baru dan satu sub spesialis	Pengembangan satu program studi spesialis baru dan satu sub spesialis	Pengembangan satu program studi spesialis baru dan satu sub spesialis
13. Jumlah riset translasional	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi
14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	Sosialisasi dan Pembinaan PPK II	Sosialisasi dan Pembinaan PPK II	Sosialisasi dan Pembinaan PPK II	Sosialisasi dan Pembinaan PPK II	Sosialisasi dan Pembinaan PPK II
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring
16. 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	Program kemitraan dengan sister hospital
17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	Pelatihan mutu, survei mutu, monitoring implementasi RTL	Pelatihan mutu, survei mutu, monitoring implementasi RTL	Pelatihan mutu, survei mutu, monitoring implementasi RTL	Pelatihan mutu, survei mutu, monitoring implementasi RTL	Pelatihan mutu, survei mutu, monitoring implementasi RTL
18. Persentase DPJP ekselen	Pembangunan mekanisme dan sistem DPJP ekselen, implementasi dan	implementasi dan monitoring DPJP,implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP,implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP,implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP,implementasi reward dan konsekuensi

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
	monitoring DPJP, implementasi reward dan konsekuensi				
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru
20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	Cascading Renstra dan indikator ke pada unit kerja, penyempurnaan dan implementasi sistem manajemen kinerja (reward dan konsekuensi)	implementasi sistem manajemen kinerja (reward dan konsekuensi)	implementasi sistem manajemen kinerja (reward dan konsekuensi)	implementasi sistem manajemen kinerja (reward dan konsekuensi)	implementasi sistem manajemen kinerja (reward dan konsekuensi)
LEARNING & GROWTH					
21. Indeks 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.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.
22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen
23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi
24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	program integrasi IT (5 modul)	program integrasi IT (2 modul)	program integrasi IT (2 modul)	program integrasi IT (1 modul)	program integrasi IT (1 modul)

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	penyempurnaan sistem database sarfas, inventarisasi sarfas dan pengembangan sarfas	inventarisasi sarfas dan pengembangan sarfas	inventarisasi sarfas dan pengembangan sarfas	inventarisasi sarfas dan pengembangan sarfas	inventarisasi sarfas dan pengembangan sarfas
26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	penyempurnaan sistem maintenance dan kalibrasi, penyempurnaan sistem monitoring OEE, audit dan implementasi RTL	penyempurnaan sistem maintenance dan kalibrasi, penyempurnaan sistem monitoring OEE, audit dan implementasi RTL	penyempurnaan sistem maintenance dan kalibrasi, penyempurnaan sistem monitoring OEE, audit dan implementasi RTL	penyempurnaan sistem maintenance dan kalibrasi, penyempurnaan sistem monitoring OEE, audit dan implementasi RTL	penyempurnaan sistem maintenance dan kalibrasi, penyempurnaan sistem monitoring OEE, audit dan implementasi RTL

BAB V
ANALISA DAN MITIGASI RISIKO

5.1. Identifikasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
FINANSIAL	
1. Persentase peningkatan pendapatan	rendahnya kunjungan pelayanan
	Kurangnya dukungan fasilitas yang tersedia
2. <i>Cost recovery rate</i>	Tidak adanya kendali biaya
	Tidak efisiensi penggunaan anggaran yang tersedia
STAKEHOLDER	
3. Tingkat kepuasan pasien	Tidak puasnya pasien terhadap layanan
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan pasien
4. Tingkat kepuasan peserta didik	Tidak puasnya peserta didik terhadap pelaksanaan pendidikan
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan peserta didik
5. Tingkat kepuasan staf	Tidak puasnya staf terhadap kebijakan manajemen
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan staf
PROSES BISNIS INTERNAL	
6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi
7. Persentase complain yang ditindaklanjuti	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan complain.
	Lemahnya sistem penangan complain dan tindak lanjut yang dilakukan
8. Indeks budaya patient safety	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop patient safety
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan patient safety
	Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan
9. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS tepat waktu

