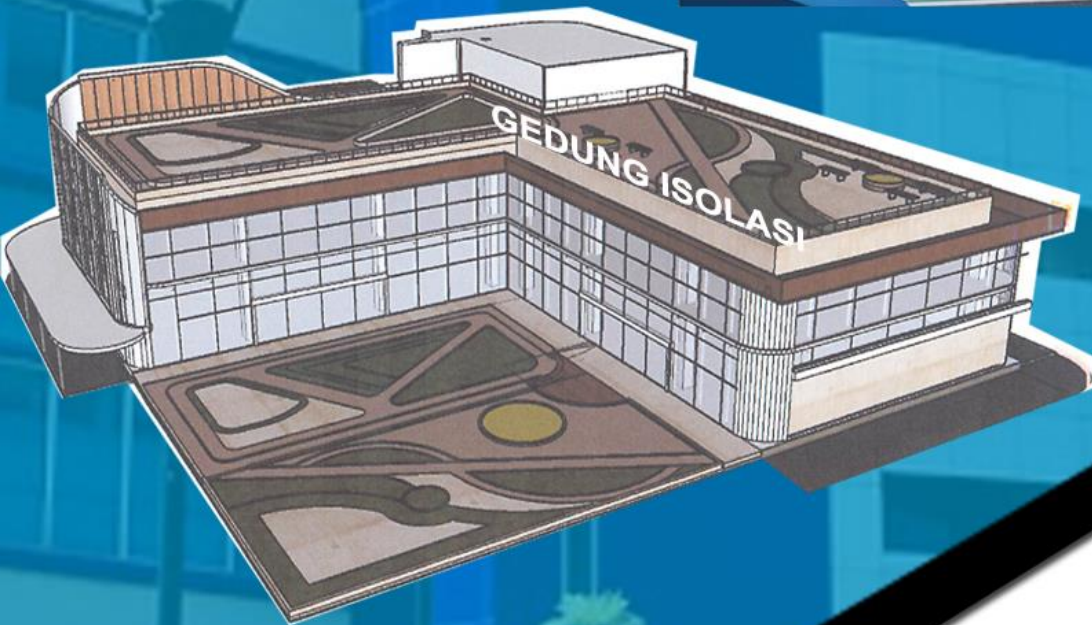




KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



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



## KATA PENGANTAR

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 2020 - 2024.

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024 merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 5 (lima) tahun kurun waktu tahun 2020 - 2024.

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2020 – 2024 terjadi perubahan/revisi pada penambahan tujuan organisasi pada Bab III, penambahan indikator Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal beserta Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) sesuai dengan Surat Edaran HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Yertikal Ditejn Pelayanan Kesehatan tanggal 10 Maret 2021 dan Dewas RSUP Dr. M. Djamil Padang sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/5087/2021 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 Juli 2021 serta SOTK sesuai PMK No. 43 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 23 Oktober 2020.

Dengan selesainya Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024, 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 tahun 2024 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 2020 - 2024.

**Direktur Utama,**

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

# LEMBARAN PENGESAHAN

BADAN LAYANAN UMUM

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020 – 2024

DIREKSI

DIREKTUR UTAMA



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

DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN, DAN PENUNJANG



dr. Rose Dinda Martini, Sp.PD, K-Ger, FINASIM  
NIP. 196703031996032001

DIREKTUR SUMBER DAYA MANUSIA, PENDIDIKAN DAN UMUM



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

DIREKTUR PERENCANAAN, KEUANGAN, DAN BARANG MILIK NEGARA



dr. Rahmadian  
NIP. 196712061999031001

# LEMBAR PERSETUJUAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020 - 2024

DEWAN PENGAWAS

KETUA



dr. Kirana Pritasai, MQH

ANGGOTA



drq. Arianti Anaya,

ANGGOTA



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

ANGGOTA



Heru Pudyo Nugroho, SE., M.B.A

ANGGOTA



Fahma Sari Fatma

## DAFTAR ISI

	Hal
Kata Pengantar .....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Gambar.....	viii
<b>BAB. I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan RSB.....	2
1.3. Dasar Hukum .....	2
1.4. Sistematika Penyusunan .....	3
<b>BAB. II KONDISI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG.....</b>	<b>4</b>
2.1. Profil RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	4
2.2. Gambaran Kinerja.....	6
a) Kinerja Aspek Pelayanan.....	14
b) Kinerja Aspek Keuangan.....	17
c) Kinerja Aspek SDM.....	20
d) Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana.....	20
2.3. Tantangan Strategis.....	21
2.4. Benchmarking.....	22

2.5. Analisa SWOT.....	22
2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis.....	23
2.7. Analisa TOWS.....	27
2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko.....	28
a) Identifikasi Risiko.....	28
b) Penilaian Tingkat Risiko.....	31
c) Rencana Mitigasi Risiko.....	34
<b>BAB. III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS.....</b>	<b>39</b>
3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, Tujuan, Tata Nilai dan Motto.....	39
3.2. Arah dan Kebijakan <i>Stakeholders</i> Inti.....	41
3.3. Rancangan Peta Strategi <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).....	42
3.4. Indikator Kerja Utama.....	43
a) Matriks IKU .....	43
b) Kamus IKU.....	47
3.5. Roadmap 5 Tahun Kedepan.....	80
3.6. Program Kerja Strategis.....	81
<b>BAB. IV PROYEKSI KEUANGAN.....</b>	<b>85</b>
4.1. Estimasi Pendapatan.....	85
4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran.....	86
a) Anggaran Kelangsungan Operasional.....	86
b) Anggaran Pengembangan.....	87
4.3. Rencana Pendanaan....	88

BAB. V PENUTUP.....	90
5.1. Kesimpulan .....	90
5.2. Saran.....	91
LAMPIRAN .....	93
SK Tim Penyusunan Rencana Strategis Tahun 2020-2024 dan Review Master Plan	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Capaian KPI RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015-2019.....	6
Tabel 2.2	Kinerja Aspek Pelayanan Tahun 2015-2019.....	14
Tabel 2.3	Kinerja Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat.....	15
Tabel 2.4	Kinerja Aspek Keuangan.....	17
Tabel 2.5	Rekapitulasi Penilaian Kinerja BLU .....	19
Tabel 2.6	Kinerja Aspek SDM .....	20
Tabel 2.7	Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana .....	21
Tabel 2.8	Faktor-Faktor yang membentuk Peluang dan Ancaman pada RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	22
Tabel 2.9	Faktor-Faktor yang membentuk Kekuatan dan Kelemahan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	23
Tabel 2.10	Identifikasi dan Penentuan Total Nilai Terbobot Kekuatan.....	23
Tabel 3.1	Matriks Roadmap Pengembangan Layanan.....	80

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	5
Gambar 2.2. Posisi Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2019.....	26



# BAB I

## PENDAHULUAN

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Dalam tata kelola manajemen Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) diperlukan suatu perencanaan strategis sebagai penjabaran dari visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Untuk itu diperlukan suatu perencanaan strategis yang baik dan tepat dalam menentukan tujuan yang akan dicapai serta langkah-langkah untuk mencapai tujuan tersebut.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024, 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 2020 - 2024, merupakan revisi suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 5 (lima) tahun kurun waktu tahun 2020 - 2024.

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2020 – 2024 terjadi perubahan/revisi pada penambahan tujuan organisasi pada Bab III, penambahan indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal beserta Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) sesuai dengan Surat Edaran HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Yertikal Ditejkn Pelayanan Kesehatan tanggal 10 Maret 2021 dan Dewas RSUP Dr. M. Djamil Padang sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/5087/2021 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 Juli 2021 serta SOTK sesuai PMK No. 43 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 23 Oktober 2020.

