



REVISI I

RENCANA STRATEGIS BISNIS

RSUP DR.M.DJAMIL PADANG

TAHUN 2015 - 2019



JL.Perintis Kemerdekaan

Telp.(0751)32373 FAX (0751) 32371

PADANG - 25127

LEMBARAN PENGESAHAN

BADAN LAYANAN UMUM

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR M DJAMIL PADANG

REVISI I

RENCANA STRATEGIS BISNISTAHUN 2015 – 2019

DIREKSI

DIREKTUR UTAMA



Dr.dr.Yusirwan,Sp.B,Sp.B.A(K),MARS
NIP : 196211221989031001

DIREKTUR MEDIK DAN KEPERAWATAN



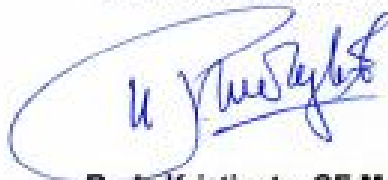
dr. Rose Dinda Martini, Sp.PD (K)Ger, Finasim
NIP.196703031996032001

DIREKTUR UMUM, SDM & PENDIDIKAN



Dr. drq. Vivlyanti Azwar, MARS
NIP.196606041993032006

DIREKTUR KEUANGAN



Rudy Kristianto, SE,M.Kes
NIP.195906071982031003

LEMBAR PERSETUJUAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR M. DJAMIL PADANG

REVISI I

RENCANA STRATEGIS BISNIS 2015 – 2019

DEWAN PENGAWAS

KETUA



dr. Andi Saguni, M.A

ANGGOTA



Heri Radison, SKM, MKM

ANGGOTA



drg. H. Naydial Roesdal, M. Sc. P. H., FICD

ANGGOTA



Drs. Wayan Rai Suarthana, M. M.

ANGGOTA



Herry Sunaryo, S.H., M. M.

KATA SAMBUTAN

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat izin-Nya jualah sehingga dapat disusunnya Revisi I Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 – 2019.

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 – 2019 merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 2 (dua) tahun kurun waktu tahun 2018 - 2019.

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2015 – 2019 terjadi perubahan/revisi pada Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) yaitu target *cost recovery rate*, PIC dan nama indikator persentase complain yang ditindaklanjuti, Definisi Operasional (DO) dan target indikator indeks budaya patient safety, DO dan periode pelaporan indikator persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan, PIC indikator jumlah rumah sakit jejaring yang dibina, nama indikator persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, nama indikator persentase DPJP ekselen disesuaikan dengan Indikator Kinerja Terpilih (IKT), DO dan formula indikator persentase unit kerja yang berkinerja ekselen, DO indikator tingkat OEE(*Overall Equipment Effectiveness*) disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran pada tahun 2018-2019.

Dengan selesainya Revisi RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 – 2019, maka seluruh unit kerja harus mengacu pada Revisi I RSB ini dalam menyusun perencanaan/ program kerja setiap tahunnya sehingga diharapkan dapat menumbuhkan budaya kinerja yang sinergis di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Implementasi Revisi I RSB ini perlu dimonitor untuk memastikan pencapaian indikator-indikator kinerja terpilih, pencapaian sasaran-sasaran strategis hingga akhirnya diharapkan visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang yang diharapkan dapat terwujud.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaga dalam penyusunan Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018-2019.

Padang, November 2017

ttd,

(Direktur Utama)

KATA PENGANTAR

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

Kami menyadari bahwa Revisi I RSB ini, masih terdapat kekurangan dan kelemahannya, namun kami sudah berupaya dengan segenap kemampuan yang ada dengan mengakomodir semua masukan dari seluruh satuan kerja di lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang telah membantu khususnya Panitia Rapat Kerja Revisi I RSB yang telah memfinalisasinya.

Untuk lebih sempurnanya Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang ini, kami mengharapkan asupan yang membangun, guna lebih baiknya Revisi RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang pada masa yang akan datang.

Padang, November 2017

Ketua Panitia Revisi Renstra,

ttd,

(Kabag Perencanaan)

DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA SAMBUTAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GRAFIK.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB. I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan Revisi RSB.....	2
1.3. Dasar Hukum	3
1.4. Sistematika Penyusunan	3
BAB. II GAMBARAN KINERJA SAAT INI	4
2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan	4
2.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan.....	12
BAB. III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI.....	15
3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, Tata Nilai dan Moto	15
3.2. Aspirasi Stakeholders Inti	16
3.3. Tantangan Strategis	17

3.4. Benchmarking	17
3.5. Analisa SWOT	18
3.6. Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis	19
3.7. Analisa TOWS	22
3.8. Rancangan Peta Strategi Balanced Scorecard (BSC).....	24
BAB. IV INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS.....	25
4.1. Matriks IKU	25
4.2. Kamus IKU	29
4.3. Revisi I Kamus IKU	42
4.4. Program Kerja Strategis	81
BAB. V ANALISA DAN MITIGASI RESIKO.....	86
5.1. Identifikasi Risiko	86
5.2. Penilaian Tingkat Risiko.....	90
5.3. Rencana Mitigasi Risiko	94
BAB. VI PROYEKSI FINANSIAL.....	101
6.1. Estimasi Pendapatan.....	101
6.2. Rencana Kebutuhan Anggaran.....	102
6.3. Rencana Pendanaan.....	112
BAB. VII PENUTUP.....	114
7.1. Kesimpulan.....	114
7.2. Rencana Implementasi.....	115
LAMPIRAN	117

SK Panitia Raker Revisi Renstra.....	117
--------------------------------------	-----

DAFTAR GRAFIK

Grafik 2.1 Data Kunjungan.....	4
Grafik 2.2 Hari Perawatan.....	5
Grafik 2.3 Kegiatan Operasi.....	5
Grafik 2.4 Kegiatan Diagnostik Terpadu	6
Grafik 2.5 Kegiatan Radiologi.....	6
Grafik 2.6 Kegiatan Laboratorium.....	7
Grafik 2.7 Kegiatan Pusat Jantung Regional (PJR).....	7
Grafik 2.8 Kegiatan Rehabilitasi Medik.....	8
Grafik 2.9 Kegiatan Forensik.....	8
Grafik 2.10 Kegiatan Gizi.....	8

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Capaian Efektifitas Pelayanan.....	9
Tabel 2.2	Capaian Program Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014 s/d 2016.....	9
Tabel 2.3	Capaian Indikator Mutu Pelayanan RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014 s/d 2016.....	10
Tabel 2.4	Capaian Indikator Mutu Klinik RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014 s/d 2016.....	10
Tabel 2.5	Nilai Indikator Kepuasan Pelanggan dan Kepedulian Lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014 s/d 2016.....	11
Tabel 2.6	Capaian Pelayanan Prioritas menurut Kemampuan dan Kunjungan RSUP Dr. M. Djamil Padang 2014 s/d 2016.....	12
Tabel 2.7	Indikator Kinerja Aspek Keuangan Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang 2014 s/d 2016.....	13
Tabel 2.8	Indikator Kinerja Pengelolaan Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang 2014 s/d 2016.....	14
Tabel 3.1	Faktor-Faktor yang membentuk Peluang dan Ancaman pada RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	18
Tabel 3.2	Faktor-Faktor yang membentuk Kekuatan dan Kelemahan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	18
Tabel 3.3	Identifikasi dan Penentuan Total Nilai Terbobot Kekuatan.....	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Posisi Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015.....	21
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil Padang pertama kali bernama "RSU Megawati" yang menempati 2 (dua) kompleks, sebagian di Jl. Belakang Gereja dan sebagian lagi di Jl. Jati Lama, Padang dengan berkapasitas 100 tempat tidur.

Pada tahun 1953 dibangunlah gedung RSUP Dr. M. Djamil Padang diatas areal tanah seluas 8,576 Ha, yang terletak di Jl. Burung Kutilang. Karena Jl. Burung Kutilang ini hanya merupakan jalan pendek yang berada dalam kompleks Rumah Sakit (RS), maka letaknya yang sekarang lebih dikenal berada di Jl. Perintis Kemerdekaan Padang.

Tahun 1978, berdasarkan SK. Menkes RI No.134 Tahun 1978, RSU resmi memperoleh sebutan namanya sebagai RSUP Dr. M. Djamil Padang, untuk mengabadikan nama seorang Putra Sumatera Barat yang meninggal dalam masa perjuangan kemerdekaan yang mengabdikan dirinya di bidang pelayanan kesehatan.

Pada Tahun 1994 melalui SK. Menkes RI no. 542 Tahun 1994 RSUP Dr. M. Djamil Padang mengembangkan diri menjadi unit swadana dan instansi pengguna Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Dengan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 123 Tahun 2000 RSUP Dr. M. Djamil Padang berubah fungsi menjadi RS Perusahaan Jawatan(Perjan) dengan nama Perjan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Saat ini dengan terbitnya Peraturan Pemerintah RI No. 1 Tahun 2004 tanggal 14 Januari 2004 tentang Perbendaharaan Negara dan Peraturan Pemerintah RI No. 23 Tahun 2005 Tanggal 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum(Lembaran Negara RI Tahun 2005 Nomor 48) RSUP Dr. M. Djamil Padang kembali menjadi Unit Pelaksana Teknis Pusat dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah RS kelas A Pendidikan yang dinyatakan lulus Akreditasi Paripurna oleh Komite Akreditasi RS (KARS) pada tanggal 30 Mai 2016. Kegiatan utama RSUP Dr. M. Djamil Padang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan sub-spesialis kepada pasien.

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.

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 dan 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.

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2015 - 2019, merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 2 (dua) tahun kurun waktu tahun 2018 - 2019.

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2015 – 2019 terjadi perubahan/revisi pada Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) yaitu target *cost recovery rate*, PIC dan nama indikator persentase complain yang ditindaklanjuti, Definisi Operasional (DO) dan target indikator indeks budaya patient safety, DO dan periode pelaporan indikator persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan, PIC indikator jumlah rumah sakit jejaring yang dibina, nama indikator persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, nama indikator persentase DPJP ekselen disesuaikan dengan Indikator Kinerja Terpilih (IKT), DO dan formula indikator persentase unit kerja yang berkinerja ekselen, DO indikator tingkat OEE(*Overall Equipment Effectiveness*) disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran pada tahun 2018-2019.

1.2. Tujuan Revisi RSB

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

- a. Sebagai panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 - 2019
- b. Sebagai pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 - 2019
- c. Sebagai dasar rujukan untuk keberhasilan pemenuhan misi dan pencapaian visi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 - 2019

- d. Sebagai salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para stakeholders RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 - 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 Revisi 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

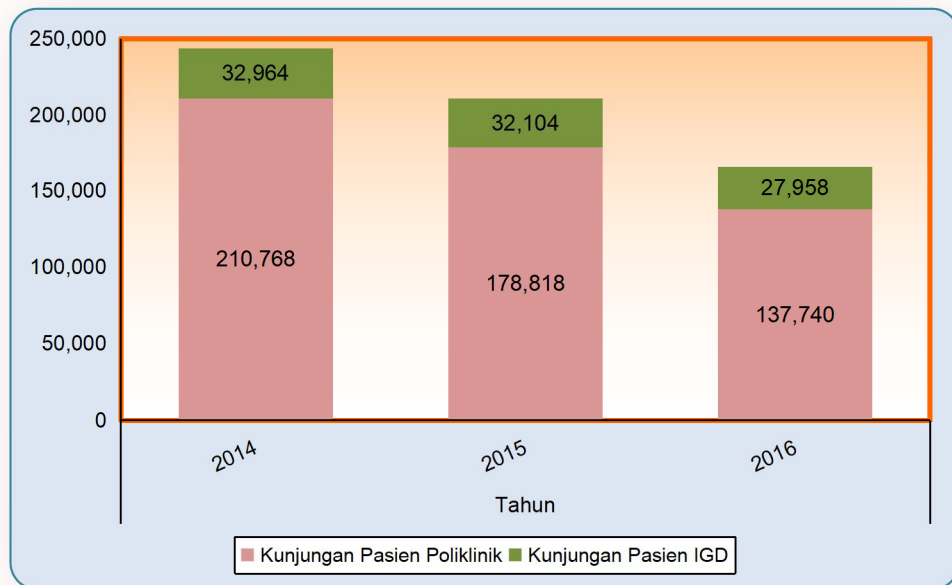
GAMBARAN KINERJA SAAT INI

2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan

a) Pertumbuhan Produktifitas

1) Data Kunjungan

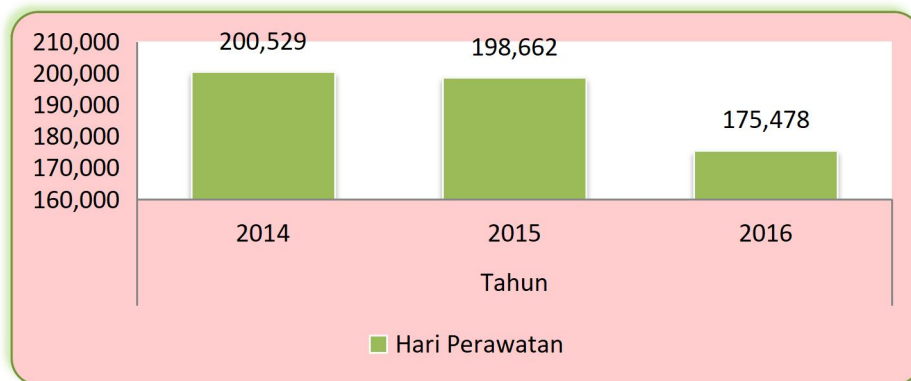
Jumlah kunjungan pasien poliklinik menurun dari tahun 2014 s/d 2016, hal ini disebabkan RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan tingkat nasional level PPK III, yang berdampak turunnya kunjungan pasien ke RSUP Dr. M. Djamil Padang akibat adanya perubahan layanan pada era JKN.