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	<p>Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan unggulan</p> <p>Kurangnya SDM tersedia sesuai kompetensinya</p>
11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	<p>Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu</p> <p>Kurangnya pelatihan dalam penanganan kasus kasus sulit</p> <p>Kurangnya folowship dalam menindaklanjuti kasus kasus sulit</p>
12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi
13. Jumlah riset translasional	<p>Sulinya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian</p> <p>Kurang minatnya melaksanakan riset</p> <p>Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan</p>
14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	<p>Kurangnya sosialisasi sistem rujukan di PPK II dan Pembinaan PPK II</p> <p>Lemahnya pembinaan terkait sistem rujukan yang diberikan pada PPK II</p>
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	Tidak berkesinambungan pembinaan RS Jejaring
16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronya program kemitraan dengan sister hospital
17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	<p>Tidak komprehensifnya materi pelatihan mutu yang diberikan</p> <p>Kurang berkesinambungan pelaksanaan suvery mutu</p> <p>Kurangnya monitoring terhadap tindak lanjut perbaikan terhadap pelaksanaan mutu</p>
18. Persentase DPJP ekselen	<p>Tidak memahami mekanisme dan sistem DPJP ekselen</p> <p>Lemahnya monitoring pelaksanaan tugas DPJP</p> <p>Tidak transparanya penerapan reward dan konsekuensi terhadap DPJP</p>
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	<p>Lemahnya koordinasi antar unit kerja dalam penyusunan SOP</p> <p>Belum tersedia akses informasi berbasis IT sebagai data dasar penyempurnaan SOP</p> <p>Lemahnya kemauan merubah pola kerja sesuai SOP</p>

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	Tidak digunakannya resntra sebagai acuan unit kerja dalam penyusunan rencana kerja
	Kurangnya penggunaan data kinerja dalam penerapan reward dan konsekuensi
LEARNING & GROWTH	
21. Indek budaya PEDULI	Belum tersedianya instrumen survey budaya peduli yang konkrit.
	kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli
22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM
	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM
23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi
24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT
25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan
26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	Belum sempurnanya sistem maintenance dan kalibrasi sarfas
	Belum adanya sistem monitoring OEE
	Tidak validnya pelaksanaan hasil audit sarfas yang ditindaklanjuti

5.2. Penilaian Tingkat Risiko

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
FINANSIAL					
1. Persentase peningkatan pendapatan	Rendahnya kunjungan pelayanan	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurangnya dukungan fasilitas yang tersedia	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
2. <i>Cost recovery rate</i>	Tidak adanya kendali biaya	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Tidak efisiensi penggunaan anggaran yang tersedia	Sedang	Mayor	Ekstrim	
STAKEHOLDER					
3. Tingkat kepuasan pasien	Tidak puasnya pasien terhadap layanan	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan pasien	Sedang	Mayor	Ekstrim	
4. Tingkat kepuasan peserta didik	Tidak puasnya peserta didik terhadap pelaksanaan pendidikan	Sedang	Minor	Moderat	
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan peserta didik	Sedang	Minor	Moderat	
5. Tingkat kepuasan staf	Tidak puasnya staf terhadap kebijakan manajemen	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan staf	Besar	Mayor	Ekstrim	
PROSES BISNIS INTERNAL					
6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi	Kecil	Mayor	Tinggi	
7. Persentase complain yang ditindaklanjuti	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan complain.	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Lemahnya sistem penanganan complain dan tindak lanjut yang dilakukan	Sedang	Mayor	Ekstrim	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
8. Indeks budaya patient safety	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop patient safety	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan pasien safety	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan	Besar	Mayor	Ekstrim	
9. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS tepat waktu	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan unggulan	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurangnya SDM yang tersedia sesuai kompetensinya	Kecil	Mayor	Tinggi	
11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurangnya pelatihan dalam penanganan kasus kasus sulit	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Kurangnya fellowship dalam menindaklanjuti kasus kasus sulit	Sedang	Mayor	Ekstrim	
12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi	Sedang	Minor	Moderat	
13. Jumlah riset translasional	Sulitnya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian	Kecil	Minor	Rendah	
	Kurang minatnya melaksanakan riset	Sedang	Minor	Moderat	
	Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan	Besar	Minor	Tinggi	
14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan di PPK II	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Lemahnya pembinaan terkait sistem rujukan yang diberikan pada PPK II	Kecil	Mayor	Tinggi	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	Tidak berkesinambungnya pembinaan RS Jejaring	Sedang	Mayor	Ekstrim	
16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronya program kemitraan dengan sister hospital	Sedang	Mayor	Ekstrim	
17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	Tidak komprehensifnya materi pelatihan mutu yang diberikan	Kecil	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurang berkesinambungan pelaksanaan suvery mutu	Kecil	Mayor	Tinggi	
	Kurangnya monitoring terhadap tindak lanjut perbaikan terhadap pelaksanaan mutu	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
18. Persentase DPJP ekselen	Tidak memahami mekanisme dan sistem DPJP ekselen	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Lemahnya monitoring pelaksanaan tugas DPJP	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap DPJP	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	Lemahnya koordinasi antar unit kerja dalam penyusunan SOP	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Belum tersedia akses informasi berbasis IT sebagai data dasar penyempurnaan SOP	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Lemahnya kemauan merubah pola kerja sesuai SOP	Besar	Mayor	Ekstrim	
20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	Tidak digunakannya renstra sebagai acuan unit kerja dalam penyusunan rencana kerja	Kecil	Mayor	Tinggi	
	Kurangnya penggunaan data kinerja dalam penerapan reward dan konsekuensi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
LEARNING & GROWTH					
21. Indek budaya PEDULI	Belum tersedianya instrumen survey budaya peduli yang konkrit.	Besar	Minor	Tinggi	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
	kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli	Sedang	Minor	Moderat	
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli	Besar	Minor	Tinggi	
22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM	Kecil	Mayor	Tinggi	
23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	Sedang	Minor	Moderat	
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan	Kecil	Mayor	Tinggi	
26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	Belum sempurnanya sistem maintenance dan kalibrasi sarfas	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Belum adanya sistem monitoring OEE	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Tidak validnya pelaksanaan hasil audit sarfas yang ditindaklanjuti	Besar	Malapetaka	Ekstrim	