## 1.2. Tujuan RSB

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

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

Perencanaan strategis memiliki tujuan:

- Sebagai sarana untuk memfasilitasi terciptanya anggaran yang efektif
- Sebagai sarana untuk memfokuskan manajer pada pelaksanaan strategi yang telah ditetapkan
- Sebagai sarana untuk memfasilitasi dilakukannya alokasi sumber daya yang optimal
- Sebagai kerangka untuk pelaksanaan tindakan jangka pendek
- Sebagai sarana bagi manajemen untuk memahami strategi organisasi
- Sebagai alat untuk memperkecil rentang alternatif strategis

## 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 Pelayanan Kesehatan No. : HK.02.02/I/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

#### **1.4. Sistematika Penyusunan**

Sistematika penyusunan RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah sebagai berikut:

Kata Pengantar

Lembar Pengesahan

Lembar Persetujuan

Daftar Isi

BAB I. PENDAHULUAN

BAB II. KONDISI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

BAB III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS

BAB IV. PROYEKSI KEUANGAN

BAB V. PENUTUP

LAMPIRAN



## **BAB II**

### **KONDISI RSUP DR.M. DJAMIL PADANG**

## **BAB II**

### **KONDISI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

#### **2.1. Profil RSUP Dr. M. Djamil Padang**

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).

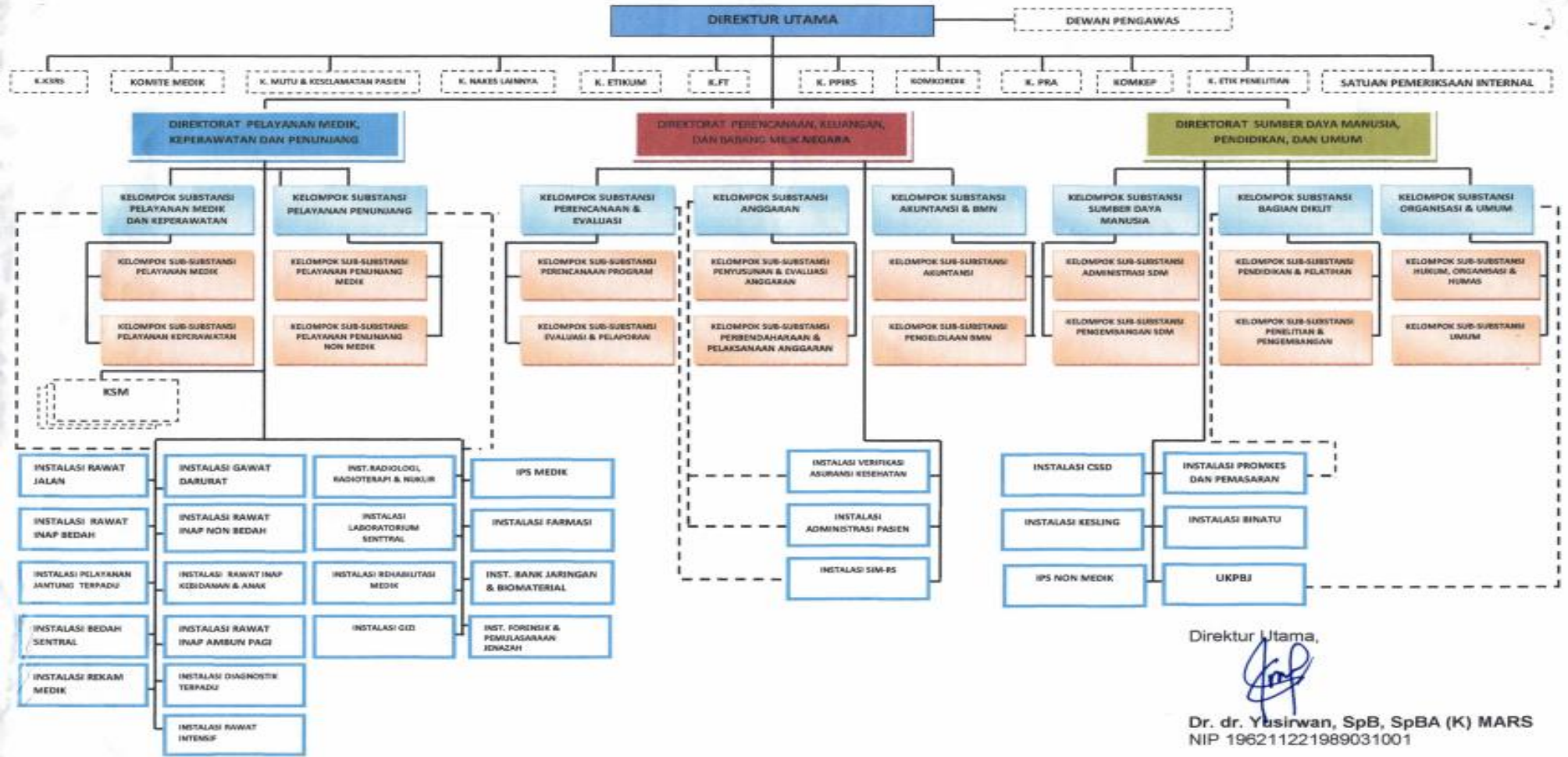
Dengan Peraturan Pemerintah (PP) No.123 Tahun 2000 RSUP Dr. M. Djamil Padang berubah fungsi menjadi RS Perusahaan Jawatan (Perjan) dengan nama Perjan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Saat ini dengan terbitnya PP 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 pada tanggal 31 Desember 2018 dan Akreditasi Internasional pada tanggal 9 April 2019 oleh Komisi Akreditasi RS (KARS) Internasional. Kegiatan utama RSUP Dr. M. Djamil Padang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan sub-spesialis kepada pasien.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang, Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat dilihat pada Gambar 2.1.

RANCANGAN BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL



Gambar 2.1. Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang

## 2.2. Gambaran Kinerja

Realisasi pencapaian target kinerja berbagai jenis Indikator Kinerja Utama (IKU) atau *Key Performance Indicator* (KPI) berdasarkan RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2015 - 2019 dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Capaian KPI RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2015-2019

SASARAN STRATEGIS	IKU	BO BOT	SATUAN	PIC	BASE LINE 2014	Realisasi 2015	Realisasi 2016	Realisasi 2017	Realisasi 2018	Realisasi 2019
PERSPEKTIF FINANSIAL	1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	4	Persentase	PKB	20%	11,43%	20,62%	28%	15,23%	15,59%
	2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	4	Persentase	PKB	65%	55%	65%	75%	82%	87,01%
PERSPEKTIF STAKEHOLDER	3. Tingkat kepuasan pasien	4	Persentase	SPU		83,22%	70%	78,08%	80,35%	80,62%
	4. Tingkat kepuasan peserta didik	4	Persentase	SPU	#NA	70%	70%	76%	75%	79,54%
	5. Tingkat kepuasan staf	4	Persentase	SPU		60,7%	52,2%	54,5%	72,90%	67,7%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL	6. Terwujudnya pelayanan exellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	3	Persentase	SPU	70%	CBT=82,50% OSCE=94,50%	74%	98,26%	94,50%	91,37%
	7. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	4	Persentase	PKP	70%	80%	100%	100%	100%	100%
	8. Indeks budaya patient safety	4	Persentase	PKP	60%	80%	63,6%	68,77%	92,18%	92,4%
	9. Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	PKP	16 Pelayanan	Lulus 12 Pokja	Paripurna	Persiapan Akreditasi JCI	Kars	Kars Internasional
5. Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	4	Satuan	PKP	3	1 (Transplantasi ginjal)	Layanan Kanker Terpadu	Geriatric Terpadu	Dalam proses persiapan sarana	Defisiensi Imun (dlm proses persiapan sarana & prasarana)
	11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	4	Persentase	PKP	#NA	70%	90%	Belum ada kasus	Belum ada kasus	Tidak ada kasus
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	12. Jumlah program studi spesialis (Sp1/Sp2)	3	Satuan	SPU	12/4	1/3	1/1	1/0	1/3	1/0
	13. Jumlah riset translasional	4	Satuan	SPU	-	1	1	2	1	2
7. Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	4	Persentase	PKP	#NA	31,86%	40%	50,83%	80,4%	86,17%
8. Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	3	Satuan	PKP	3	4	2	5	6	10
	16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	SPU	#NA	-	-	4	4	4