Grafik 2.1. Data Kunjungan

2) Hari Perawatan

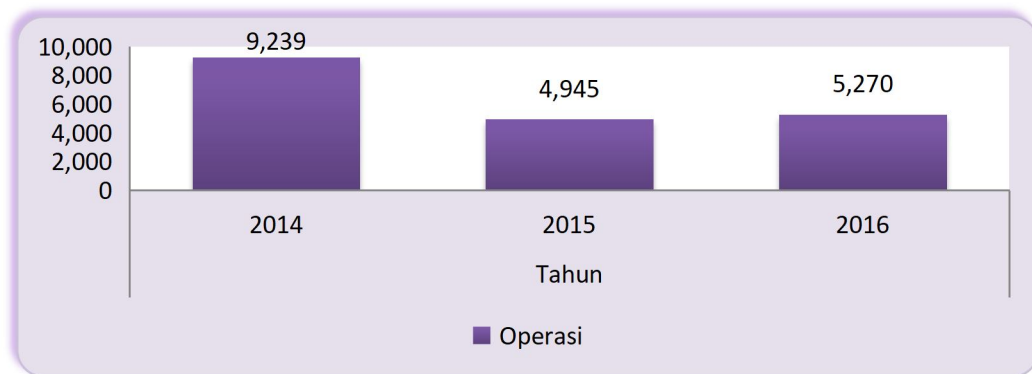
Hari perawatan menurun dari tahun 2014 s/d 2016. Pelayanan yang diberikan sudah mulai memahami atau mengacu pada standar/panduan praktek klinik (PPK) dan clinical pathway (CP) dan pembayaran pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan “*fee for service*” tetapi sudah menerapkan pada system pembayaran paket INA CBG's. Sehingga harus diterapkannya efisiensi dalam pelayanan.



Grafik 2.2. Hari Perawatan

3) Kegiatan Operasi

Kegiatan Operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) menurun dari tahun 2014 ke tahun 2015 tetapi meningkat lagi pada tahun 2016 sehingga adanya antrian untuk mendapatkan pelayanan operasi di IBS. Tingginya antrian untuk mendapatkan pelayanan operasi di IBS, maka sudah saatnya merealisasikan pelayanan operasi bedah 24 jam dan penambahan layanan ROI.



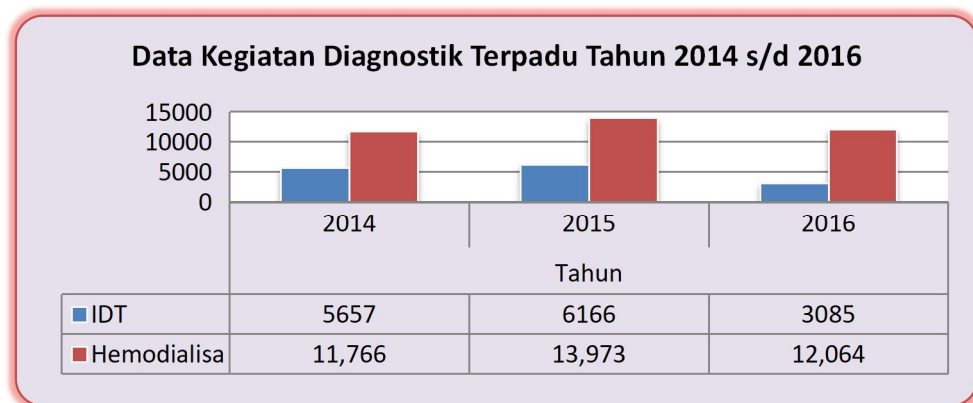
Grafik 2.3. Kegiatan Operasi

4) Kegiatan Diagnostik Terpadu

Jumlah kegiatan Diagnostik Terpadu pada tahun 2014 ke tahun 2015 meningkat, namun pada tahun 2015 menurun, hal ini disebabkan keterbatasan sarana dan prasarana/fasilitas, dan atau SDM, baik dari segi jumlah atau optimalisasi peralatan yang kurang.

Kegiatan Hemodialisa berfluktuasi, tidak terjadi perubahan yang signifikan.

Upaya yang dilakukan yaitu penambahan alat medik dan keperawatan.

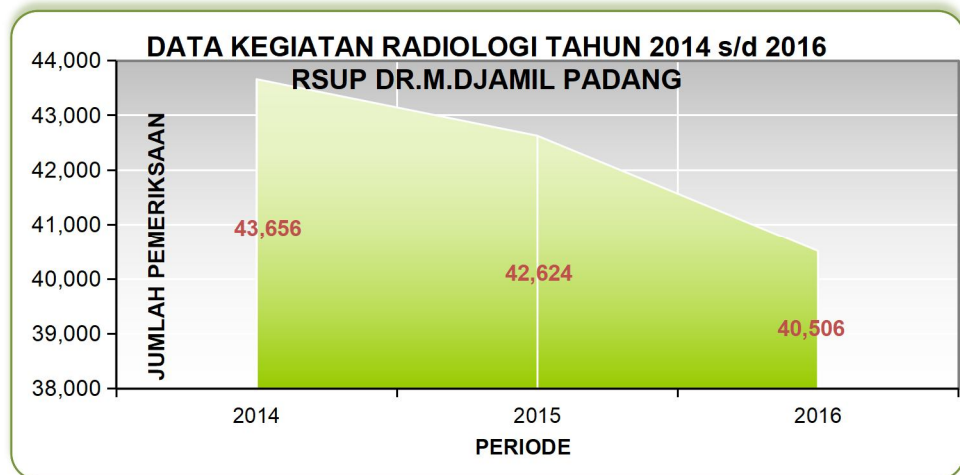


Grafik 2.4. Kegiatan Diagnostik Terpadu

5) Kegiatan Radiologi

Jumlah pemeriksaan Radiologi menurun dari tahun 2014 s/d tahun 2016, disebabkan permintaan pemeriksaan radiologi menurun sesuai kunjungan pasien yang menurun dan usia teknis alat yang sudah melampaui sehingga alat sering mengalami kerusakan.

Upaya yang dilakukan yaitu pengajuan penambahan alat CT Scan.

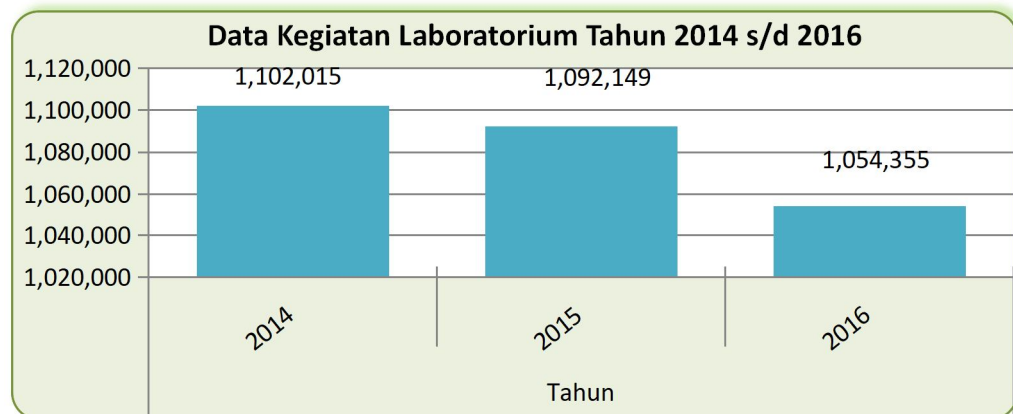


Grafik 2.5. Kegiatan Radiologi

6) Kegiatan Laboratorium

Jumlah pemeriksaan laboratorium dari tahun 2014 s/d tahun 2016 menurun karena kunjungan pasien yang menurun dan keterbatasan reagensia.

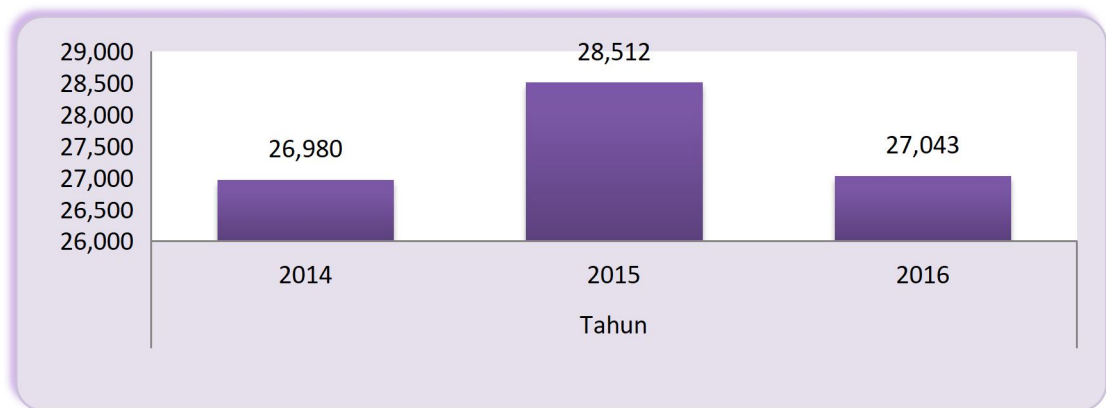
Upaya yang dilakukan yaitu memperbaiki system ketersediaan reagensia.



Grafik 2.6. Kegiatan Laboratorium

7) Kegiatan Pusat Jantung Regional (PJR)

Kegiatan PJR dari tahun 2014 s/d 2016 berfluktuasi tidak terjadi perubahan yang signifikan tetapi tahun 2015 terjadi kenaikan namun pada tahun 2016 terjadi penurunan lagi. Hal ini disebabkan salah satunya akibat usia teknis alat Cath Lab yang sudah melampaui sehingga utilitasnya berkurang. PJR adalah merupakan pelayanan unggulan RSUP Dr. M. Djamil Padang, maka sarana dan prasarannya perlu diprioritaskan untuk dilengkapi/dikembangkan khususnya untuk bedah jantung. Upaya yang dilakukan yaitu penambahan alat Cath Lab.



Grafik 2.7. Kegiatan Pusat Jantung Regional (PJR)

8) Kegiatan Rehabilitasi Medik

Pada tahun 2014 s/d tahun 2016 kunjungan pasien rehabilitasi medik menurun. Hal ini disebabkan peralatan sudah banyak yang melampaui usia teknis sehingga banyak peralatan yang perlu peningkatan dan pengembangan.

Ada beberapa tindakan yang tidak tercover pada jaminan layanan kesehatan.