5.3. Rencana Mitigasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
FINANSIAL					
1. Persentase peningkatan pendapatan	Rendahnya kunjungan pelayanan	Ekstrim		Promosi & pemasaran	USP
	Kurangnya dukungan fasilitas yang tersedia	Ekstrim		Pengadaan fasilitas	DMK
2. <i>Cost recovery rate</i>	Tidak adanya kendali biaya	Ekstrim		Penyempurnaan rencana anggaran	DK
	Tidak efisiensi penggunaan anggaran yang tersedia	Ekstrim		Penggunaan anggaran sesuai kebutuhan	Direksi
STAKEHOLDER					
3. Tingkat kepuasan pasien	Tidak puasnya pasien terhadap layanan	Ekstrim		Perbaikan mutu layanan	DMK
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan pasien	Ekstrim		Laksanakan RTL secepatnya	USP
4. Tingkat kepuasan peserta didik	Tidak puasnya peserta didik terhadap pelaksanaan pendidikan	Moderat		Perbaiki mutu pendidikan	USP
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan peserta didik	Moderat		Laksanakan RTL sesuai keluhan	USP
5. Tingkat kepuasan staf	Tidak puasnya staf terhadap kebijakan manajemen	Ekstrim		Penyempurnaan kebijakan	Direksi
	Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan staf	Ekstrim		Evaluasi kebijakan	USP
PROSES BISNIS INTERNAL					
6. Persentase kelulusan UKDI <i>first</i>	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum	Ekstrim		Optimalkan pembekalan uji kompetensi	USP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
<i>taker</i>	pelaksanaan uji kompetensi				
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi	Tinggi		Evaluasi Materi uji Kompetensi	USP
7. Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan komplain.	Ekstrim		Sosialisasi mekanisme Komplain	USP
	Lemahnya sistem penanganan komplain dan tindak lanjut yang dilakukan	Ekstrim		Perbaiki sistem pelaksanaan RTL	USP
8. Indeks budaya patient safety	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop patient safety	Ekstrim		Lengkapi Materi workshop patient safety	DMK
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan pasien safety	Ekstrim		Laksanakan secara berkesinambungan dan terencana secara baik	DMK
	Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan	Ekstrim		Lakukan mekanisme reward dan konsekuensi secara transparan	USP
9. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS tepat waktu	Ekstrim		Evaluasi persiapan akreditasi	DMK
10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan unggulan	Ekstrim		Lakukan advokasi ke Kementerian	Direksi
	Kurangnya SDM yang tersedia sesuai kompetensinya	Tinggi		Perbaiki pola penempatan SDM sesuai kompetensi	USP
11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu	Ekstrim		Motivasi pelaksanaan model kerja terpadu	USP
	Kurangnya pelatihan dalam penanganan kasus kasus sulit	Ekstrim		Optimalkan pelatihan penanganan kasus kasus sulit	DMK
	Kurangnya fellowship dalam	Ekstrim		Optimalkan kerja sama antar profesi	DMK