SASARAN STRATEGIS	IKU	BO BOT	SATUAN	PIC	BASE LINE 2014	Realisasi 2015	Realisasi 2016	Realisasi 2017	Realisasi 2018	Realisasi 2019
9. Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	17. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	4	Persentase	PKP	#NA	70%	60%	100%	100%	100%
	18. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis-	4	Persentase	PKP	#NA	58%	60%	88,15%	89.17%	91,83%
10. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	4	Persentase	SPU	#NA	65%	100%	100%	100%	100%
	20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	4	Persentase	SPU	#NA	74%	99,27%	99,5%	97.30%	99%
<b>PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>										
11. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	21. Indek budaya PEDULI	4	Persentase	SPU	#NA	52%	52,1%	53,5%	52.20%	66,1%
12. Terpenuhinya kuantitas & kualitas SDM	22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	4	Persentase	SPU	73%	68,3%	68,3%	69%	58%	65,43%
	23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	Persentase	SPU	65%	92%	91,3%	92%	74.40%	72,7%
13. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	4	Persentase	PKB	20%	40%	56%	75%	75%	92%
14. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	4	Persentase	PKP	#NA	70%	80%	80%	86.06%	99,3%
	26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	4	Persentase	PKP	60%	80%	94,84%	91%	91.21%	94,45%

## PERSPEKTIF FINANSIAL

### 1. Terwujudnya Peningkatan Pendapatan dan Kendali Biaya

#### 1) Persentase Peningkatan Pendapatan

Rumah sakit selalu mengalami peningkatan pendapatan berkisar antara 15% - 20% setiap tahunnya. Walaupun persentase peningkatan pendapatan cenderung menurun pada tahun 2018 dan 2019, hal ini dapat diatasi dengan mengoptimalkan potensi-potensi yang ada, baik dengan pengembangan layanan maupun dengan kegiatan-kegiatan yang bersifat non layanan untuk meningkatkan pelayanan.

### 2. Terwujudnya Efisiensi dan Kendali Biaya

#### 2) *Cost Recovery Rate*

Capaian *Cost Recovery Rate* cenderung meningkat dalam 5 tahun dan mencapai target, hal ini disebabkan karena pendapatan rumah sakit meningkat dan melampaui target dan dapat menutupi semua biaya-biaya yang timbul dalam operasional rumah sakit.

## PERSPEKTIF STAKEHOLDER

### 3. Terwujudnya Kepuasan *Stakeholder*

#### 3) Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat kepuasan pasien cenderung meningkat namun masih belum mencapai target, hal ini disebabkan masih adanya kekurangan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Tindak lanjut yang dilakukan adalah meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara memperbaiki pelayanan kepada pasien, meningkatkan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan.

#### 4) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Tingkat kepuasan peserta didik cenderung meningkat namun masih belum mencapai target, hal ini karena :

- a. Sistem pembagian angket masih menggunakan kertas yang dibagikan. Kemudian dikumpulkan secara kolektif ke Bagian Diklit. Sehingga memakan waktu, memiliki kemungkinan *human error* dalam merekap data. Solusi yang akan dilakukan adalah dengan mengganti sistem pengumpulan data dengan *google sheet*. Rencana tindak lanjutnya adalah dibuatkan list instrumen pertanyaan untuk periode yang akan datang dalam bentuk *google survey* dan akan dimonev dengan cara penyebaran *google survey* dilakukan secara berkala.
- b. Poin "Tujuan Pembelajaran dapat dicapai dengan alokasi waktu yang tersedia " memiliki persentase yang paling rendah diantara daftar instrumen yang lain solusinya dengan cara evaluasi bagian yang memiliki persentasi terendah. Rencana tindak lanjutnya mengadakan pertemuan dengan Komkordik dan Koordinator Pendidikan bagian terkait sehingga monitoring dan evaluasinya adalah evaluasi metode pembelajaran yang ada di bagian tersebut dengan berkolaborasi dengan Komkordik

#### 5) Tingkat Kepuasan Staf

Tingkat kepuasan staf sampai tahun 2018 meningkat namun pada tahun 2019 menurun dan masih belum mencapai target. Masih rendahnya tingkat kepuasan staf dibandingkan standar dapat disebabkan antara lain masih rendahnya hasil survey kepuasan staf dan solusinya adalah sosialisasi kepada staf melalui manajemen unit kerja terkait aspek pengukuran survey kepuasan yang terdiri dari kenyamanan tempat kerja, ketegasan pelaksanaan *reward dan punishment*. Rencana tindak lanjutnya adalah membuat edaran ke unit kerja terkait aspek-aspek pengukuran survey kepuasan staf.

## PERSPEKTIF STAKEHOLDER

### 4. Terwujudnya Pelayanan *Excellent* Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian

6) Persentase Kelulusan UKDI *First Taker*

Persentase kelulusan UKDI *first taker* sampai tahun 2017 mengalami peningkatan namun dari tahun 2018 mengalami penurunan tetapi sudah mencapai target yg sudah ditetapkan pada RSB. Hal ini dikarenakan mahasiswa belum kompeten sehingga terdapat beberapa mahasiswa yang belum lulus, solusinya adalah diadakan remedial bagi mahasiswa yang belum lulus beberapa waktu setelah pelaksanaan ujian. Rencana tindak lanjutnya adalah dengan perlu diberikan tips/kiat untuk menghadapi UKDI sehingga monitoring dan evaluasinya adalah evaluasi pada pelaksanaan ujian selanjutnya.

7) Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Kecepatan Respon Terhadap Komplain sudah mencapai target yang ditentukan dalam RSB. Hal ini disebabkan ketika ada Komplain semuanya langsung ditindaklanjuti. Indikator Kecepatan Respon Terhadap Komplain merupakan perubahan dari Indikator Persentase Komplain yang Ditindaklanjuti pada Revisi I RSB Tahun 2018 - 2019.

8) Indeks Budaya *Patient Safety*

Indeks budaya *patient safety* cenderung meningkat namun masih belum mencapai target yang sudah ditentukan di dalam RSB. Hal ini disebabkan karena masih adanya kurang peduli terhadap budaya *patient safety*. Rencana tindak lanjutnya adalah sosialisasi yang lebih intens terhadap budaya *patient safety*.

9) Capaian Akreditasi Rumah Sakit

Capaian akreditasi rumah sakit sudah mencapai target. Pada tanggal 31 Desember 2018 berhasil sebagai RS kelas A Pendidikan yang dinyatakan lulus Akreditasi Paripurna dan tanggal 9 April 2019 terakreditasi Internasional oleh Komisi Akreditasi RS (KARS) Internasional.

5. Terwujudnya Efektifitas Pusat Layanan Unggulan

10) Jumlah Pelayanan Unggulan yang Dikembangkan

Target persentase terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan adalah defisiensi imun dan pada realisasinya masih pada tahap dalam proses persiapan sarana dan prasarana, hal ini karena aspek SDM, sarana prasarana, dan peralatan belum lengkap, solusi yang dilakukan adalah rapat anggaran dengan tim/unit terkait untuk pengadaan semua aspek. Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah rapat koordinasi dengan unit terkait sehingga di lakukan monev dengan cara masing-masing Bindal melakukan evaluasi progres persiapan pelayanan.

11) Persentase Keberhasilan Penanganan Kasus Sulit pada Layanan Unggulan

Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan dari tahun 2017 belum ada kasus sehingga hal ini belum dapat terealisasi. Rencana tindak lanjut adalah mengagendakan rapat setiap ada kasus, dan dilakukan *joint conference* dengan melibatkan unit, bagian dan komite terkait dan melakukan monev berkala setiap ada kasus yang dilaporkan ke bidang pelayanan.

#### 6. Terwujudnya Efektifitas Pendidikan dan Pusat Riset Unggulan

##### 12) Jumlah Program Studi Spesialis (Sp1/Sp2)

Target jumlah program studi spesialis (Sp1/Sp2) belum semuanya tercapai. Permasalahannya karena proses pengurusan dokumen untuk pembukaan program studi Sp2 membutuhkan waktu dan persiapan, melibatkan tiga instansi dalam pembuatan MOU (*Tri Partij*). Solusi yg dilakukan adalah koordinasi dengan Fakultas Kedokteran dan Kolegium yang melaksanakan pendidikan Sub Spesialis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Rencana tindak lanjut Bagian Diklit dan Komkordik akan berkoordinasi dengan Bagian yang melaksanakan pendidikan Sub Spesialis di RSUP Dr M Djamil Padang agar pendidikannya dibawah FK.Unand (*University Based*). Monev yang dilakukan adalah evaluasi kendala dalam pengurusan izin pelaksanaan pendidikan Sub Spesialis berkoordinasi dengan Komkordik dan FK.Unand.