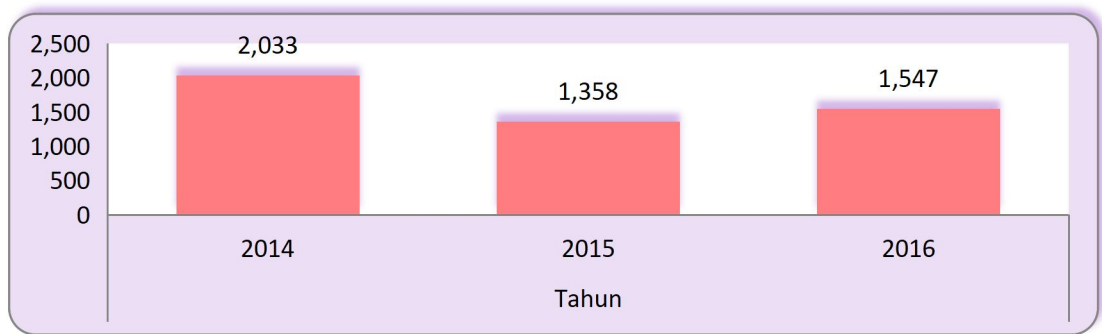
Upaya yang dilakukan yaitu tindakan mengacu pada Panduan Praktek Klinik(PPK)



Grafik 2.8. Kegiatan Rehabilitasi Medik

9) Kegiatan Forensik

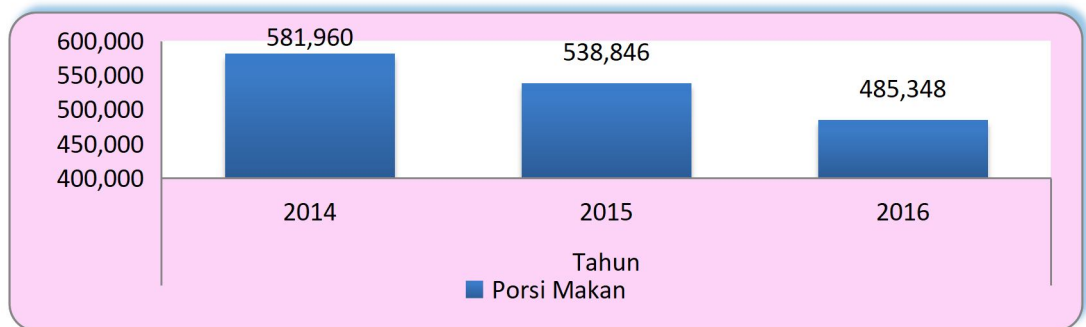
Kegiatan Forensik dari tahun 2014 s/d 2016, kegiatan visum menunjukkan penurunan hal ini disebabkan adanya regionalisasi pelayanan visum dan kebijakan bahwa semua visum yang dikirim dari Polres/Polsek harus dilakukan di RS Bhayangkara Kedinasan, sehingga hanya visum dengan kompleksitas tinggi yang dirujuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.



Grafik 2.9 Kegiatan Forensik

10) Kegiatan Gizi

Pada tahun 2014 s/d 2016 terjadi penurunan jumlah porsi makanan karena terjadinya penurunan jumlah kunjungan pasien.



Grafik 2.10. Kegiatan Gizi

b) Efektifitas Pelayanan

Dari tabel dilihat BOR RSUP DR. M. Djamil pada tahun 2014 s/d 2016 terjadi penurunan disebabkan sistim rujukan sudah mulai berjalan, namun dari segi efektifitas pelayanan, BOR berada pada nilai ideal (nilai ideal 60-85). BTO berada dibawah nilai ideal (Nilai ideal 40-50 kali/tahun), artinya penggunaan tempat tidur rumah sakit belum efisien. TOI sejak tahun 2014 s/d 2016, 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.

Upaya yang dilakukan yaitu peningkatan optimalisasi kegiatan layanan.

Tabel 2.1
Capaian Efektifitas Pelayanan
RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014 s/d 2016

No	Parameter	Tahun		
		2014	2015	2016
1	BOR	68,67	60,71	59,93
2	LOS	8,24	7,7	6,64

3	BTO	30,19	26,29	29,35
4	TOI	3,79	5,45	5
5	GDR	128,9	138,2	155,95
6	NDR	76,7	77,1	86,83
7	Kelengkapan RM 1x 24 jam	-	-	94%

c) Pendidikan dan Pelatihan

Dari tabel 2.2 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 meningkat dari tahun 2014 ke tahun 2015 dan mengalami penurunan di tahun 2016, namun staff yang mengikuti pelatihan yang diadakan di internal maupun eksternal RS, trendnya selalu meningkat sesuai kebutuhan rumah sakit (akreditasi).

Tabel 2.2
Capaian Program Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2014 s/d 2016

No	Indikator	Tahun		
		2014	2015	2016
1	Jumlah Penelitian	30	70	60
2	Jumlah Pengikuti Pendidikan	72	87	60
3	Jumlah Mengikuti Pelatihan Eksternal	58	167	175
4	Jumlah Mengikuti Pelatihan Internal	83	2.332	4.944

d) Mutu Pelayanan

Dari tabel terlihat bahwa selama kurun waktu 3 tahun, *emergency response time 2* belum tercapai sesuai standar yaitu ≤ 120 menit, hal ini disebabkan belum sesuai penentuan kriteria ERT 2. 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 2014 s/d 2016

No	Indikator	2014	2015	2016
1	Emergency Response Time Rate 2 (ERT)	-	187 menit	160 menit

2	Angka Pasien Rawat Inap Yang Dirujuk	1,20%	2,21%	2,18%
3	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	30 menit	31,77 menit	58 menit
4	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif	120 Jam	144 Jam	70 Jam
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	60 menit	111,5 menit	97 menit

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 3 tahun terakhir, telah dibawah standar.

Tabel 2.4
Capaian Indikator Mutu Klinik
RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014 s/d 2016

No	Indikator	2014	2015	2016
1	Angka Kematian di Gawat Darurat		0,9%	0,71%
2	Angka Kematian >48 jam	7,67%	7,71%	8,68%
3	Post Operative Death Rate			0,06%
4	Angka Infeksi Nosokomial		14,27%	13,09%

f) Kepuasan Pelanggan dan 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.

Tabel 2.5
Nilai Indikator Kepuasan Pelanggan dan Kepedulian Lingkungan
RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014 s/d 2016

No	Indikator	2014	2015	2016
Kepuasan Pelanggan				
1	Jumlah Komplain	122	149	122
2	Persentase tindak lanjut komplain	90,4%	81,3%	79,30%
3	Kepuasan pelanggan	-	83,22%	77,8%
Kepedulian Terhadap Lingkungan				
1	Kebersihan Lingkungan	Nilai Total \geq 7500	Nilai Total \geq 7500	Nilai Total \geq 7500
2	Hasil Uji AMDAL			

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 dan 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 Transplantasi 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 2014 s/d 2016

No	Pelayanan Prioritas	Kemampuan			Kunjungan		
		SDM	Fasilitas	Proses	2014	2015	2016
I	Pelayanan Unggulan						
1	Jantung						

	a. Medical Rawat Jalan				-	24.534	26.984
	b. Medical Rawat Inap				1.724	1.673	1.550
	c. CVCU				1.180	1.060	1.081
	d. Surgery				5543	6006	5269
2	Perinatologi				644	334	298
	NICU				209	221	341
3	Tissue bank & Sel Punca				197	733	132
II	Pengembangan Pelayanan						
1	Geriatric Terpadu				-	1.292	1.869
2	Pelayanan Therapi penganti Ginjal				-	1	-
3	Tumbuh kembang anak terpadu				457	489	490

Keterangan :

 : Dalam proses persiapan

 : Tersedia

2.2. Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

a) Rasio Keuangan

Dari tabel 2.8 terlihat dari rasio likuiditas RSUP Dr. M. Djamil Padang mampu untuk memenuhi kewajiban jangka pendek walaupun cash rasio 7%, hal ini bisa dilakukan jika piutang RSUP Dr. M. Djamil Padang terealisasi semua terutama piutang BPJS, hal ini dapat terlihat dari rasio lancar sebesar 137%.

Perputaran piutang juga menurun di tahun 2016 dibandingkan tahun 2015, hal ini disebabkan banyaknya piutang BPJS yang belum terealisasi. Hal ini juga berbanding lurus dengan rasio lancar yang cukup tinggi dan begitu jauhnya perbedaannya dengan rasio kas.

Dilihat dari rasio aktifitas dan rentabilitas pada tahun 2016 cukup mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya, namun pada ROA terlihat terjadi penurunan hal ini adanya

penambahan aset yang belum dimanfaatkan secara optimal. Hal ini terjadi karena penambahan aset tetap tersebut terjadi pada akhir tahun.

Secara keseluruhan dapat dilihat jika kemampuan keuangan RSUP Dr. M. Djamil Padang cukup bagus, dan diharapkan BPJS segera memenuhi kewajibannya supaya tidak terganggu *cash flow* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Di tahun-tahun selanjutnya RSUP Dr. M. Djamil Padang cukup mampu menaikkan pendapatannya dikarenakan adanya penambahan modal kerja berupa peralatan kesehatan dan gedung baru yang bisa mengungkit pendapatan.

Tabel 2.7
Indikator Kinerja Aspek Keuangan Rumah Sakit
RSUP Dr. M Djamil Padang 2014 s/d 2016

No	Aspek / Indikator	2014	2015	2016
1	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	40%	28,43%	7%
2	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	145%	84,00%	137%
3	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	53 hari	19,79 hari	94 hari
4	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed asset Turnover</i>)	33,26%	54,81%	26,73%
5	Imbalan atas aset tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	1,19%	11,06%	5,53%
6	Imbalan Ekuitas (<i>Return On Equity</i>)	1,78%	7,48%	10,49%
7	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)/PP	26 hari	83,16 hari	43 hari
8	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya Operasional	67%	55%	52%
9	Rasio Subsidi Biaya pasien	2,85%	11,49%	0%

b) Kinerja Pengelolaan Rumah Sakit

Dari tabel 2.9 dapat dilihat dalam kurun waktu 3 tahun, penilaian kinerja rumah sakit yang meliputi indikator kinerja keuangan, indikator kinerja operasional dan indikator kinerja mutu pelayanan dan manfaat kepada masyarakat terus membaik, sehingga kinerja rumah sakit tergolong BAIK (A)

Tabel 2.8
Indikator Kinerja Pengelolaan Rumah Sakit
RSUP Dr. M. Djamil Padang 2014 s/d 2016

No	Aspek / Indikator	Rasio		
		2014	2015	2016
1	Opini	WTP	WTP	WTP
2	Penilaian Kinerja	73,57 (A)	72,58 (A)	73,85 (A)

BAB III

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, Tata Nilai, dan Motto

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 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 dan 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* dan *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 Dr. 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 3.1. 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 3.2. 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 3.3. 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	0,15	60	9

KSO untuk pemutakhiran peralatan medic			
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