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
	menindaklanjuti kasus-kasus sulit				
12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi	Moderat		Susun rencana pengembangan program studi sesuai kebutuhan	USP
13. Jumlah riset translasional	Sulitnya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian	Rendah		Buat rancangan pohon penelitian yang mudah diaplikasikan	USP
	Kurang minatnya melaksanakan riset	Moderat		Fasilitasi pelaksanaan riset	USP
	Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan	Tinggi		Rencana riset sesuai kebutuhan layanan	USP
14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan di PPK II	Ekstrim		Sosialisasikan sistem rujukan ke PPK II	DMK
	Lemahnya pembinaan terkait sistem rujukan yang diberikan pada PPK II	Tinggi		Optimalkan pembinaan pada PPK II	DMK
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibangun	Tidak berkesinambungan pembinaannya RS Jejaring	Ekstrim		Rencanakan program pembinaan RS jejaring secara berkelanjutan	USP
16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronnya program kemitraan dengan sister hospital	Ekstrim		Penyusunan bersama program kemitraan dengan sister hospital	USP
17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	Tidak komprehensifnya materi pelatihan mutu yang diberikan	Ekstrim		Optimalkan materi pelatihan mutu	DMK
	Kurang berkesinambungan pelaksanaan survey mutu	Tinggi		Rencanakan program pelaksanaan survey mutu secara berkelanjutan	DMK
	Kurangnya monitoring terhadap tindak lanjut perbaikan terhadap pelaksanaan mutu	Ekstrim		Optimalkan monitoring terhadap pelaksanaan RTL mutu	DMK
18. Persentase DPJP ekselen	Tidak memahami mekanisme dan sistem DPJP ekselen	Ekstrim		Sosialisasi mekanisme sistem DPJP ekselen	DMK

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
	Lemahnya monitoring pelaksanaan tugas DPJP	Ekstrim		Optimalkan monitoring pelaksanaan tugas DPJP	DMK
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap DPJP	Ekstrim		Laksanakan penerapan reward dan konsekuensi secara transparan	USP
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	Lemahnya koordinasi antar unit kerja dalam penyusunan SOP	Ekstrim		Optimalkan koordinasi antar unit kerja dalam penyusunan SOP	Direksi
	Belum tersedia akses informasi berbasis IT sebagai data dasar penyempurnaan SOP	Ekstrim		Penyediaan akses informasi berbasis IT dalam mendukung penyempurnaan SOP	DK
	Lemahnya kemauan merubah pola kerja sesuai SOP	Ekstrim		Motivasi kemauan staf dalam melaksanakan tugas sesuai SOP	USP
20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	Tidak digunakannya renstra sebagai acuan unit kerja dalam penyusunan rencana kerja	Tinggi		Sosialisasi Renstra ke Unit kerja	DK
	Kurangnya penggunaan data kinerja dalam penerapan reward dan konsekuensi	Ekstrim		Gunakan secara konsisten penilaian kinerja dalam pemberian reward dan konsekuensi	USP
LEARNING & GROWTH					
21. Indek budaya PEDULI	Belum tersedianya instrumen survey budaya peduli yang konkrit.	Tinggi		Penyusunan instrumen survey budaya peduli	USP
	kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli	Moderat		Optimalkan workshop terkait dengan penerapan budaya peduli	USP
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli	Tinggi		Laksanakan analisis secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan budaya peduli	USP
22. Persentase pemenuhan	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Ekstrim		Optimalkan penyusunan rencana SDM	USP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
kebutuhan SDM	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM	Tinggi		Perbaiki pola rekrutmen SDM	USP
23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi	Ekstrim		Perbaiki program peningkatan kompetensi sesuai kebutuhan	USP
24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT	Ekstrim		Penuhi program informasi terintegrasi berbasis IT sesuai kebutuhan	DK
25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	Moderat		Optimalkan pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	DMK
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan	Tinggi		Penyusunan rencana pengembangan sarfas sesuai kebutuhan layanan	DMK
26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	Belum sempurnanya sistem maintenance dan kalibrasi sarfas	Ekstrim		Optimalkan sistem maintenance dan kalibrasi sarfas	DMK
	Belum adanya sistem monitoring OEE	Ekstrim		Penyusunan sistem monitoring OEE	DMK
	Tidak validnya pelaksanaan hasil audit sarfas yang ditindaklanjuti	Ekstrim		Validasi setiap hasil audit sesuai kondisi dan penggunaan sarfas	DMK