##### 12) Jumlah Riset Translasional

Jumlah riset translasional pada tahun 2016 dan tahun 2018 tidak tercapai. Permasalahannya karena Seminar Proposal Penelitian Translational telah dilaksanakan, biaya untuk pelaksanaan penelitian belum dapat dicairkan sehingga pelaksanaan penelitian belum dapat dilanjutkan karena menunggu penetapan SK Direktur mengenai Penelitian dan Besaran Biaya Pelaksanaan Penelitian. Solusi yang dilakukan adalah dengan membuat SK Penetapan Direktur. Rencana tindak lanjut adalah menetapkan SK Direktur dan melaksanakan penelitian yang sudah dilakukan dengan target waktu penyelesaiannya pada bulan Maret tahun 2020 dengan monev pelaksanaan penelitian setelah SK Penetapan Direktur terbit.

#### 7. Optimalisasi Sistem Rujukan Berjenjang

##### 14) Persentase Kasus Rujukan yang Tepat (Atas-Bawah)

Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah) cenderung meningkat. Hal ini disebabkan antara lain karena masih ada kasus rujukan yang belum tepat sehingga belum layak tagih oleh BPJS solusi yang dilakukan adalah seleksi administrasi awal pada saat

skrining pasien, serta pelaksanaan pelayanan sesuai dengan PPK, SOP dan aturan BPJS. Rencana tindak lanjut adalah pelaksanaan audit, telaah/kajian terhadap kasus-kasus rujukan yang tidak dapat diterima oleh BPJS serta dengan sudah berjalannya SISRUITE di RSUD Dr. M. Djamil. Dilakukan monitoring dan evaluasi dengan telaah dan kajian oleh rekam medik, verifikasi dan komite medik.

## 8. Optimalisasi Sistem Jejaring dan Kemitraan

### 15) Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang Dibina

Target jumlah rumah sakit jejaring yang dibina adalah 9 sementara terealisasi 10, yaitu RSUD Sadikin Pariaman, RSUD M. Zein Painan, RS Ahmad Muchtar Bukit Tinggi, RS Stroke Bukit Tinggi, RS HB Saanin, RS Unand, RSUD Solok, RSUD Padang Panjang, RSUD Adnan WD Payakumbuh, dan RSUD Hanafiah Batu Sangkar. Rencana tindak lanjutnya adalah koordinasi dengan Bagian Hukum dan Organisasi untuk Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan rumah sakit jejaring regional dalam bidang rujukan, pendidikan, referal dan management dan melakukan pembinaan dengan rumah sakit jejaring yang sudah ada PKS dengan RSUD Dr. M. Djamil Padang. Dilakukan monev rumah sakit jejaring yang merujuk pasien yang sesuai dan tidak sesuai dengan kasus rujukan tersier.

### 16) Jumlah Kegiatan Kemitraan dengan *Sister Hospital*

Target jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital sebanyak 1 sementara terealisasi 4, yaitu kegiatan transplantasi ginjal, rujukan pelayanan pengembangan SDM tentang jantung dan pembuluh darah, PPDS Urologi, penelitian dan pengabdian masyarakat mahasiswa PPDS Urologi.

## 9. Terimplementasinya Sistem Manajemen Mutu pada Unit Kerja

### 17) Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* dari tahun 2017 sudah mencapai target. Hal ini disebabkan adanya kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* yang dibuat. Indikator Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* merupakan perubahan dari Indikator Persentase Unit Kerja yang Menjalankan Rencana Tindak lanjut Hasil Audit Mutu pada Revisi I RSB Tahun 2018 - 2019.

### 18) Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis

Target ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis umumnya belum tercapai, hal ini disebabkan antara lain karena masih ada pelaksanaan visite di ruang rawat inap yang belum sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh rumah sakit dan solusi yang dilakukan adalah indikator ini untuk tahun 2020 diusulkan menjadi indikator kinerja terpilih masing-masing DPJP.

Rencana tindak lanjut adalah tetap dilakukan monitoring berkala oleh pihak management. Monev yang dilakukan adalah pelaksanaan monev berkesinambungan dan hasil monev disampaikan pada saat rapat KSM untuk tindak lanjut. Indikator Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis merupakan perubahan dari Indikator Persentase DPJP Ekselen pada Revisi I RSB Tahun 2018 - 2019.

10. Terwujudnya Sistem Tata Kelola Unit Kerja

19) Persentase SOP Lintas Unit Kerja yang Terimplementasi

Target persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi sudah mencapai target. Pada tahun 2019 terdapat 80 naskah SPO yang masuk ke Bagian Umum untuk diproses. 80 SPO tersebut telah di tandatangani Direksi, telah didistribusikan dan didokumentasikan.

20) Persentase Unit Kerja yang Berkinerja Ekselen

Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen sudah mencapai target. Masing-masing unit kerja sudah melaksanakan tugas pokok dan fungsi dengan baik.

PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH

11. Terwujudnya Budaya Kinerja, "Peduli", dan Berorientasi Pelanggan

21) Indek Budaya "Peduli"

Indek budaya "Peduli" pada umumnya masih belum mencapai target. Hal ini disebabkan antara lain karena masih rendahnya hasil survey budaya "Peduli", solusi yang dilakukan adalah sosialisasi kepada staf terkait aspek pengukuran budaya "Peduli" yang menggambarkan etos kerja, sikap, perilaku, dan tindakan karyawan saat menjalankan misi pelayanan dan rencana tindak lanjutnya adalah membuat edaran ke unit kerja terkait aspek-aspek pengukuran indek budaya "Peduli".

12. Terwujudnya Kuantitas dan Kualitas SDM

22) Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM

Persentase pemenuhan kebutuhan umumnya masih belum mencapai target. Hal ini disebabkan karena masih tingginya kebutuhan staf dari unit kerja terkait, solusi yang dilakukan adalah optimalisasi pengawasan Ka. unit kerja terhadap pemberdayaan SDM dan melakukan rekrutmen sesuai kemampuan keuangan RS. Rencana tindak lanjutnya adalah membuat edaran terkait efektifitas dan pemberdayaan SDM di unit kerja.

23) Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi sesuai dengan Kebutuhan Jabatan

Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan sampai tahun 2017 tercapai target, namun pada tahun 2018 dan tahun 2019 belum mencapai target. Hal ini karena persentase pegawai dengan pendidikan SLTA masih tinggi (20%) solusi yang dilakukan adalah meningkatkan anggaran untuk program diklat baik secara kualitas dan kuantitas sehingga rasio SDM yang memiliki sertifikasi profesi atau kualifikasi meningkat. Rencana tindak lanjutnya adalah mengoptimalkan ke Kabag Diklat untuk peningkatan anggaran melalui RBA, anggaran pendidikan dan penelitian untuk peningkatan kompetensi SDM.

### 13. Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi

#### 24) Persentase Jumlah Modul yang terintegrasi

Persentase jumlah modul yang terintegrasi umumnya tidak mencapai target, hal ini disebabkan 1). Belum maksimalnya kegiatan dikarenakan keterbatasan ruangan untuk programmer dan Analis; 2). Pengadaan perangkat komputer dan jaringan yang masih berproses. Kegiatan yang telah dilakukan dalam rangka upaya percepatan terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi : 1). Penambahan Jumlah SDM Programmer dan System Analis; 2) Magang di RS Kariadi Semarang dan RSUP Sadjito Jogjakarkat; 3). Usulan Penambahan Ruangan Programmer dan Analis; 4). System Analis dan Programmer sudah melakukan developmen modul aplikasi. Penyelesaian yang dilakukan adalah 1.) Mempercepat realisasi percepatan pembangunan ruangan SIMRS untuk programmer dan analis; 2). Mempercepat proses pengadaan komputer, jaringan dan lisensi *Software*. Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah sudah menyurati IPS Non Medik untuk percepatan perluasan ruangan SIMRS. Target waktu penyelesaian adalah bulan Maret Tahun 2020.