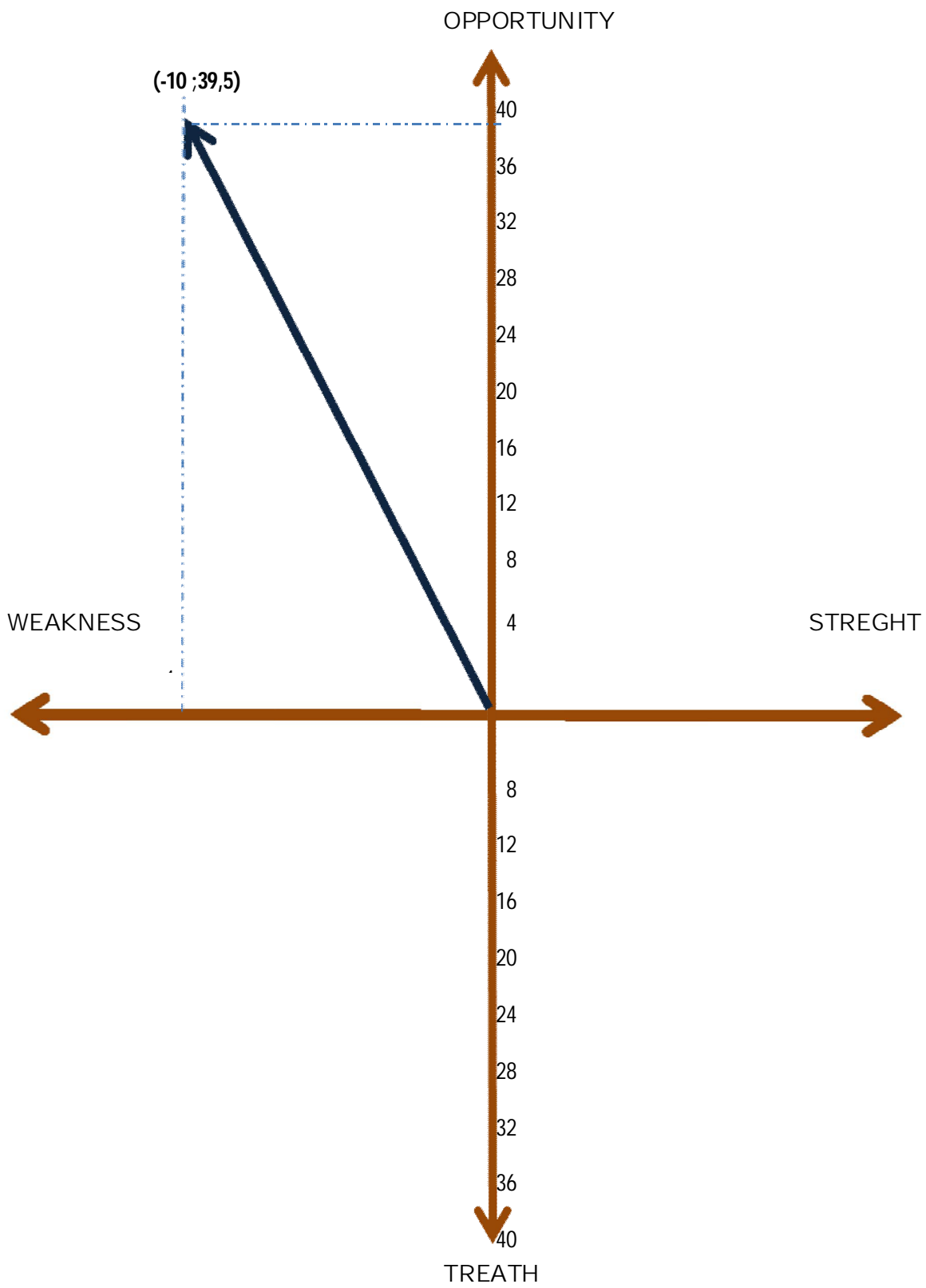
POSISI BISNIS RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2015

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 Padang berdasarkan analisa SWOT berada di kuadran II (*Stability*), dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 1. Posisi Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015

Berdasarkan hasil analisa SWOT didapatkan bahwa RSUP Dr. 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 Dr. M. Djamil Padang. Strategi-strategi tersebut diimplementasikan melalui reformasi system manajemen Rumah sakit, menetapkan kebijakan dan program yang mendukung, melakukan inonvasi pada produk layanan, serta pengembangan pelayanan unggulan.

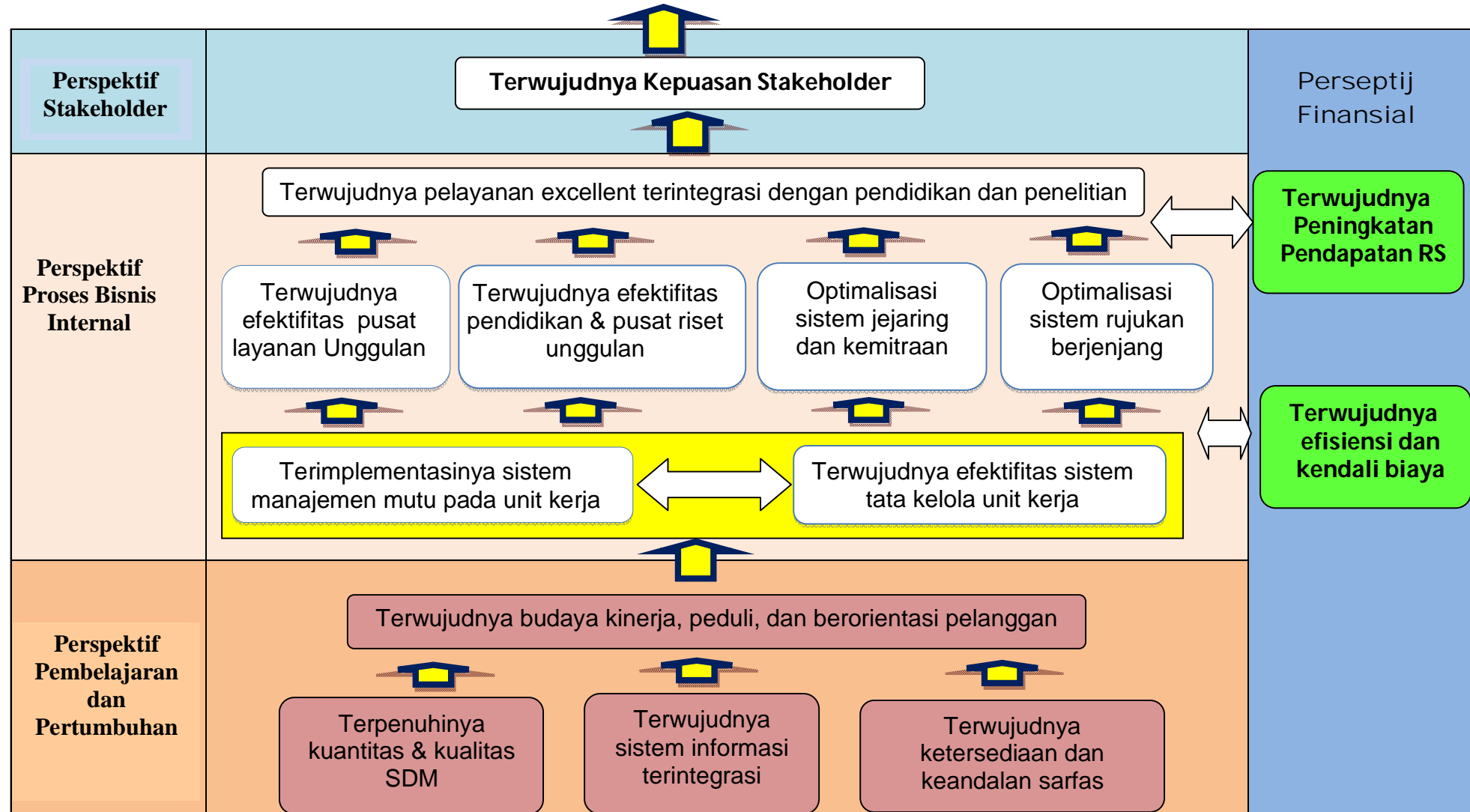
3.7. Analisa TOWS

	STRENGTH (S)	WEAKNESS(W)
	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	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)
1. Tingginya potensi pasar terhadap layanan unggulan 2. Kebijakan pemerintah tentang jaminan Kesehatan Nasional 3. Fleksibilitas pengelolaan keuangan BLU dan terbukanya peluang KSO untuk pematkhiran 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	Membangun efektifitas pusat layanan Unggulan Membangun efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan	Memperbaiki budaya kinerja, budaya peduli yang berorientasi pelanggan Membangun sistem informasi terintegrasi Membangun efektifitas sistem tata kelola unit kerja Mengoptimalkan sistem jejaring dan kemitraan Mengoptimakani sistem rujukan berjenjang

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>Mengoptimalkan 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 2014	TARGET					REVISI I
						2015	2016	2017	2018	2019	
PERSPEKTIF FINANSIAL	1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	4	%	DK	20%	20%	20%	25%	25%	30%	
	2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	4	%	DK	65%	67%	69%	70%	71%	72	Perubahan Target : 2015 : 67% 2016 : 69% 2017 : 70% 2018 : 71% 2019 : 72%
PERSPEKTIF STAKEHOLDER	3. Terwujudnya kepuasan pasien	4	%	USP		70%	75%	78%	80%	85%	
	3. Terwujudnya kepuasan stakeholder	4	%	USP	#NA	70%	75%	80%	85%	90%	
	5. Tingkat kepuasan staf	4	%	USP		70%	75%	78%	80%	85%	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL	6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	3	%	USP	70%	74%	78%	82%	86%	90%	
	3. Terwujudnya pelayanan excellent	4	%	DMK	70%	75%	80%	85%	90%	95%	PIC : USP Nama IKU : Kecepatan

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2014	TARGET					REVISI I
						2015	2016	2017	2018	2019	
terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	ditindaklanjuti										Respon Terhadap Komplain (KRK)
	8. Indeks budaya patient safety	4	%	DMK	60%	80%	80%	100%	100%	100%	DO : menjadi 11 sasaran keselamatan pasien Perubahan Target : 2015 : 80% 2016 : 80% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100%
	9. Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	DMK	16 Pelayan an	Kars	JCI	-	Kars	JCI	
4. Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	4	Satuan	DMK	3	1 (transplan - tasi ginjal)	1 (kanke r terpadu)	1 (geriat ri terpadu)	1 (layan an Retina)	1 (defisi ensi immun)	
	11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	4	%	DMK	#NA	70%	75%	80%	85%	90%	- Penjelasan dari "berhasil ditangani pada formula - Periode laporan menjadi triwulan
5. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 /Sp2)	3	Satuan	USP	12/4	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	
	13. Jumlah riset translasional	4	Satuan	USP	-	2	2	2	2	2	
6. Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	4	%	DMK	#NA	60%	65%	70%	75%	80%	
7. Optimalisasi sistem	15. Jumlah rumah	3	Satuan	DMK	3	4	5	7	8	9	Perubahan PIC : USP

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2014	TARGET					REVISI I
						2015	2016	2017	2018	2019	
jejaring dan kemitraan	sakit jejaring yang dibina										
	16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	USP	#NA	1	1	1	1	1	
8. Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	17. Persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindaklanjut hasil audit mutu	4	%	DMK	#NA	70%	75%	80%	90%	100%	- Perubahan nama indikator : Kepatuhan terhadap Clinical Pathway - Mengacu pada kamus IKI dan Per Dirjen 34
	18. Persentase DPJP ekselen	4	%	DMK	#NA	70%	80%	90%	95%	100%	-Perubahan nama indikator : Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis - Mengacu pada kamus IKI dan Per Dirjen 34
9. 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%	Perubahan pada DO dan Formula
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%	

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2014	TARGET					REVISI I
						2015	2016	2017	2018	2019	
	23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	%	USP	65%	70%	75%	80%	85%	90%	
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%	Disesuaikan dengan kamus Indikator Per Dirjen 34

4.2. Kamus IKU

IKU – 1: Persentase Peningkatan Pendapatan

Perspektif	:	Finansial				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya peningkatan pendapatan RS				
IKU	:	Persentase kenaikan pendapatan				
Definisi	:	<p>Peningkatan pendapatan adalah kemampuan rumah sakit dalam memperoleh peningkatan pendapatan pada tahun berjalan dibandingkan dengan pendapatan yang diperoleh di tahun sebelumnya</p> <p>Sumber pendapatan diperoleh dari semua transaksi keuangan akibat adanya layanan operasional (core bisnis rumah sakit) dan layanan non operasional (layanan non bisnis rumah sakit)</p>				
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	:	<p><i>Cost recovery rate</i> adalah tingkat kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan guna menutupi seluruh biaya operasionalnya selama setahun yang diukur dalam bentuk persentase</p>				
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	:	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	:	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	:	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	:	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	: Capaian akreditasi RS adalah pengakuan yang diberikan oleh KARS atau JCI pada manajemen RS karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Tingkatan akreditasi KARS meliputi: <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	:	Optimalisasai 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 koordinasi 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.					
	<ul style="list-style-type: none"> - SOP antar unit layanan - SOP unit layanan dengan unit penunjang - SOP unit 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	:	<p>Unit kerja yang berkinerja ekselen adalah unit kerja yang mencapai realisasi kinerja diatas target kinerja yang ditetapkan pada suatu periode penilaian kinerja.</p> <p>Penilaian kinerja didasarkan atas kontrak kinerja yang dilakukan antara atasan unit kerja dan direksi terkait pada awal tahun penilaian kinerja.</p> <p>Kontrak kinerja menggambarkan sejumlah indikator kinerja terpilih (IKT) dan target IKT yang harus dicapai oleh unit kerja untuk suatu periode penilaian kinerja.</p>				
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	: Kriteria evaluasi OEE meliputi: 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. Sarfas yang dinilai adalah alat-alat dengan harga lebih dari Rp. 1 milyar keatas atau alat-alat yang bersifat <i>life saving</i> .				
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. Revisi I Kamus IKU

IKU – 1: Persentase Peningkatan Pendapatan	
Nama Indikator	Persentase Peningkatan Pendapatan
Kode Indikator	Renstra-IKU1
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut

	<input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya peningkatan pendapatan RS
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Laporan harian kasir, Rekening koran bendahara penerima (Bagian PMD)
Definisi Operasional	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)
Numerator	total pendapatan pada tahun berjalan
Denominator	total pendapatan tahun lalu
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015: 20% 2016: 20% 2017: 25% 2018: 25% 2019: 30%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan

Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 67% 2016 : 69% 2017 : 70% 2018 : 71% 2019 : 72%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 3 : Tingkat Kepuasan Pasien	
Nama Indikator	Tingkat Kepuasan Pasien
Kode Indikator	IAM 5, PER DIRJEN 18, Renstra - IKU 3
Jenis Indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input checked="" type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input checked="" type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input checked="" type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Kepuasan pelanggan menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kotler, 2016). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa, fokus pasien dan keluarga.
Tujuan	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder Membuktikan persepsi pasien terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit berdasarkan elemen-elemen tingkat kepuasan pelanggan yang ditetapkan. Memberikan informasi dan saran kepada unsur pimpinan dan semua unit kerja di RSUP Dr. M. Djamil Padang tentang hasil pelaksanaan kegiatan survey kepuasan pasien dan keluarga untuk dijadikan dasar guna menentukan kebijakan selanjutnya
Kepustakaan/Panduan/Referensi Indikator	1. Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.