BAB VI
PROYEKSI FINANSIAL

6.1. Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan yang disusun selama 5 (lima) tahun periode Rencana Strategi Bisnis tahun 2015-2019 berdasarkan sumber-sumber pendapatan serta estimasi besarnya pertahun selama 5 (lima) tahun

No	Sumber Pendapatan	Base line tahun 2014	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	Dana Pemerintah	112.063.082.000	134.475.698.000	161.370.838.000	193.645.005.000	232.374.006.000	278.848.808.000
	Belanja Operasional	92.063.082.000	110.475.698.000	132.570.838.000	159.085.005.000	190.902.006.000	229.082.408.000
	Belanja Investasi	20.000.000.000	24.000.000.000	28.800.000.000	34.560.000.000	41.472.000.000	49.766.400.000
2	Dana Masyarakat	265.080.751.000	318.096.901.000	381.716.281.000	476.059.537.000	591.271.445.000	767.525.734.000
	Pendapatan Layanan	250.000.000.000	300.000.000.000	360.000.000.000	450.000.000.000	560.000.000.000	730.000.000.000
	Pendapatan Operasional	15.080.751.000	18.096.901.000	21.716.281.000	26.059.537.000	31.271.445.000	37.525.734.000
3	Kontribusi unit kerja						
4	Pemasukan lain-lain	555.120.000	610.632.000	671.695.000	738.864.000	812.751.000	894.026.000
	TOTAL	377.698.953.000	453.183.231.000	543.758.814.000	670.443.406.000	824.458.202.000	1.047.268.568.000

6.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

a. Anggaran Program Kelangsungan Operasional

a.1. Menurut Jenis Kegiatan Anggaran

No	Jenis Kegiatan	Base line tahun 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	Belanja Gaji	148.186.271.000	177.801.745.000	213.338.137.000	263.041.524.000	323.467.634.000	410.884.972.000
2	Belanja Barang	24.007.472.000	28.805.437.000	34.562.644.000	42.615.028.000	52.404.586.000	66.566.959.000
3	Belanja Barang operasional Lain	157.115.435.000	188.515.429.000	226.193.115.000	278.891.447.000	342.958.613.000	435.643.402.000
4	Belanja Jasa	23.462.943.000	28.152.083.000	33.778.706.000	41.648.449.000	51.215.964.000	65.057.111.000
5	Belanja Pemeliharaan	15.626.934.000	18.750.024.000	22.497.502.000	27.738.957.000	34.111.172.000	43.329.738.000
6	Belanja Perjalanan	2.318.696.000	2.782.098.000	3.338.139.000	4.115.854.000	5.061.354.000	6.429.188.000
7	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa	2.638.061.000	3.165.285.000	3.797.916.000	4.682.752.000	5.758.476.000	7.314.710.000
8	Belanja Peningkatan SDM	4.343.141.000	5.211.130.000	6.252.655.000	7.709.395.000	9.480.403.000	12.042.488.000
TOTAL		377.698.953.000	453.183.231.000	543.758.814.000	670.443.406.000	824.458.202.000	1.047.268.568.000