### 14. Terwujudnya Kuantitas dan Kualitas SDM

#### 25) Persentase Ketersediaan Peralatan sesuai Standar

Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar umumnya mencapai target yang sudah ditentukan di dalam RSB. Rencana tindak lanjutnya adalah monitoring dan evaluasi pelayanan secara berkesinambungan setiap bulannya.

#### 26)Tingkat OEE (*Overall Equipment Effectiveness*)

Persentase tingkat OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) umumnya mencapai target yang sudah ditentukan di dalam RSB. Rencana tindak lanjutnya adalah monitoring dan evaluasi

pelayanan secara berkesinambungan setiap bulannya.

#### a) Kinerja Aspek Pelayanan

Capaian kinerja aspek pelayanan dalam memenuhi target-target kinerja pelayanan yang dianggap strategis berdasarkan Pedoman Penilaian Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan No.54/PB/2013, diperbarui dengan No.36/PB/2016, dan diperbarui dengan Perdirjen Perbendaharaan No. 24/PB/2018 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.2. Kinerja Aspek Pelayanan Tahun 2015-2019

No	Sub Aspek / Indikator	SKOR	2015	2016	2017	2018	2019
			Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
<b>1.</b>	<b>Layanan</b>	<b>35</b>	<b>22,00</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>29.75</b>	<b>31.50</b>
	<b>a. Pertumbuhan Produktivitas</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>10.25</b>	<b>15</b>	<b>15.25</b>	<b>15.5</b>
	1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	0,00	0	1.5	2	2
	2) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	1,25	0.5	1.5	1	1
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	1,25	0.5	1.5	1.25	1.25
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	1,25	1.25	1.25	1	2
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	1,25	1.25	2	2	2
	6) Pertumbuhan Operasi	2	0,00	1.5	2	2	2
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2	0,00	1.25	2	2	2
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	2,00	2	2	2	2
	9) Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	2	2,00	2	1.25	2	1.25
	<b>b. Efektivitas Pelayanan</b>	<b>14</b>	<b>10,00</b>	<b>10.75</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13.5</b>
	1) Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan	2	0,00	2	2	2	2
	2) Pengembalian Rekam Medik	2	2,00	1.25	2	2	2
	3) Angka Pembatalan Operasi	2	0,50	0.5	0.5	0.5	2
	4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	2,00	1.5	2	2	2
	5) Penulisan Resep sesuai Formularium	2	2,00	2	2	2	2
	6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	2,00	2	2	2	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	1,50	1.5	1.5	1.5	1.5
	<b>c. Pertumbuhan Pembelajaran</b>	<b>3</b>	<b>3,00</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2.5</b>	<b>2.5</b>
	1) Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1	1,00	1	1	1	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	1	1,00	1	1	1	1
	3) Program Reward dan Punishment	1	1,00	1	1	0.5	0.5
	<b>JUMLAH SKOR</b>	<b>35</b>	<b>22,00</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>29.75</b>	<b>31.50</b>

#### 1. Sub Aspek Layanan

##### a. Pertumbuhan Produktivitas

Berdasarkan produktivitas layanan yang ada di rumah sakit memperlihatkan indikator yang membaik dibanding tahun-tahun sebelumnya. Beberapa indikator yang mengalami penurunan seperti pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat dan pertumbuhan hari rawatan, disebabkan semakin membaiknya sistem rujukan berjenjang dan pelayanan yang dilakukan sudah mengacu kepada Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP), sehingga layanan yang diberikan lebih efektif dan efisien.

b. Efektivitas Pelayanan

Dari 6 indikator efektivitas pelayanan, sebagian besar sudah mencapai nilai maksimal berdasarkan penilaian yang ada pada Perdirjen Perbendaharaan No.24/PB/2018, hanya satu yang indikator yang belum mencapai target, yaitu *Bed Occupancy Rate* (BOR). Perlu tindak lanjut yang nyata agar keterisiian tempat tidur yang optimal, seperti pengalihan pasien dari rawatan yang banyak ke ruang rawatan yang lebih sedikit.

c. Pertumbuhan dan pembelajaran

Indikator berkaitan program *reward* dan *punishment* selama tahun 2018 dan 2019 mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, hal ini disebabkan belum optimalnya pemberlakuan *reward* dan *punishment* bagi SDM yang berkinerja baik maupun berkinerja buruk. Tindaklanjutnya yaitu perlu adanya ketegasan dan komitmen terhadap pemberlakuan *reward* dan *punishment* bagi setiap SDM.

Tabel 2.3. Kinerja Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat

No	Sub Aspek / Indikator	SKOR	TA 2015	TA 2016	TA 2017	TA 2018	TA 2019
			Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
<b>2</b>	<b>Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat</b>	<b>35</b>	27,28	<b>30.53</b>	<b>30.79</b>	<b>32.31</b>	<b>32.32</b>
	<b>a. Mutu Pelayanan</b>	<b>14</b>	10,00	<b>10.5</b>	<b>10</b>	<b>11.5</b>	<b>12.5</b>
	1) Emergency Response Time Rate	2	2,00	2	2	2	2
	2) Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	1,00	0.5	0.5	1	1.5
	3) Length of Stay	2	2,00	2	2	2	2
	4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	0,50	0.5	0.5	1	1
	5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	0,50	1.5	1	1.5	2
	6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	2,00	2	2	2	2
	7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	2,00	2	2	2	2
	<b>b. Mutu Klinik</b>	<b>12</b>	10,75	<b>11.25</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>11</b>
	1) Angka Kematian di Gawat Darurat	2	2,00	2	2	2	2
No	Sub Aspek / Indikator	SKOR	TA 2015	TA 2016	TA 2017	TA 2018	TA 2019
			Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
	2) Angka Kematian/Kebutaan $\geq$ 48 jam	2	2,00	2	2	2	2
	3) Post Operative Death Rate	2	2,00	2	2	2	2

	4)	Angka Infeksi Nosokomial	4	3,25	3.25	4	4	4
	a	Dekubitus			1	1	1	1
	b	Phlebitis			0.5	1	1	1
	c	ISK			0.75	1	1	1
	d	ILO			1	1	1	1
	5)	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	1,50	2	2	2	1
	<b>c.</b>	<b>Kepedulian Kepada Masyarakat</b>	<b>4</b>	<b>3,50</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	1)	Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1	1,00	1	1	1	1
	2)	Penyuluhan Kesehatan	1	0,50	1	1	1	1
	3)	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	2,00	2	2	2	2
	<b>d.</b>	<b>Kepuasan Pelanggan</b>	<b>2</b>	<b>1,832</b>	<b>1.778</b>	<b>1.79</b>	<b>1.81</b>	<b>1.82</b>
	1)	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	1,00	1	1	1	1
	2)	Kepuasan Pelanggan	1	0,832	0.778	0.79	0.81	0.82
	<b>e.</b>	<b>Kepedulian Terhadap Lingkungan</b>	<b>3</b>	<b>1,20</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
	1)	Kebersihan Lingkungan (Hasil Penilaian Rumah Sakit Berseri)	2	1,00	2	2	2	2
	2)	Proper Lingkungan (KLH)	1	0,20	1	1	1	1
	<b>JUMLAH SKOR ASPEK PELAYANAN (1+2)</b>		<b>70</b>	<b>49,28</b>	<b>54.53</b>	<b>60.79</b>	<b>62.06</b>	<b>63.82</b>

## 2. Sub Aspek Mutu dan Manfaat kepada masyarakat.

### a. Mutu Pelayanan

Indikator mutu pelayanan sebagian besar sudah mendapat penilaian maksimal, sementara untuk indikator waktu tunggu rawat jalan dan kecepatan pelayanan resep, walaupun belum optimal tapi kecendrungan selama kurun waktu 2015-2019 mengalami peningkatan.