	2. Indikator per Dirjen Tahun 2016 3. Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019																									
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan kuesioner kepuasan pasien																									
Definisi Operasional	<p>Kepuasan Pasien adalah perasaan senang atau penerimaan dengan baik dari pasien terhadap semua layanan Rumah Sakit, baik dilakukan sesuai standar maupun substandar.</p> <p>Parameter ukuran kepuasan ditetapkan dengan tingkat kepuasan yang diharapkan, yaitu jumlah Kumulatif Nilai Sangat Baik + Baik / sesuai dengan IKM</p> <p>Nilai IKM dihitung dengan menggunakan "nilai rata-rata tertimbang" masing-masing unsur pelayanan. Dalam penghitungan indeks kepuasan masyarakat terhadap 14 unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama dengan rumus sebagai berikut:</p> <p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = (jumlah bobot) / (jumlah unsur) = 1/14 = 0,071</p> <p>Untuk memperoleh nilai IKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:</p> $IKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$ <p>Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian IKM yaitu antara 25 - 100 maka hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut:</p> $IKM \text{ Unit Pelayanan} \times 25$ <p>Mengingat unit pelayanan mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, maka setiap unit pelayanan dimungkinkan untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menambah unsur yang dianggap relevan. Memberikan bobot yang berbeda terhadap 14 (empat belas) unsur yang dominan dalam unit pelayanan, dengan catatan jumlah bobot seluruh unsur tetap 1. <p>Tabel: Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi IKM, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NILAI PERSEPSI</th> <th>NILAI INTERVAL IKM</th> <th>NILAI INTERVAL KONVERSI IKM</th> <th>MUTU PELAYANAN</th> <th>KINERJA UNIT PELAYANAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1,00 – 1,75</td> <td>25 – 43,75</td> <td>D</td> <td>Tidak baik</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1,76 – 2,50</td> <td>43,76 – 62,50</td> <td>C</td> <td>Kurang baik</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2,51 – 3,25</td> <td>62,51 – 81,25</td> <td>B</td> <td>Baik</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3,26 – 4,00</td> <td>81,26 – 100,00</td> <td>A</td> <td>Sangat baik</td> </tr> </tbody> </table>	NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL IKM	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN	1	1,00 – 1,75	25 – 43,75	D	Tidak baik	2	1,76 – 2,50	43,76 – 62,50	C	Kurang baik	3	2,51 – 3,25	62,51 – 81,25	B	Baik	4	3,26 – 4,00	81,26 – 100,00	A	Sangat baik
NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL IKM	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN																						
1	1,00 – 1,75	25 – 43,75	D	Tidak baik																						
2	1,76 – 2,50	43,76 – 62,50	C	Kurang baik																						
3	2,51 – 3,25	62,51 – 81,25	B	Baik																						
4	3,26 – 4,00	81,26 – 100,00	A	Sangat baik																						
Numerator	-																									
Denominator	-																									
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat																									

	<input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya, mutu pelayanan
Kriteria Inklusi	1. Pasien dewasa (umur \geq 18 tahun) 2. Pasien telah dirawat inap 2x24 jam (untuk pasien rawat inap) 3. Pasien yang telah berkunjung > 1 kali (untuk pasien rawat jalan dan IGD) 4. Pasien pulang hidup setiap hari	
Kriteria Eksklusi	1. Pasien pulang atas permintaan sendiri 2. Pasien pulang meninggal	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Semua pasien rawat inap RSUP Dr. M. Djamil yang telah dirawat lebih dari 2 x 24 jam Semua pasien rawat jalan dan IGD yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Sampel	Besarnya sampel ditentukan dengan menggunakan tabel besar sampel Isaac dan Michael	
Pengumpul Data	PIC Instalasi Rawat Inap, Anestesiologi Dan Terapi Intensif, Rawat Jalan, dan IGD	
Validator		
PIC	Kepala Instalasi Rawat Inap, Anestesiologi Dan Terapi Intensif, Rawat Jalan dan IGD	
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	\geq 85% Target Renstra : 2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 78% 2018 : 80% 2019 : 85%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data	Kuesioner kepuasan pasien dan hasil teli kuesioner	

IKU – 4 :Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Nama Indikator	Tingkat Kepuasan Peserta Didik
Kode Indikator	Renstra-IKU 4
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut

	2017 : 80% 2018 : 85% 2019 : 90%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 5 : Tingkat Kepuasan Staf	
Nama Indikator	Tingkat Kepuasan Staf
Kode Indikator	IAM 6, Renstra-IKU 5
Jenis Indikator	<input checked="" type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input checked="" type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Kepuasan staf menggambarkan terpenuhinya aspek kenyamanan, ketegasan pelaksanaan reward dan konsekuensi, hubungan harmonis di lingkungan kerja yang mampu memberikan kepuasan staf
Tujuan	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Pedoman Pelayanan SDM, Renstra Rumah Sakit 2015-2019 RSUP Dr. M. Djamil
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Hasil survey Bagian SDM dan Fakultas Kedokteran UNAND
Definisi Operasional	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 Tingkat kepuasan staf adalah rerata penilaian dari staf berdasarkan survey
Numerator	Jumlah staf yang mempersepsikan puas
Denominator	Jumlah staf yang disurvey

Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Semua staf RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan masa kerja minimal 2 tahun	
Kriteria Eksklusi	Staf Kemendiknas (FK UNAND)	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Semua staf RSUP Dr M Djamil Padang	
Sampel	Besar sampel ditentukan menggunakan tabel Isaac dan Michael	
Pengumpul Data	Pengumpul Data di Bagian SDM	
Validator		
PIC	Kepala Bagian SDM	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	$\geq 78\%$ Target Renstra : 2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 78% 2018 : 80% 2019 : 85%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input checked="" type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan pie chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data	Kuesioner Kepuasan Staf (dilampirkan) dan form rekapan data	

IKU – 6 :Tingkat Kelulusan UKDI First Taker	
Nama Indikator	Tingkat Kelulusan UKDI First Taker
Kode Indikator	Renstra - IKU 6
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra

Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya Peningkatan sistem pelayanan, pendidikan & penelitian yang bermutu berbasis bukti
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Dokter yang lulus Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI) pada kali pertama ujian
Numerator	Jumlah peserta didik yang telah lulus uji kompetensi pada kali pertama ujian
Denominator	total peserta yang mengikuti uji kompetensi kali pertama ujian pada periode itu
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 74% 2016 : 78% 2017 : 82% 2018 : 86% 2019 : 90%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input checked="" type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan pie chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .

	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Seluruh laporan yang masuk	
Sampel	Semua populasi dijadikan sampel	
Pengumpul Data	Humas	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	>75 % Target Renstra : 2015 : 75% 2016 : 80% 2017 : 85% 2018 : 90% 2019 : 95%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data	Laporan dari Instalasi Humas	

IKU – 8 : Indeks Budaya Patient Safety

Nama Indikator	Indeks Budaya Patient Safety
Kode Indikator	Renstra - IKU 8
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	<p>Diterapkannya identifikasi pasien mencerminkan terselenggaranya pelayanan pasien yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien (SKP 1)</p> <p>Diterapkannya Tulis, Baca, Konfirmasi (TBaK) mencerminkan terselenggaranya pelayanan pasien yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien (SKP 2)</p> <p>Obat high alert memiliki risiko lebih tinggi menyebabkan insiden ketika tidakdilakukan manajemen yang benar.Pelaksanaan double check saat pemberian obat high alert mencegah terjadinya medication error. Hal ini akan mewujudkan terselenggaranya pelayanan pasien yang aman dan efektif bagi</p>

	<p>pasien dalam upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien (SKP 3) Diterapkannya keselamatan operasi mencerminkan terselenggaranya pelayanan pasien yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya pemenuhan sasaran keselamatan pasien (SKP 4) Kebersihan tangan merupakan indikator yang sangat penting untuk mencegah penyebaran kuman pathogen dan kuman resisten antibiotik di tatanan pelayanan kesehatan Terselenggaranya asuhan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 6)</p>
Tujuan	Terwujudnya Pelayanan Exellen Terintegrasi Dengan Pendidikan dan penelitian
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	<p>Budaya patient safety adalah penerapan perilaku-prilaku pada seluruh karyawan terkait dengan 11 Sasaran keselamatan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan Identifikasi Pasien 2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif 3. Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses serah terima untuk hasil kritis dari uji diagnostik 4. Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses komunikasi untuk serah terima 5. Peningkatan keamanan obat-obatan risiko tinggi 6. Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk mengatur keamanan penggunaan elektrolit pekat 7. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi 8. Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses time out di kamar operasi sesaat sebelum operasi untuk memastikan lokasi yang benar, prosedur yang benar, dan pasien bedah yang benar 9. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 10. Pengurangan risiko pasien jatuh di rawat inap 11. Pengurangan risiko pasien jatuh di rawat jalan <p>Pengukuran budaya patient safety dilakukan melalui survei yang ditujukan kepada seluruh karyawan secara sampling.</p>
Numerator	ISKP1 (%) + ISKP 2 (%) + ... + ISKP 11 (%)
Denominator	11
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, mutu pelayanan
Kriteria Inklusi	Seluruh staf pelayanan yang memberikan asuhan kepada pasien (rinci per ISKP)
Kriteria Eksklusi	Sesuai dengan ISKP
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	Populasi dari Masing-masing ISKP

Sampel	Sampel ditentukan dengan tabel besar sampel Isaac dan Michael
Pengumpul Data	KMMR
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 80% 2016 : 80% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 9 : Capaian Akreditasi Rumah Sakit	
Nama Indikator	Capaian Akreditasi Rumah Sakit
Kode Indikator	Renstra - IKU 9
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya pelayanan Ekselen terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Capaian akreditasi RS adalah pengakuan yang diberikan oleh KARS atau JCI pada manajemen RS karena telah memenuhi standar yang ditetapkan.