a.2. Rencana Anggaran Pengembangan Berdasarkan IKU

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
I	FINANSIAL							
1	Persentase peningkatan pendapatan	15.301.430.000	18.359.467.000	22.028.887.000	27.161.163.000	33.400.648.000	42.427.194.000	DK
2	<i>Cost recovery rate</i>	12.056.053.000	14.465.492.000	17.356.641.000	21.400.381.000	26.316.493.000	33.428.543.000	DK
II	STAKEHOLDER							
3	Tingkat kepuasan pasien	3.142.309.000	3.770.309.000	4.523.863.000	5.577.830.000	6.859.173.000	8.712.869.000	USP
4	Tingkat kepuasan peserta didik	2.094.872.000	2.513.539.000	3.015.908.000	3.718.552.000	4.572.781.000	5.808.577.000	USP
5	Tingkat kepuasan staf	4.189.745.000	5.027.078.000	6.031.817.000	7.437.105.000	9.145.563.000	11.617.158.000	USP
III	PROSES BISNIS INTERNAL							
6	Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	6.599.867.000	7.918.870.000	9.501.578.000	11.715.249.000	14.406.486.000	18.299.848.000	USP
7	Persentase complain yang ditindaklanjuti	17.248.947.000	20.696.202.000	24.832.653.000	30.618.149.000	37.651.775.000	47.827.192.000	USP
8	Indeks budaya patient safety	25.027.135.000	30.028.884.000	36.030.615.000	44.425.005.000	54.630.353.000	69.394.241.000	DMK
9	Capaian akreditasi rumah sakit	14.258.906.000	17.108.592.000	20.528.005.000	25.310.607.000	31.124.980.000	39.536.525.000	DMK
10	Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	34.944.618.000	41.928.406.000	50.308.438.000	62.029.267.000	76.278.679.000	96.893.042.000	DMK
11	Persentase keberhasilan	8.830.427.000	10.595.215.000	12.712.830.000	15.674.657.000	19.275.452.000	24.484.656.000	DMK

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	penanganan kasus sulit pada layanan unggulan							
12	Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	3.621.970.000	4.345.832.000	5.214.412.000	6.429.263.000	7.906.199.000	10.042.854.000	USP
13	Jumlah riset translasional	5.902.955.000	7.082.679.000	8.498.260.000	10.478.179.000	12.885.235.000	16.367.478.000	DMK
14	Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	15.458.000	18.547.000	22.254.000	27.441.000	33.742.000	42.861.000	DMK
15	Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	30.916.000	37.095.000	44.509.000	54.878.000	67.485.000	85.723.000	DMK
16	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	163.621.000	196.321.000	235.559.000	290.439.000	357.159.000	453.682.000	USP
17	Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	18.572.927.000	22.284.783.000	26.738.737.000	32.968.311.000	40.541.818.000	51.498.271.000	DMK
18	Persentase DPJP ekselen	32.875.445.000	39.445.703.000	47.329.528.000	58.356.332.000	71.761.996.000	91.155.722.000	DMK
19	Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	6.284.617.000	7.540.617.000	9.047.724.000	11.155.657.000	13.718.344.000	17.425.735.000	DMK
20	Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	15.554.952.000	18.663.656.000	22.393.873.000	27.611.184.000	33.954.047.000	43.130.150.000	USP

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
IV	LEARNING & GROWTH							
21	Indek budaya PEDULI	20.889.062.000	25.063.805.000	30.073.188.000	37.079.621.000	45.597.581.000	57.920.357.000	USP
22	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	489.995.000	587.922.000	705.427.000	869.777.000	1.069.583.000	1.358.639.000	USP
23	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	939.072.000	1.126.748.000	1.351.946.000	1.666.922.000	2.049.848.000	2.603.821.000	USP
24	Persentase jumlah modul yang terintegrasi	8.432.274.000	10.117.490.000	12.139.624.000	14.967.906.000	18.406.346.000	23.380.673.000	DK
25	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	25.872.679.000	31.043.411.000	37.247.912.000	45.925.908.000	56.476.044.000	71.738.732.000	DMK
26	Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	18.818.906.000	22.579.922.000	27.092.863.000	33.404.942.000	41.078.752.000	52.180.311.000	DMK
TOTAL		302.159.158.000	362.546.585.000	435.007.051.000	536.354.725.000	659.566.562.000	837.814.854.000	