### b. Mutu Klinik

Dari 5 indikator mutu klinik hanya satu indikator mengalami penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya nilai pada tahun 2019, yaitu indikator angka kematian ibu di rumah sakit. Rumah sakit yang menjadi rujukan tersier berdampak pada kondisi penyakit pasien yang lebih berat dan beresiko pada kematian. Hal ini disebabkan pasien yang dirujuk ke RS sudah dalam keadaan kritis dan mempunyai penyakit komorbit yang berdampak pada kematian.

### c. Kepedulian kepada Masyarakat

Selama jangka waktu 2015-2019 indikator kepedulian kepada masyarakat selalu mendapatkan nilai optimal, dengan adanya kegiatan preventif dan promotif yang dilakukan rumah sakit. Rumah sakit sebagai institusi sosial juga harus mengikuti aturan terkait ketersediaan tempat tidur kelas III.

### d. Kepuasan Pelanggan

Rumah sakit telah berusaha semaksimal mungkin dalam hal kepuasan pelanggan, terlihat semakin baiknya nilai indikator penanganan pengaduan dan kepuasan pelanggan pada kurun waktu 2015-2019. Pelaksanaan survei kepuasan pelanggan menjadi alat monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan.

e. Kepedulian terhadap Lingkungan

Sejalan dengan kepedulian rumah sakit terhadap aspek lingkungan dari tahun ke tahun, indikator kepedulian terhadap lingkungan selalu mendapatkan nilai optimal selama tahun 2015-2019. Hal-hal yang dilakukan adalah penerapan program rumah sakit berseri.

**b) Kinerja Aspek Keuangan**

Tabel 2.4. Kinerja Aspek Keuangan

No	Sub Aspek / Indikator	BO BOT	2015	2016	2017	2018	2019
			Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
<b>1.</b>	<b>Rasio Keuangan</b>	<b>19</b>	<b>12.3</b>	<b>10.7</b>	<b>11.25</b>	<b>10.05</b>	<b>11.50</b>
	a. Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )	2	0.25	0.25	0.5	0.25	0.50
	b. Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )	2.5	0.25	0.5	2	1.5	0.75
	c. Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )	2	2	0.25	0.25	1	0
	d. Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed asset Turnover</i> )	2	2	2	2	2	2.25
	e. Imbalan atas aset tetap ( <i>Return on Fixed Asset</i> )	2	2	1.7	1.1	0.8	2.25
	f. Imbalan Ekuitas ( <i>Return On Equity</i> )	2	1.8	2	1.4	1	2.25
	g. Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turn Over</i> )	2	2	2	1.5	1	0.75
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya Operasional	2.5	2	2	2.5	2.5	2.75
	i. Rasio Subsidi Biaya pasien	2	0	0	0	0	0
<b>2.</b>	<b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2		2	2	2	2
	1) Jadwal Penyusunan		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	2) Kelengkapan						
	- Ditanda Tangani oleh Pimpinan BLU		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	- Diketahui oleh Dewas		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	- Disetujui & Ditanda tangani oleh menteri		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
<b>No</b>	<b>Sub Aspek / Indikator</b>	<b>BO</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>

		BOT	Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
	- Kesesuaian Format dengan PMK No 92/PMK.05/2011		0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Satandar Akuntansi Keuangan	2	2	2	2	2	2
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	2	2	2	2	2
	d. Tarif Layanan	1	1	1	1	1	1
	e. Sistem Akuntansi	1	1	1	1	1	1
	f. Persetujuan Rekening	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	g. SOP Pengelolaan Kas	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
<b>JUMLAH SKOR ASPEK KEUANGAN ( 1 + 2 )</b>		<b>30</b>	<b>23.30</b>	<b>21.7</b>	<b>22.25</b>	<b>21.05</b>	<b>22.50</b>

a. Rasio Kas

Merupakan rasio yang mengukur kemampuan rumah sakit dalam menyelesaikan hutang-hutang jangka pendek dengan menggunakan kas atau setara kas. Dalam kurun waktu 5 tahun rasio kas cenderung berfluktuasi yang tertinggi pada tahun 2017 sebesar 62% dan mengalami penurunan pada tahun 2018 sebesar 32%. Pada tahun 2019 kembali naik menjadi 38,24%, hal ini disebabkan tingginya nilai piutang jangka pendek layanan rumah sakit pada pihak ketiga/BPJS.

b. Rasio Lancar

Merupakan rasio yang mengukur kemampuan rumah sakit dalam menyelesaikan hutang-hutang jangka pendek dengan menggunakan aset-aset lancar. Sejak tahun 2016-2019, rasio lancar selalu berada diatas 100% dari nilai hutang-hutang jangka pendek. pada tahun 2019 nilai rasio lancar sebesar 176,71%. Hal ini berarti rumah sakit sangat mampu untuk menyelesaikan semua hutang-hutang jangka pendeknya, terutama dengan adanya piutang jangka pendek yang nilainya sangat besar. Tindaklanjutnya yaitu dengan melakukan penagihan yang lebih optimal agar piutang-piutang tersebut dapat direalisasikan menjadi kas dan meningkatkan nilai rasio kas.

c. Periode Penagihan Piutang

Merupakan rasio untuk mengukur kemampuan rumah sakit dalam penagihan piutang sampai piutang tersebut menjadi kas yang selanjutnya dapat meningkatkan pendapatan. Terjadi peningkatan periode penagihan piutang pada tahun 2019 disebabkan semakin meningkatnya pendapatan yang sebagian besar berbentuk piutang BPJS. Sementara pembayaran dari pihak ketiga/BPJS sering mengalami keterlambatan yang berakibat lamanya periode penagihan piutang.

d. Perputaran Aset Tetap

Merupakan kemampuan rumah sakit dalam memanfaatkan aset tetapnya untuk menghasilkan pendapatan. Rasio perputaran aset tetap selama kurun waktu 2015-2019 memiliki kecenderungan meningkat, hal ini disebabkan semakin bertambahnya pengadaan aset tetap terutama alat kesehatan baru yang mengakomodasi layanan-layanan yang lebih canggih dan efisien, berakibat pada semakin meningkatnya kontribusi pada pendapatan.

e. Imbalan Atas Aset Tetap

Merupakan kemampuan atas modal yang diinvestasikan dalam keseluruhan aset tetap yang dimiliki untuk menghasilkan surplus. Pada tahun 2019 adalah sebesar 6,90%, terjadi peningkatan persentase rasio imbalan atas aset tetap dibandingkan pada tahun 2018 yaitu sebesar 2,46%.

f. Imbalan Ekuitas

Merupakan rasio yang digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan surplus dengan modal ekuitas. Selama kurun waktu 5 tahun rasio imbalan ekuitas mengalami fluktuasi tapi kecenderungan meningkat cukup signifikan di tahun 2019 sebesar 10,74%. Ekuitas rumah sakit memberikan kontribusi yang cukup baik pada surplus di laporan keuangan.

g. Perputaran Persediaan

Merupakan kemampuan rumah sakit atau seberapa efisien rumah sakit dalam mengelola persediaan. Semakin cepat perputaran persediaan yang digunakan untuk layanan operasional, semakin baik rumah sakit dalam pengelolaan persediaan. Rasio perputaran persediaan kurun waktu 2018-2019 lebih baik dibandingkan pada tahun 2017.

h. Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PoBo)

Merupakan rasio untuk melihat kemampuan rumah sakit menghasilkan pendapatan dan kemampuan rumah sakit dalam mengendalikan biaya operasional dalam pengelolaan keuangannya. Semakin tinggi nilai PoBo maka dapat dikatakan rumah sakit semakin mandiri dalam membiayai operasionalnya sehari-hari. Sejalan dengan peningkatan pendapatan dan kendali biaya yang efektif dan efisien, selama kurun waktu 2015-2019, rasio PoBo semakin meningkat dimana pada tahun 2019 sebesar 87,01%.