	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator		
Tujuan	Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	<p>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.</p> <p>Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan pada tahun berjalan.</p>	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Bidang Pelayanan Medik	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : Transplantasi Ginjal 2016 : Kanker Terpadu 2017 : Geriatri Terpadu 2018 : Retina 2019 : Defisiensi Imun	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di	

Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 85% 2019 : 90%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 12 : Jumlah Program Studi Spesialis Baru (Sp1 dan Sp2)	
Nama Indikator	Jumlah Program Studi Spesialis Baru (Sp1 dan Sp2)
Kode Indikator	Renstra - IKU 12
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Jumlah program studi spesialis (Sp1 dan Sp2) yang dikembangkan bekerja sama dengan FK-UA
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga

	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data		
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 1/1 2016 : 1/1 2017 : 1/1 2018 : 1/1 2019 : 1/1	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 13 : Jumlah Riset Translasional	
Nama Indikator	Jumlah Riset Translasional
Kode Indikator	Renstra - IKU 13
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya efektifitas pendidikan dan pusat riset unggulan

Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	Riset translasional adalah riset dibidang kedokteran yang ditujukan untuk peningkatan mutu dalam bentuk publikasi	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Bagian Diklit	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 2 2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 14 : Persentase Kasus Rujukan yang Tepat (atas-bawah)

Nama Indikator	Persentase Kasus Rujukan yang Tepat (atas-bawah)
----------------	--

	2019 : 80%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 15 : Jumlah RS Jejaring yang Dibina	
Nama Indikator	Jumlah RS Jejaring yang Dibina
Kode Indikator	Renstra - IKU 15
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	RS jejaring adalah rumah sakit PPK2 yang memiliki kerjasama dengan RSUP Dr. M. Djamil dan FK-UA dalam aspek pelayanan, pendidikan dan manajemen Formula : Jumlah RS jejaring dengan klasifikasi RS Pendidikan
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome

	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Bakordik, Bagian Diklit dan WD 1 FK-UA	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 4 2016 : 5 2017 : 7 2018 : 8 2019 : 9	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 16 : Jumlah Kegiatan Kemitraan dengan Sister Hospital	
Nama Indikator	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital
Kode Indikator	Renstra - IKU 16
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan


Definisi Operasional	Sister hospital adalah RS nasional atau internasional yang menjalin kemitraan dengan RSUP Dr M Djamil Padang dalam rangka sharing baik dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian. Jumlah kegiatan kemitraan yang dimaksud dapat berupa kerjasama pelayanan, pendidikan dan penelitian
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Diklit
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 1 2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 17 : Kepatuhan terhadap Clinical Pathway

Nama Indikator	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
Kode Indikator	IKI 1, PER DIRJEN 1, Renstra - IKU 17
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut


PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi (100%)
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait.

Formulir Pengumpulan Data



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG
KOMITE MEDIK

Jln. Perintis Kemerdekaan, Telp. (0751) 824 7828
 Fax. (0751) 848211, 848808 - 85147



EVALUASI IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY DI RSUP DR M DJAMIL PADANG

NAMA PASIEN : _____
 NO RM : _____
 DIAGNOSA : _____
 TANGGAL : _____

A. INDIKATOR

NO	INDIKATOR	KESESUAIAN		KETERANGAN
		SESUAI	BELUM SESUAI	
1	INDIKATOR PROSES			
	Assesmen awal			
	Pemeriksaan penunjang, tindakan diagnostik			
	Obat			
	Nutrisi			
	Konsultasi			
	Tindakan terapeutik			
	Assesmen Pulang Kritis			
2	INDIKATOR OUTCOME			
	Keluhan			
	Pemeriksaan Klinis			
	Lama dirawat			

B. VARIANS

NO	VARIASI	URAIAN
1	SISTEM	
2	ASUHAN /KLINIS	
3	PASIEN	

C. EVALUASI IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY

NO	ASPEK	KEPATUHAN	
		PATUH	TIDAK PATUH
1	KEPATUHAN PPA :		
	DOKTER		
	PERAWAT		
	FARMASIS		
	NUTRISIONIS		
2	KENDALA/HAMBATAN		

AUDITOR	KOMITE	NAMA	TANDA TANGAN
1	Komite Medik		
2	Komite Mutu Manajemen Resiko		
3	Komite Keperawatan		

IKU – 18 : Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis

Nama Indikator	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
Kode Indikator	IKT 3, Renstra - IKU 18
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Tujuan	Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja

	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	1. Indikator Kinerja Terpilih Direktur Utama Tahun 2017 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Laporan visite rawat inap
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan di bawah jam 12.00
Numerator	-
Denominator	-
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya, akses pelayanan
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	Pasien yang dijadwalkan konsultasi di atas jam 14.00
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	≥ 80%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

CEK LIST DATA HARIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT								
KETEPATAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS								
Ruangan :								
Bulan :								
NO	TANGGAL	NAMA DOKTER	NO MR	JAM VISITE	VISITE			KET
					YA		TIDAK	
					≤ JAM 12.00	12.00-14.00		≥ JAM 14.00
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
TOTAL								
umlah visite dokter spesialis ≤ jam 12.00 (a)								
umlah visite dokter spesialis jam 12.00-14.00 (b)								
umlah visite dokter spesialis ≥ jam 14.00 (c)								
umlah dokter yang tidak melakukan visite (d)								
umlah pelaksanaan visite dokter spesialis (a+b+c+d)								
ketepatan jam visite dokter spesialis = $\frac{((a \times 100) + (b \times 50) + (c \times 0) + (d \times 0))}{(a + b + c + d)}$								

IKU – 19 : Persentase SOP Lintas Unit Kerja yang Terimplementasi	
Nama Indikator	Persentase SOP Lintas Unit Kerja yang Terimplementasi
Kode Indikator	Renstra - IKU 19
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	<p>SOP lintas unit kerja adalah pedoman baku untuk mengatur kordinasi antar unit kerja.</p> <p>Jenis SOP lintas unit kerja dipilih oleh direksi sesuai kebutuhan pada awal tahun berjalan.</p> <p>Jumlah SOP lintas unit kerja (terpilih) yang diimplementasikan dibandingkan dengan total jumlah SOP lintas unit kerja yang direncanakan untuk diimplementasikan dikali seratus persen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOP antar unit layanan - SOP unit layanan dengan unit penunjang

	- SOP unti layanan dengan unit manajemen .	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kestinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	Umum	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 90% 2019 : 100%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 20 : Persentase Unit Kerja yang Berkinerja Ekselen	
Nama Indikator	Persentase Unit Kerja yang Berkinerja Ekselen
Kode Indikator	Renstra - IKU 20
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34

	<input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 21 : Indeks Budaya PEDULI	
Nama Indikator	Indeks budaya PEDULI
Kode Indikator	Renstra - IKU 21
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	<p>Budaya "Peduli" menggambarkan etos kerja, sikap, perilaku, dan tindakan karyawan saat menjalankan misi pelayanan, pendidikan, dan penelitian pada stakeholders kunci RS Dr M Djamil, yang diukur melalui perwujudan nilai-nilai sebagai berikut: Profesional, Empati, Daya Saing, Utama, Loyal, Ikhlas. Setiap nilai tersebut dijabarkan melalui sejumlah indikator/kriteria penilaian perilaku.</p> <p>Budaya PEDULI diukur melalui instrumen kuesioner dengan menggunakan Skala penilaian angka sebagai berikut:</p> <p>1 = Tidak pernah 2 = Jarang 3 = Sering 4 = Sangat sering</p> <p>Skala hasil penilaian masing-masing responden dijumlah untuk mendapatkan skala penilaian budaya Peduli. Untuk tingkat pencapaian ditetapkan dengan membandingkan masing hasil penilaian dengan jumlah responden yang dinilai untuk mendapat persentase pencapaian. Pencapaian dikatakan baik jika skala nilai menyatakan 3 & 4</p>
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri

	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data		
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 60 % 2016 : 65% 2017 : 70% 2018 : 75% 2019 : 80%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 22 :Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM	
Nama Indikator	Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM
Kode Indikator	Renstra - IKU 22
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM

Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	Pemenuhan kebutuhan SDM secara kuantitas adalah upaya mengisi jabatan berdasarkan pertimbangan beban kerja jabatan dan kebutuhan pengembangan di masa yang akan datang. Jumlah SDM yang sudah ada dibandingkan dengan jumlah kebutuhan SDM berdasarkan perhitungan analisis beban kerja (ABK) dan kebutuhan pengembangan di masa yang akan datang.	
Numerator		
Denominator		
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Ekslusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	SDM	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 75% 2016 : 78% 2017 : 80% 2018 : 82% 2019 : 85%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . 	
Formulir Pengumpulan Data		

	2019 : 90%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

IKU – 24 : Persentase Jumlah Modul yang Terintegrasi	
Nama Indikator	Persentase Jumlah Modul yang Terintegrasi
Kode Indikator	Renstra - IKU 24
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Perangkat software, Hardware & Jaringan
Definisi Operasional	<p>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.</p> <p>Jumlah modul aplikasi yang telah diimplementasikan didalam sistem informasi terintegrasi dalam periode waktu tertentu yang dihitung dalam persentase</p>
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri

	<input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi		
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel		
Pengumpul Data	SIM RS	
Validator		
PIC		
Periode Waktu Pelaporan	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR	
Target	2015 : 60% 2016 : 75 % 2017 : 80% 2018 : 90% 2019 : 98%	
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram	<input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .	
Formulir Pengumpulan Data		

IKU – 25 : Persentase Ketersediaan Peralatan sesuai Standar	
Nama Indikator	Persentase Ketersediaan Peralatan sesuai Standar
Kode Indikator	Renstra - IKU 25
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	

Tujuan	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	1. Permenkes No. 56 Tahun 2014 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil 2015-2019
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Sarfas yang tersedia sesuai standar sarfas pelayanan mengacu kepada Permenkes no.56 tahun 2014
Numerator	Jumlah sarfas yang tersedia
Denominator	jumlah total standar sarfas yang seharusnya
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Bidang Fasilitas
Validator	
PIC	
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 85% 2019 : 90%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

Pengumpul Data	Pengumpul Data di Instalasi Kesling, CSSD, Laundry, IPS Medis, IPS Non Medis
Validator	
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka instalasi CSSD
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2015 --> 80 % 2016 --> 80 % 2017 --> 85% 2018 --> 90 % 2019 --> 100 %
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi. - Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
Formulir Pengumpulan Data	

4.4. 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	pembangunan mekanisme dan sistem	Implementasi dan monitoring implementasi	Implementasi dan monitoring implementasi	Implementasi dan monitoring implementasi	Implementasi dan monitoring implementasi

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
ditindaklanjuti	penanganan komplain. Implementasi RTL	RTL	RTL	RTL	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
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	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
	riset dan implementasi	riset dan implementasi	riset dan implementasi	riset dan implementasi	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 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	implementasi dan monitoring DPJP,implementasi reward dan konsekuensi
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses	Penyusunan SOP lintas unit kerja, penyempurnaan akses

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
terimplementasi	informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	informasi berbasis IT terhadap SOP dan implementasi SOP baru	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. Indek budaya PEDULI	Penyusunan instrumen survey, workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	workshop, survei, analisis dan implementasi hasil survei. Penyempurnaan reward dan konsekuensi.	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	program integrasi IT (5	program integrasi IT (2	program integrasi IT (2	program integrasi IT (1	program integrasi IT (1

IKU	Program Kerja				
	2015	2016	2017	2018	2019
jumlah modul yang terintegrasi	modul)	modul)	modul)	modul)	modul)
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 penanganan complain dan tindak lanjut yang dilakukan

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
8. Indeks budaya patient safety	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop patient safety
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan pasien safety
	Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan
9. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS tepat waktu
10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan unggulan
	Kurangnya SDM tersedia sesuai kompetensinya
11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu
	Kurangnya pelatihan dalam penanganan kasus kasus sulit
	Kurangnya folowship dalam menindaklanjuti kasus kasus sulit
12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi
13. Jumlah riset translasional	Sulinya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian
	Kurang minatnya melaksanakan riset
	Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan
14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan di PPK II dan Pembinaan PPK II
	Lemahnya pembinaan terkait sistem rujukan yang diberikan pada PPK II
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	Tidak berkesinambungan pembinaan RS Jejaring
16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronnya program kemitraan dengan sister hospital
17. Persentase unit kerja yang	Tidak komprehensifnya materi pelatihan mutu yang

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu	diberikan
	Kurang berkesinambungan pelaksanaan suvery mutu
	Kurangnya monitoring terhadap tindak lanjut perbaikan terhadap pelaksanaan mutu
18. Persentase DPJP ekselen	Tidak memahami mekanisme dan sistem DPJP ekselen
	Lemahnya monitoring pelaksanaan tugas DPJP
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap DPJP
19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	Lemahnya koordinasi antar unit kerja dalam penyusunan SOP
	Belum tersedia akses informasi berbasis IT sebagai data dasar penyempurnaan SOP
	Lemahnya kemauan merubah pola kerja sesuai SOP
20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	Tidak digunakannya resntra sebagai acuan unit kerja dalam penyusunan rencana kerja
	Kurangannya 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

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	Kurangunya 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					

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
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	
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	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
	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	
15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	Tidak berkesinambungan 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	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
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	
	kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli	Sedang	Minor	Moderat	
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli	Besar	Minor	Tinggi	
22. Persentase pemenuhan	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Sedang	Mayor	Ekstrim	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
kebutuhan SDM	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
-------------------	--------	----------------	-------	-------------------------	-----