a. Program Strategis Mitigasi Risiko

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
II	Rencana Pengembangan berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko							
1	Penyusunan & penggunaan anggaran sesuai kebutuhan	2.072.233.000	2.486.375.000	2.983.315.000	3.678.366.000	4.523.363.000	5.745.805.000	DK
2	Advokasi penyediaan anggaran ke tingkat Kementerian	154.118.000	184.919.000	221.878.000	273.571.000	336.416.000	427.332.000	Dirut
3	Penyempurnaan & evaluasi Kebijakan	1.173.304.000	1.407.792.000	1.689.161.000	2.082.701.000	2.561.140.000	3.253.290.000	Dirut
4	Promosi dan pemasaran	1.351.713.000	1.621.857.000	1.946.010.000	2.399.390.000	2.950.580.000	3.747.976.000	USP
5	Pengadaan fasilitas sesuai kebutuhan	6.089.804.000	7.306.869.000	8.767.259.000	10.809.849.000	13.293.096.000	16.885.564.000	DMK
6	Pengelolaan sistem maintenance fasilitas dan sistem monitoring OEE	6.303.940.000	7.563.801.000	9.075.542.000	11.189.956.000	13.760.522.000	17.479.312.000	DMK
7	Perbaikan mutu layanan	5.718.694.000	6.861.592.000	8.232.986.000	10.151.102.000	12.483.021.000	15.856.565.000	DMK
8	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan mutu layanan	2.904.125.000	3.484.523.000	4.180.958.000	5.155.035.000	6.339.254.000	8.052.441.000	DMK
9	Pengelolaan mekanisme pelaksanaan RTL & komplain secara komprehensif	1.049.171.000	1.258.851.000	1.510.451.000	1.862.356.000	2.290.177.000	2.909.099.000	DMK
10	Pengembangan layanan unggulan kasus-kasus sulit	6.408.361.000	7.689.091.000	9.225.873.000	11.375.311.000	13.988.460.000	17.768.846.000	DMK

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
11	Perbaikan mutu pendidikan	47.013.000	56.410.000	67.683.000	83.452.000	102.622.000	130.357.000	USP
12	Pembekalan, pelaksanaan & Evaluasi uji kompetensi	3.658.314.000	4.389.439.000	5.266.735.000	6.493.776.000	7.985.531.000	10.143.626.000	USP
13	Pengembangan program Studi	584.821.000	701.699.000	841.944.000	1.038.100.000	1.276.573.000	1.621.568.000	USP
14	Pelaksanaan riset yang dapat diaplikasikan dalam pelayanan	2.780.315.000	3.335.969.000	4.002.714.000	4.935.263.000	6.068.996.000	7.709.146.000	USP
15	Workshop & evaluasi pelaksanaan patient safety	5.138.303.000	6.165.208.000	7.397.419.000	9.120.865.000	11.216.117.000	14.247.280.000	DMK
16	Pelaksanaan model kerja terpadu antar profesi & unit Kerja	616.139.000	739.276.000	887.032.000	1.093.692.000	1.344.936.000	1.708.406.000	DMK
17	Penyempurnaan & evaluasi SOP yang mudah diaplikasikan berbasis IT	3.427.960.000	4.113.048.000	4.935.103.000	6.084.881.000	7.482.704.000	9.504.910.000	DMK
18	Pelaksanaan dan monitoring sistem DPJP ekselen	5.465.934.000	6.558.317.000	7.869.097.000	9.702.434.000	11.931.285.000	15.155.723.000	DMK
19	Workshop, analisis & evaluasi pelaksanaan budaya Peduli	4.120.326.000	4.943.785.000	5.931.876.000	7.313.881.000	8.994.032.000	11.424.675.000	USP
20	Persiapan & Monitoring Akreditasi	960.208.000	1.152.108.000	1.382.375.000	1.704.440.000	2.095.985.000	2.662.426.000	DMK
21	Pelaksanaan & Evaluasi sistem Reward Dan Konsekuensi melalui	5.522.312.000	6.625.962.000	7.950.262.000	9.802.509.000	12.054.349.000	15.312.045.000	USP