Berikut ini merupakan rekapitulasi penilaian kinerja BLU berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan No. 24/PB/2018, sebagai berikut:

Tabel. 2.5. Rekapitulasi Penilaian Kinerja BLU

ASPEK PENILAIAN	2015	2016	2017	2018	2019
a. Indikator Pelayanan:	22,00	24,00	30,00	29,75	31,50

b. Indikator Mutu Pelayanan dan Manfaat Bagi Masyarakat	27,28	30,53	30,79	32,31	32,32
c. Indikator Keuangan	23,30	21,70	22,25	21,05	25,25
<b>TOTAL</b>	<b>72,58 (A)</b>	<b>76,23 (A)</b>	<b>83,04 (AA)</b>	<b>83,11 (AA)</b>	<b>86,32 (AA)</b>

Dari tabel 2.5 dapat dilihat dalam kurun waktu 5 tahun, penilaian kinerja rumah sakit yang meliputi indikator kinerja pelayanan, indikator kinerja mutu pelayanan dan manfaat kepada masyarakat, dan indikator keuangan terus membaik, sehingga kinerja rumah sakit tergolong BAIK (AA)

### c) Kinerja Aspek SDM

Sumber Daya Manusia merupakan salah satu kekuatan dasar yang menjadi potensi organisasi dalam peningkatan pengembangan pelayanan yang dilakukan. Berikut keadaan eksisting SDM RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Tabel 2.6. Kinerja Aspek SDM

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH (orang)				
		Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019
1	Medis	136	151	173	177	173
2	Keperawatan	804	825	871	904	992
3	Kefarmasian	87	101	117	129	139
4	Kes.Masyarakat	54	53	73	87	82
5	Gizi	20	20	23	31	25
6	Keterampilan Fisik	11	11	14	15	15
7	Keteknisian Medik	140	140	152	173	190
8	Non Kesehatan	580	555	575	575	610
	<b>TOTAL</b>	<b>1.832</b>	<b>1.856</b>	<b>1.998</b>	<b>2.091</b>	<b>2.226</b>

Dari tabel 2.6 dapat dilihat dalam kurun waktu 5 tahun, kinerja aspek SDM dari tahun 2015-2019 mengalami peningkatan. Hal ini disebabkan adanya kebutuhan SDM untuk pengembangan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### d) Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan pemerintah yang berkualitas tidak dapat dipungkiri. Berbagai keluhan masyarakat selama ini terhadap mutu pelayanan rumah sakit perlu disikapi dengan bijak, termasuk permasalahan infrastruktur dan fasilitas. Kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkualitas harus didukung dengan fasilitas

dan infrastruktur yang aman, nyaman, dan memadai. Selain itu juga peningkatan jumlah kebutuhan layanan kesehatan yang aman, nyaman, dan berkualitas juga merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari sebuah layanan kesehatan. Oleh sebab itu RSUP Dr. M. Djamil Padang sedang bergerak secara kontinu untuk mewujudkannya.

Tabel 2.7. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

NO	AKUN NERACA	Nilai BMN Periode TA. 2015 s.d TA 2019				
		Nilai Buku	Nilai Buku	Nilai Buku	Nilai Buku	Nilai Buku
		31-Dec-15	31-Dec-16	31-Dec-17	31-Dec-18	31-Dec-19
1	2	3	4	5	6=3+4-5	7
<b>A</b>	<b>ASET TETAP</b>	<b>478,394,551,299</b>	<b>544,249,535,281</b>	<b>760,314,809,793</b>	<b>735,411,103,367</b>	<b>790,461,985,494</b>
A.1	Tanah	108,030,000,000	108,030,000,000	221,349,279,000	221,349,279,000	221,349,279,000
A.2	Peralatan dan Mesin	96,442,717,717	159,551,314,997	134,039,567,212	114,006,764,684	173,061,747,123
A.3	Gedung dan Bangunan	212,000,896,982	206,596,035,232	387,676,463,057	390,620,348,258	377,699,160,961
A.4	Jalan, Irigasi Dan Jaringan	10,687,253,146	10,362,698,254	11,385,703,024	9,360,515,925	8,849,740,673
A.5	Aset tetap lainnya	17,007,500	17,007,500	17,007,500	74,195,500	74,195,500
A.6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	51,216,675,954	59,692,479,298	5,846,790,000	-	9,427,862,237
<b>B</b>	<b>ASET LAINNYA</b>	<b>215,516,614</b>	<b>267,180,000</b>	<b>388,459,910</b>	<b>19,944,958</b>	<b>15,170,102</b>
B.1	Aset Lain-lain	188,200,000	260,000	254,999,910	-	66,562
B.2	Aset Tidak Berwujud	27,316,614	266,920,000	133,460,000	19,944,958	15,103,540
B.3	Kerjasama Pihak ketiga					
<b>C</b>	<b>Total Intrakomptabel (A+B)</b>	<b>478,610,067,913</b>	<b>544,516,715,281</b>	<b>760,703,269,703</b>	<b>735,431,048,325</b>	<b>790,477,155,596</b>
<b>D</b>	<b>Total Ekstrakomptabel</b>	<b>180,927,630</b>	<b>106,873,159</b>	<b>57,373,100</b>	<b>596,436,617</b>	<b>490,962,305</b>
<b>E</b>	<b>Gab. Intra dan Ekstrakomptabel</b>	<b>478,790,995,543</b>	<b>544,623,588,440</b>	<b>760,760,642,803</b>	<b>736,027,484,942</b>	<b>790,968,117,901</b>

Dari tabel 2.7 dapat dilihat dalam kurun waktu 5 tahun, kinerja aspek sarana dan prasarana dari tahun 2015-2019 mengalami peningkatan, hal ini disebabkan adanya penambahan sarana dan prasarana.

### 2.3. Tantangan Strategis

Dengan memperhatikan dinamika harapan dan kekhawatiran *stakeholder*, informasi dari *benchmark* serta evaluasi atas pelaksanaan RSB pada periode tahun 2015 - 2019, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk periode tahun 2020-2024 sebagai berikut :

- a. Mewujudkan peningkatan pendapatan rumah sakit
- b. Mewujudkan efisiensi dan kendali biaya
- c. Mewujudkan kepuasan pelanggan
- d. Mewujudkan *Reward* dan *Punishment* berbasis kinerja secara optimal
- e. Mewujudkan rumah sakit pendidikan bertaraf internasional yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian

- f. Mewujudkan pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar rumah sakit internasional
- g. Mewujudkan pembinaan rumah sakit jejaring untuk sistem rujukan berjenjang secara optimal
- h. Mewujudkan terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien
- i. Mewujudkan tata kelola organisasi yang optimal
- j. Mewujudkan kelengkapan SDM dalam kualitas dan kuantitas
- k. Mewujudkan system informasi dan manajemen RS terintegrasi
- l. Mewujudkan ketersediaan fasilitas yang berkualitas sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

#### 2.4. Benchmarking

RSUP Dr. M. Djamil Padang mengambil **Siriraj Hospital, Bangkok** sebagai *benchmark* karena **Siriraj Hospital, Bangkok** salah satu rumah sakit katagori terbaik di Asia Tenggara.

#### 2.5. Analisa SWOT

Tabel 2.8. Faktor-Faktor yang Membentuk Peluang dan Ancaman pada RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

Tabel 2.9. Faktor-Faktor yang Membentuk Kekuatan dan Kelemahan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang

Kekuatan (Internal)	Kelemahan (Internal)
RS rujukan nasional kelas A di Sumatera bagian Tengah dan pendidikan utama kesehatan	Belum optimalnya budaya kerja, kerja samatim, dan etos kerja karyawan
Memiliki dokter spesialis dan spesialis konsultan	Pemanfaatan dan pengembangan IT belum memadai
Memiliki SDM yang berkualitas	Sarana, prasarana dan fasilitas medis dan non medis melewati usia teknis
Sistem tata kelola keuangan sesuai standar	Antrian pasien yang lama
RS sudah terakreditasi Internasional	Belum optimalnya pemanfaatan sarfas
Sistem manajemen yang berkualitas dan unggul	Belum optimalnya pemanfaatan tenaga TOT
Kekuatan (Internal)	Kelemahan (Internal)
Sudah memenuhi standar mutu	Belum optimalnya pembinaan RS binaan (daerah sekitar)
	Belum optimalnya sistem pelaksanaan <i>reward</i> dan konsekuensi
	Ketidajelasan estimasi pelayanan dan pembiayaan
	Tata kelola keuangan tidak didukung data yang valid sehingga tidak akurat