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		Perbaiki 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	Ekstrim		Evaluasi kebijakan	USP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
	ketidakpuasan staf				
PROSES BISNIS INTERNAL					
6. Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi	Ekstrim		Optimalkan pembekalan uji kompetensi	USP
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi	Tinggi		Evaluasi Materi uji Kompetensi	USP
7. Persentase Komplain yang ditindaklajuti	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 patient safety	Ekstrim		Laksanakan secara berkesinambung 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	Terbatasnya ketersediaan anggaran	Ekstrim		Lakukan advokasi ke Kementerian	Direksi

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
unggulan yang dikembangkan	dalam pengembangan layanan unggulan				
	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 menindaklanjuti kasus kasus sulit	Ekstrim		Optimalkan kerja sama antar profesi	DMK
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	Tidak berkesinambungan	Ekstrim		Rencanakan program pembinaan RS	USP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
jejaring yang dibina	pembinaan RS Jejaring			jejaring secara berkelanjutan	
16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronya 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 suvery 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
	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

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
	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 kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Ekstrim		Optimalkan penyusunan rencana SDM	USP
	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

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
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)					REVISI I
			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	2018: Rp 400.000.000.000 2019: Rp 500.000.000.000
	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	Total : 2018: Rp 664.458.202.000 2019: Rp 817.268.568.000

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)					REVISI I
			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	2018: Rp 318.467.000.000 2019: Rp 405.884.972.000
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	2108: Rp 182.958.613.000 2019: Rp 205.643.402.000
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	2018: Rp 8.258.476.000 2019: Rp 9.814.710.000
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	2018: Rp 11.980.403.000 2019: Rp 14.542.488.000
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	2018: Rp 664.458.202.000 2019: Rp 817.268.568.000

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							DK

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	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	
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	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

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	dikembangkan							
11	Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	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
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

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
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
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

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
26	Tingkat OEE (<i>Overall Equipment Effectiveness</i>)	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.3. Revisi I 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	450.314.773.000	500.427.194.000	DK
2	<i>Cost recovery rate</i>	12.056.053.000	14.465.492.000	17.356.641.000	21.400.381.000	2.316.493.000	5.428.543.000	DK
II	STAKEHOLDER							
3	Tingkat kepuasan pasien	3.142.309.000	3.770.309.000	4.523.863.000	5.577.830.000	859.173.000.	1.712.869.000	USP
4	Tingkat kepuasan peserta didik	2.094.872.000	2.513.539.000	3.015.908.000	3.718.552.000	72.781.000	99.577.000	USP

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
5	Tingkat kepuasan staf	4.189.745.000	5.027.078.000	6.031.817.000	7.437.105.000	145.563.000	217.158.000	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	1.406.486.000	1.599.848.000	USP
7	Persentase complain yang ditindaklanjuti	17.248.947.000	20.696.202.000	24.832.653.000	30.618.149.000	651.775.000	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	1.630.353.000	2.394.241.000	DMK
9	Capaian akreditasi rumah sakit	14.258.906.000	17.108.592.000	20.528.005.000	25.310.607.000	5.124.980.000	10.536.525.000	DMK
10	Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	34.944.618.000	41.928.406.000	50.308.438.000	62.029.267.000	7.278.679.000	11.893.042.000	DMK
11	Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	8.830.427.000	10.595.215.000	12.712.830.000	15.674.657.000	5.275.452.000	7.484.656.000	DMK
12	Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	3.621.970.000	4.345.832.000	5.214.412.000	6.429.263.000	3.906.199.000	5.042.854.000	USP
13	Jumlah riset translasional	5.902.955.000	7.082.679.000	8.498.260.000	10.478.179.000	1.885.235.000	2.367.478.000	DMK

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
14	Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	15.458.000	18.547.000	22.254.000	27.441.000	27.742.000	32.861.000	DMK
15	Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	30.916.000	37.095.000	44.509.000	54.878.000	54.485.000	59.723.000	USP
16	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	163.621.000	196.321.000	235.559.000	290.439.000	290.159.000	353.682.000	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	2.541.818.000	5.498.271.000	DMK
18	Persentase DPJP ekselen	32.875.445.000	39.445.703.000	47.329.528.000	58.356.332.000	525.538.000	755.722.000	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	11.718.344.000	16.425.735.000	DMK
20	Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	15.554.952.000	18.663.656.000	22.393.873.000	27.611.184.000	27.954.047.000	35.130.150.000	USP
IV	LEARNING & GROWTH							
21	Indek budaya PEDULI	20.889.062.000	25.063.805.000	30.073.188.000	37.079.621.000	2.597.581.000	5.920.357.000	USP

No	IKU	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
22	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	489.995.000	587.922.000	705.427.000	869.777.000	12.869.583.000	15.358.639.000	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	1.049.848.000	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	14.406.346.000	20.280.673.000	DK
25	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	25.872.679.000	31.043.411.000	37.247.912.000	45.925.908.000	76.476.044.000	99.737.432.000	DMK
26	Tingkat OEE (<i>Overall Equipment Effectiveness</i>)	18.818.906.000	22.579.922.000	27.092.863.000	33.404.942.000	33.078.752.000	65.080.325.000	DMK
TOTAL		302.159.158.000	362.546.585.000	435.007.051.000	536.354.725.000	664.458.202.000	817.268.568.000	

a.4. Program Strategis Mitigasi Risiko

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	

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							DMK

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	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	
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
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 &							DMK

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
	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	
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 penilaian kinerja	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
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

No	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (RP)					PIC
			2015	2016	2017	2018	2019	
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 2018 RSUP Dr M. Djamil Padang, terdiri dari :

Dana Rupiah Murni (Belanja operasional dan belanja investasi)	=	Rp 136.364.032.000,-
Dana BLU (dana masyarakat, pendapatan operasional, pemasukan lainnya)	=	<u>Rp 400.000.000.000,-</u> +
Total		Rp 536.364.032.000,-

Semua dialokasikan dalam beberapa anggaran program pengembangansudah termasuk belanja modal sebesar Rp 536.364.032.000,- dan akan dituangkan dalam bentuk RKA KL tahun 2018

BAB VII

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2015 - 2019, merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 2 (dua) tahun kurun waktu tahun 2018 - 2019.

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2015 – 2019 terjadi perubahan/revisi pada Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) yaitu target *cost recovery rate*, PIC dan nama indikator persentase complain yang ditindaklanjuti, Definisi Operasional (DO) dan target indikator indeks budaya patient safety, DO dan periode pelaporan indikator persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan, PIC indikator jumlah rumah sakit jejaring yang dibina, nama indikator persentase unit kerja yang menjalankan rencana tindak lanjut hasil audit mutu disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, nama indikator persentase DPJP ekselen disesuaikan dengan Indikator Kinerja Terpilih (IKT), DO dan formula indikator persentase unit kerja yang berkinerja ekselen, DO indikator tingkat OEE(*Overall Equipment Effectiveness*) disesuaikan dengan kamus IKI Per Dirjen 34, estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran pada tahun 2018-2019.

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2018-2019 diarahkan sesuai dengan visi, misi dengan Pelayanan Unggulan PJR. Untuk meningkatkan kinerjanya menuju kemandirian RSUP Dr.M.Djamil Padang melaksanakan kegiatan strategis dengan pelayanan unggulan berupa Pelayanan Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, Tissue Bank dan Sel Punca, Perinatologi, Pelayanan Kanker Terpadu, Pelayanan Pengganti Ginjal dan Geriatri.

Pengembangan Pelayanan Baru Tahun 2017 sebagai RS kelas A ada 13 layanan berupa Poliklinik Eksekutif, Kamar Bedah 24 Jam, Bedah Mata, Pelayanan Anetesi (ROI dan PACU), Poliklinik Nyeri dan Anestesi, Poliklinik Sub Spesialistik, Poliklinik Fetomaternal, Poliklinik Tumbuh Kembang Anak Terpadu, Poliklinik Psikiatri Anak dan Remaja, Poliklinik Forensik dan Mediko Legal, Poliklinik Kedokteran Nuklir, Pelayanan Bone Densitometri dan Pelayanan Nuro Intervensi dan Non Intervensi.

Oleh karena itu, pengembangan pada 2 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 sarpras

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

7.2. Rencana Implementasi

Revisi I Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015- 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 Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI
- Penerapan Reward & Consequences terhadap keberhasilan dan kegagalan



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang – 25127
Telp : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371
email : rsupdjamil@yahoo.com



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG
NOMOR. WK 02.03/1/132/2017.
TENTANG

PEMBENTUKAN PANITIA PELAKSANA RAPAT KERJA
RSUP DR.M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017

DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG

- Menimbang** :
- a. bahwa dengan menerapkan pola PPK BLU (Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum) yang menyelenggarakan kegiatan jasa pelayanan, pendidikan, dan penelitian serta usaha lain di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa dalam rangka meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan kesehatan yang akuntabel serta fokus pada pasien perlu perencanaan yang jelas melalui Rencana Bisnis Anggaran;
 - c. bahwa untuk kelancaran penyusunan Rencana Bisnis Anggaran perlu dilakukan Rapat Kerja Tahunan;
 - d. bahwa untuk ketertiban dan kelancaran pelaksanaan Rapat Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017, perlu dibentuk suatu Panitia Pelaksana;
 - e. bahwa nama-nama yang tersebut pada lampiran Surat Keputusan ini dianggap cakap dan mampu untuk ditunjuk dan diangkat sebagai Panitia Pelaksana Rapat Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017;
 - f. bahwa untuk pelaksanaan butir-butir tersebut di atas, perlu diatur dan ditetapkan dengan suatu Surat Keputusan.
- Mengingat** :
- 1. Undang- Undang Nomor 5 tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
 - 2. Undang-Undang RI No.36 Tahun 2009, tentang Kesehatan.
 - 3. Undang-Undang RI No.44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit.
 - 4. PP Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas PP Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
 - 5. Permenkes No.1333/Menkes/PER/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
 - 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1681/MENKES/PER/XII/2005, tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR .M. DJAMIL PADANG TENTANG PEMBENTUKAN PANITIA RAPAT KERJA RSUP DR.M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017.**
- KESATU** : Menunjuk dan mengangkat nama-nama yang tercantum pada lampiran I Surat Keputusan ini yang merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan sebagai Panitia Pelaksana Rapat Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017;
- KEDUA** : Tugas Panitia adalah sebagaimana tercantum pada lampiran II Surat Keputusan ini yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan;

- KETIGA : Segala biaya yang ditimbulkan akibat dari kegiatan Panitia tersebut dibebankan kepada Anggaran RSUP DR.M.Djamil Padang.
- KEEMPAT : Panitia dianggap bubar apabila Rapat Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017 telah selesai dilaksanakan dan mengucapkan terima kasih atas perhatian dan pengabdian selama melaksanakan tugas Panitia.
- KELIMA : Surat Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dan akan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di Padang
pada tanggal 17 Juni 2017
DIREKTUR UTAMA

YUSIRWAN
NIP. 196211221989031001

Tembusan :

1. Para Direktur RSUP DR.M.Djamil Padang.
2. Ketua Komite RSUP DR.M.Djamil Padang
3. Ka.SPI RSUP DR.M.Djamil Padang.
4. KSM/Inst RSUP DR.M.Djamil Padang.
5. Kabag/Kabid RSUP Dr.M.Djamil Padang.
6. Masing-masing yang bersangkutan.