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	penilaian kinerja							
22	Pengembangan program informasi terintegrasi berbasis IT sesuai kebutuhan	4.470.131.000	5.363.500.000	6.435.477.000	7.934.811.000	9.757.602.000	12.394.600.000	DK
23	Perbaikan pola retrutmen SDM	594.448.000	713.250.000	855.804.000	1.055.189.000	1.297.588.000	1.648.262.000	USP
24	Perbaikan pola penempatan SDM sesuai kompetensi	4.749.743.000	5.698.993.000	6.838.024.000	8.431.142.000	10.367.951.000	13.169.897.000	USP
25	Pembinaan sistem rujukan ke PPK II	83.370.000	100.032.000	120.025.000	147.988.000	181.984.000	231.165.000	DMK
26	Pelaksanaan program pembinaan RSJejaring & Kemitraan secara berkelanjutan	94.995.000	113.980.000	136.760.000	168.621.000	207.356.000	263.398.000	USP
T O T A L		75.539.795.000	90.636.646.000	108.751.763.000	134.088.681.000	164.891.640.000	209.453.714.000	

6.3. Rencana Pendanaan

Estimasi *Pendapatan tahun 2015 RSUP Dr M. Djamil Padang*, terdiri dari :

a. Dana Rupiah Murni (Belanja operasional dan belanja investasi) =	Rp 134.475.698.000,-
b. Dana BLU (dana masyarakat, pendapatan operasional, pemasukan lainnya) =	<u>Rp 318.707.533.000,- +</u>
Total	Rp 453.183.231.000,-

Semua dialokasikan dalam beberapa anggaran program pengembangan sudah termasuk belanja modal sebesar Rp 453.183,231.000,- dan akan dituangkan dalam bentuk RKA KL tahun 2015

BAB VII PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Rencana Strategis RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2015-2019 diarahkan sesuai dengan visi, misi dengan Pelayanan Unggulan PJR. Oleh karena itu, pengembangan pada 5 tahun kedepan diprioritaskan kepada pengembangan Pelayanan Unggulan :Pusat Jantung Regional (PJR) dan pengembangan 4 besar (Pelayanan Bedah, Pelayanan Kesehatan Anak, Pelayanan Penyakit Dalam dan Pelayanan Kebidanan dan Kandungan), disamping dukungan terhadap program-program Kementerian Kesehatan RI, terutama Program MDG's, yang menjadi program pemerintah.

Strategi yang digunakan adalah memperkuat kelemahan sehingga menjadi kekuatan, menangkap peluang-peluang yang ada dan mengantisipasi ancaman, selain itu diimplementasikan melalui kebijakan dan program yang mendukung serta inovasi-inovasi produk pelayanan dengan tetap menuju arah pengembangan yang telah ditetapkan oleh RSUP Dr M. Djamil Padang.

Diharapkan pada akhir tahun 2019 akan tercapai sasaran- strategis yaitu :

1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya
2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya
3. Terwujudnya kepuasan stakeholder
4. Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian
5. Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan
7. Optimalisasi sistem rujukan berjenjang
8. Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan
9. Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja
10. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja
11. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
12. Terpenuhinya kuantitas & kualitas SDM
13. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
14. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarana

Dampaknya, visi RSUP Dr M. Djamil Padang yaitu : Menjadi rumah sakit pendidikan dan rujukan Nasional yang terkemuka di Indonesia tahun 2019, akan terealisasi sesuai target waktu yang telah ditetapkan.

7.2. Rencana Implementasi :

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil tahun 2015 s/d 2019 telah selesai dibuat, yang susah adalah mengimplementasikannya, serta pengukuran pelaksanaan program yang telah dibuat secara bersama.

Untuk memudahkan pengukuran keberhasilan program maka :

- Evaluasi dan monitoring terhadap seluruh program harus dilakukan oleh Direktorat terkait secara berkala (per triwulan), sehingga dapat diketahui program-program yang telah/ sedang berjalan sebagaimana mestinya dan program-program yang mendapat kendala dalam pelaksanaannya, agar ada tindak lanjutnya
- Laporan per triwulan oleh Bidang/ Bagian terkait agar disampaikan kepada Direktur terkait dan tembusan kepada Bagian Perencanaan untuk direkapitulasi pengukurannya menjadi laporan akuntabilitas kinerja RSUP Dr M. Djamil Padang, yang akan disampaikan kepada Direktorat Jenderal BUK Kemenkes RI
- Penerapan Reward & Consequences terhadap keberhasilan dan kegagalan