LAMPIRAN I SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG
NOMOR : ~~SK-02.03/S/132/2017~~

TENTANG
PEMBENTUKAN PANITIA RAPAT KERJA
RSUP DR.M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017

SUSUNAN PANITIA

Pembina/Pengarah	: - Direktur Utama - Para Direktur
Pengawas Ketua	: SPI : Dr.dr.Daan Khambri, SpB(K) Onk,M.Kes (Kabag Perencanaan)
Wakil Ketua I	: Apri Muris,SKM (Kabag PMD)
Wakil Ketua II	: Syafl, S.Sos,MM (Kabag Akuntansi)
Sekretaris	: Armayeni Army,SE,MM (Kasubag Anggaran)
Bendahara	: Dewi Anggraini,SE (Kasubag Perbendaharaan)
Seksi Acara	:
A.Tim Perumus	:
1. Direktorat Medik dan Keperawatan	
Ketua	: dr. Fauzar,SpPD (Kabid Yan.Medik)
Wakil Ketua	: Yulus,SKp (Kabid Yan.Keperawatan)
Sekretaris	: Ns.Zarni Zamzahar,S.Kep,MARS (Kasi Renbang Fasilitas Yanmed)
Anggota	: 1. Ns. Devi Verini, S.Kep, MARS 2. dr.Jacky Munilson,Sp.THT 3. dr.Vendry Rivaldy,SpB 4. Ns.Hendria Putra, S.Kep,Sp,KMB 5. Ns. Anna Faluzi, S.Kep 6. Mardiyanto,ST,MPH
2. Direktorat Umum,SDM dan Pendidikan	
Ketua	: dr. Oea Khairsyaf, SpP (K) (Kabag Umum)
Wakil Ketua	: Dedy Elfian, SKM,MM
Sekretaris	: Harmita, SKM, MM.
Anggota	: 1. dr. Desywar, Sp PK 2. Ns. Irsan, S.Kep. 3. Gustafianof, SH.Msc-HL 4. Syafrizal, SKM, M.Kes 5. dr. Eifel Faheri, Sp PD
3. Direktorat Keuangan	
Ketua	: Apri Muris,SKM (Kabag PMD)
Wakil Ketua	: Syafl, S.Sos,MM (Kabag Akuntansi)
Sekretaris	: Armayeni Army,SE,MM (Kasubag Anggaran)
Anggota	: 1. Dr.dr.Daan Khambri, SpB(K) Onk,M.Kes 2. Edi Suwirman, SKM 3. Dewi Anggraini,SE 4. Rahma Devi, SE 5. Isdal Veri, SE 6. Rila Oktavia,SE,Akt
B.Tim Materi	
Koordinator	: Harmita,SKM,MM (Kasubag Diklit Non Medik)
Anggota	: 1. dr. Eifel Faheri, Sp PD 2. Desmi Roza,SPd 3. Sri Wahyuni,SKM 4. Mardi Kusuma,S.Sos 5. Revil Zandri 6. Yulfendri,Amd.PK 7. Dicky Kurniawan,Amd 8. Dwi Irahma,SKM

Seksi Dana
Koordinator
Anggota

:
: Apri Muris, SKM
: 1. Dewi Anggraini, SE
: 2. Ismawati Gustiarmy
: 3. Dini Yulisusanti, SE

Seksi Perlengkapan, Transportasi
& Konsumsi
Koordinator
Anggota

:
: dr.Oea Khairsyaf, SpP(K)
: 1. Syafrizal, SKM, M.Kes
: 2. Dedi Elfian, SKM, MM
: 3. M Ahda
: 4. Suhatman
: 5. Benardi
: 6. Jefri Iswandi
: 7. Cendrawasih

Seksi Humas & Dokumentasi
Koordinator
Anggota

:
: Gustafianof, SH, MHL
: 1. Rita Prima Putri, SKM
: 2. Mardiswan
: 3. Fajri Asid

Sekretariat
Koordinator
Sekretaris
Anggota

:
: Gustaf, S.Pd, M.Kes
: **Risfa Nelly**
: 1. Febriyanti, SE
: 2. Helfitriani, SE
: 3. Ranti Meiriska, SKM
: 4. Zahalmi, S.Sos
: 5. Roni Syamsu
: 6. Dina Widhi Asih Setyaningrum, S.Psi, M.Psi
: 7. Yofi Perdana, SH
: 8. Femil Chandra
: 9. Dedy Saputra, S.Kom
: 10. Khairani

Ditetapkan di Padang
pada tanggal 22 Juni 2017
DIREKTUR UTAMA, .

YUSIRWAN
NIP. 196211221989031001

LAMPIRAN II SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG
NOMOR : HK. 02.03/S/172/2017
TENTANG
PEMBENTUKAN PANITIA RAPAT KERJA
RSUP DR.M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017

=====

URAIAN TUGAS PANITIA

KETUA :

Bertanggung jawab terhadap kelancaran pelaksanaan Raker

Uraian Tugas :

1. Bertanggung Jawab kepada Direksi langsung;
2. Berhak dan wajib berkoordinasi dengan Seksi dalam kepanitiaan;
3. Berpartisipasi aktif untuk mensukseskan kegiatan dan memberikan bantuan lintas seksi;
4. Wajib melaporkan perkembangan kinerja dalam rapat-rapat /pertemuan Kepanitiaan;
5. Membuat laporan pertanggung jawaban Raker.

WK KETUA (1 dan 2):

Membantu uraian tugas Ketua Panitia Raker dan memastikan tempat dan waktu Raker

SEKRETARIS :

Bertanggung jawab terhadap segala hal yang berkaitan dengan kesekretariatan dan administrasi

Uraian tugas :

1. Bertanggung jawab kepada Ketua Panitia;
2. Membuat proposal dan TOR Raker;
3. Mengonsep Peserta dan Undangan Raker;
4. Membuat/mengadakan, mengelola dan mengarsipkan berkas-berkas dan hal-hal yang berkaitan dengan kepanitiaan/Raker seperti : Biodata pembicara dokumentasi, surat masuk dan keluar, absensi selama kepanitiaan/Raker dll;
5. Berkoordinasi dengan Kesekretariatan untuk kelengkapan administrasi;
6. Merencanakan/ mempersiapkan format-format yang menyangkut Raker;
7. Merekap seluruh laporan/notulen Raker;
8. Bersama Seksi Acara dan Seksi Perlengkapan mengatur pemondokan tamu dan peserta ditempat penginapan/hotel
9. Merekap dan mengumpulkan Laporan pertanggung jawaban Raker yang akan diserahkan secara simbolis kepada Direktur Utama pada waktu penutupan Raker.

BENDAHARA :

Bertanggung jawab terhadap permasalahan keuangan dalam penyelenggaraan Raker

Uraian tugas :

1. Bertanggung Jawab kepada Ketua Raker;
2. Mengatur sirkulasi dan alokasi keuangan untuk seluruh Seksi;
3. Membantu Ketua Panitia dalam menyusun dan meminta alokasi anggaran;
4. Membuat laporan keuangan secara tertulis dan menyerahkan kepada Ketua;
5. Bertanggung jawab kepada Ketua Panitia.

PARA KOORDINATOR TERKAIT :

Mengkoordinir anggota kelompoknya dalam melaksanakan uraian tugas masing-masing Seksi

Uraian Tugas :

1. Bertanggung Jawab kepada Ketua Panitia;
2. Merencanakan dan mengatur hal-hal terkait sesuai peran/ fungsi kelompoknya secara efektif dan efisien;
3. Membagi seluruh tugas kepada para anggota/ staf sesuai uraian tugas;
4. Bertanggung jawab terhadap kelancaran seluruh tugas seksi;
5. Bertanggung jawab terhadap laporan secara tertulis dari seksi untuk diserahkan kepada Sekretaris Panitia

SEKSI ACARA :

Bertanggung jawab terhadap terlaksananya acara Raker

Bertanggung jawab terhadap ketersediaan materi yang akan dibahas dalam Raker

Uraian tugas :

A. Tim Perumus :

1. Bertanggung jawab kepada Direktur terkait;
2. Membuat/merumuskan dan melaporkan Kinerja Direktorat T.A 2015-2017 (5 semester);
3. Membuat/merumuskan kendala/hambatan yang ditemui serta membuat analisisnya;
4. Merancang dan mengajukan langkah-langkah tindak lanjut rencana program T.A 2017-2019 (5 semester);
5. Merumuskan dan mengajukan rencana perubahan/Realisasi Renstra (2015-2019);
6. Rancangan Revisi Renstra diserahkan pada Tim Materi paling lambat 1minggu setelah Raker (28 Juli 2017).

B. Tim Materi :

1. Bertanggung jawab kepada Ketua Panitia;
2. Mengumpulkan materi Raker dari narasumber dan tim perumus;
3. Berfungsi sebagai koordinator lapangan dan mengatur hal-hal teknis dilapangan sewaktu acara Raker berjalan seperti mengantar pengeras suara waktu tanya jawab peserta, dll;
4. Membuat Notulen seluruh pelaksanaan/kegiatan Raker dan menyerahkan kepada Sekretaris;
5. Bersama Sekretaris Panitia dan Seksi perlengkapan mengatur pemondokan tamu dan peserta ditempat penginapan
6. Mengkoordinir sidang Komisi maupun Rapat Pleno Raker beserta Notulennya
7. Membuat laporan pertanggung jawaban dan diserahkan kepada Sekretaris Panitia

SEKSI DANA

Bertanggung jawab memfasilitasi seluruh kebutuhan acara Raker terkait dengan penyediaan kebutuhan dana dan pertanggung jawaban laporan Raker.

Uraian tugas Seksi:

1. Bertanggung Jawab kepada Ketua Panitia
2. Mengatur sirkulasi dan alokasi keuangan untuk seluruh seksi
3. Membuat format-format yang menyangkut penggunaan keuangan
4. Menyiapkan dan memproses dokumen permintaan, kelengkapan dan pertanggungjawaban keuangan seluruh kebutuhan Raker
5. Membuat laporan pertanggung jawaban dan menyerahkan kepada Sekretaris

SEKSI PERLENGKAPAN & TRANSPORTASI DAN KONSUMSI

Bertanggung jawab atas segala bentuk perlengkapan dan transportasi yang diperlukan selama kegiatan

Uraian tugas Seksi :

1. Bertanggung Jawab kepada Ketua
2. Mengupayakan adanya perlengkapan tempat dan transportasi yang dibutuhkan untuk keperluan Raker
3. Mengatur alat transportasi narasumber, panitia dan peserta (sopi dan mobil yang digunakan)
4. Bertanggung jawab menjemput peralatan dan semua kebutuhan dalam Raker.
5. Mengurus seluruh biaya perlengkapan dan transportasi serta membuat pelaporannya
6. Mengatur penempatan kamar narasumber, peserta dan panitia kerjasama dengan bagian pengadaan Rumah Sakit
7. Menjadi operator alat ketika kegiatan raker berlangsung
8. Menyiapkan dan mengatur menu makanan (berat dan ringan termasuk penjadwalan) kerjasama dengan pihak Hotel
9. Mengupayakan adanya konsumsi, mempersiapkan serta menyuguhkan kepada panitia, peserta dan Narasumber
10. Membuat laporan pertanggung jawaban dan menyerahkan kepada Sekretaris Panitia

SEKSI HUMAS & DOKUMENTASI :

Bertanggung jawab atas segala hal yang berkaitan dengan penyebaran informasi dan dokumen proses pelaksanaan Raker

Uraian tugas Seksi :

1. Bertanggung jawab kepada Ketua
2. Mengkonsep dan membuat media publikasi Raker (Pamflet, leaflet, brosur, spanduk, balihoo, poster dll dirasa perlu) serta menyebarkan kepada pihak terkait
3. Menyediakan, memproses dan memproduksi dokumentasi kegiatan dalam bentuk foto, film dan lain sebagainya
4. Membantu kesekretariatan dalam mengadakan dan mengolah dokumen-dokumen yang diperlukan dalam Raker
5. Membuat laporan pertanggung jawaban dan menyerahkan kepada Sekretaris Panitia

SEKRETARIAT

Bertanggung jawab terhadap seluruh administrasi dan dokumen laporan dan bertanggung jawaban menyiapkan laporan kegiatan

Uraian tugas :

1. Bertanggung jawab kepada Ketua
2. Membantu sekretaris Panitia untuk membuat konsep dan/ surat seperti permohonan pembicara, moderator, membuka acara, permohonan dana, permohonan peminjaman gedung dan peralatan, undangan dan lain sebagainya
3. Menyiapkan biodata pengisi acara dan mengarsipkannya
4. Menyiapkan dan menyebarkan daftar hadir peserta/ panitia
5. Menyiapkan tanda kepanitiaan/peserta (name tag)
6. Membuat/merekap laporan pelaksanaan Raker
7. Menjadi kontak person Raker
8. Membantu Sekretaris Panitia dalam membuat Laporan Pertanggung Jawaban seluruh kegiatan Raker yang akan diserahkan secara simbolis waktu penutupan Raker

Catatan :

- Hal-hal yang belum diatur dalam uraian tugas ini akan dikoordinasikan oleh Ketua/Sekretaris Panitia sesuai dengan Tupoksi Seksi terkait
- ATK dan keperluan perlengkapan Raker lainnya di koordinasikan dengan Koordinator Seksi Perlengkapan & Transportasi dan konsumsi ke Sub bag Perlengkapan & Rumah Tangga RSUP Dr M. Djamil Padang.

Ditetapkan di Padang
pada tanggal 22 Juni 2017



NIP 196211221989031001