## 2.6. Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis

Tabel 2.10. Identifikasi dan Penentuan Total Nilai Terbobot Kekuatan

STRENGTH	Bobot	Rating	Score
RS rujukan nasional kelas A di Sumatera bagian Tengah dan pendidikan utama kesehatan	0,10	60	6
Memiliki dokter spesialis dan spesialis konsultan	0,20	75	15
Memiliki SDM yang berkualitas	0,20	75	15
Sistem tata kelola keuangan sesuai standar	0,15	60	9
RS sudah terakreditasi Internasional	0.15	60	9
Sistem manajemen yang berkualitas dan unggul	0.10	60	6
Sudah memenuhi standar mutu	0.10	60	6
<b>TOTAL SCORE</b>	100%		66
WEAKNESS	Bobot	Rating	Score
Belum optimalnya budaya kerja, kerjasama tim, dan etos kerja karyawan	0.10	15	1.5
Pemanfaatan dan pengembangan IT belum memadai	0.10	45	4.5
Sarana, prasarana dan fasilitas medis dan non medis melewati usia teknis	0.05	15	0.75
Antrian pasien yang lama	0.10	45	4.5
Belum optimalnya pemanfaatan sarfas	0.10	30	3
Belum optimalnya pemanfaatan tenaga TOT	0.10	30	3

Belum optimalnya pembinaan RS binaan(daerah sekitar)	0.10	15	1.5
Belum optimalnya sistem pelaksanaan <i>reward</i> dan konsekuensi	0.20	30	6
Ketidajelasan estimasi pelayanan dan pembiayaan	0.10	30	3
Tata kelola keuangan tidak didukung data yang valid sehingga tidak akurat	0.05	15	0.75
<b>TOTAL SCORE</b>	100%		28.5
<b>OPPORTUNITY</b>	<b>Bobot</b>	<b>Rating</b>	<b>Score</b>
Kebijakan Dirjen Yankes tentang Pengembangan Pelayanan Spesialistik dan Sub-Spesialistik	0.10	60	6
Terbukanya peluang persaingan Internasional	0.05	45	2.25
Perkembangan iptek kedokteran, informatika dan inovasi dibidang teknologi pelayanan RS	0.05	60	3
Terpilihnya Sumatera Barat sebagai destinasi wisata halal	0.05	30	1.5
<b>OPPORTUNITY</b>	<b>Bobot</b>	<b>Rating</b>	<b>Score</b>
Konsumen potensial(pelanggan menengah ke atas, BUMN, perusahaan)	0.20	60	12
Program JKN yang mengharuskan masyarakat sebagai peserta( <i>universal coverage</i> )	0.20	75	15
Kebijakan pemerintah mewajibkan seluruh RS terakreditasi membuka peluang bimbingan akreditasi	0.05	75	3.75
Pengembangan sistem Tata Kelola Keuangan(modern)	0.10	75	7.5
Kerjasama dengan pihak ketiga(RS binaan dan perusahaan swasta)	0.05	60	3
Era Disrupsi	0.05	60	3
Pergeseran asuhan kesehatan kepada era 4.0	0.05	60	3
Adanya permintaan yang tinggi untuk bimtek	0.05	75	3.75
<b>TOTAL SCORE</b>	100%		63.75
<b>THREAT</b>	<b>Bobot</b>	<b>Rating</b>	<b>Score</b>
RS pesaing menawarkan pelayanan yang lebih baik	0.15	30	4.5
Lokasi RS berada di daerah rawan bencana	0.10	15	1.5
Berlakunya MEA	0.15	15	2.25
Tingkat persaingan yang tinggi dengan RS pendidikan di luar Sumatera Barat	0.20	30	6
Masih tingginya animo masarakat berobat ke luar negeri	0.20	30	6
Proses pembayaran BPJS terlambat, sehingga target pendapatan	0.20	15	3
<b>THREAT</b>	<b>Bobot</b>	<b>Rating</b>	<b>Score</b>
tidak tercapai akibatnya POBO turun			
<b>TOTAL SCORE</b>	100%		23.25

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

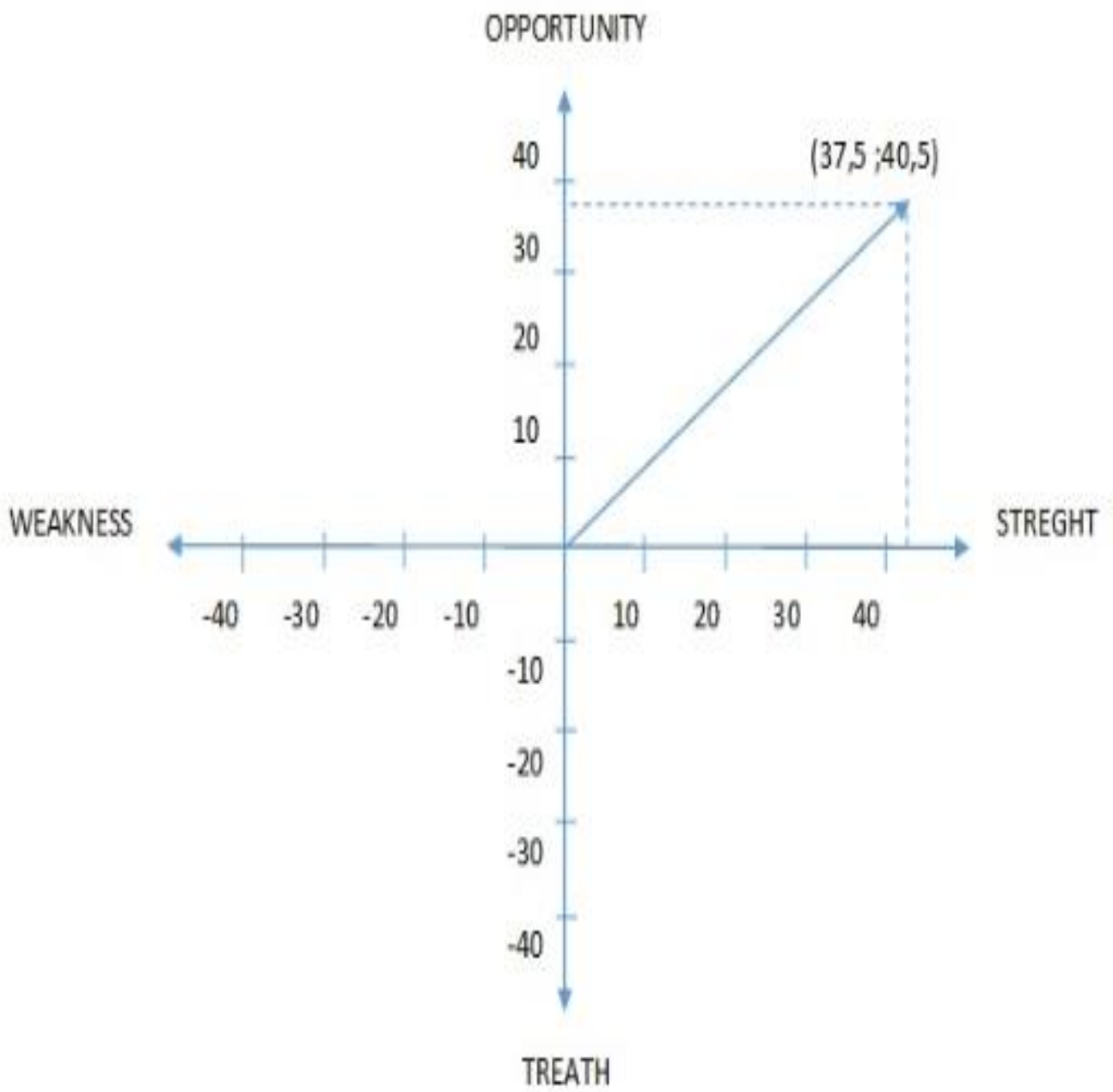
$$\text{Sumbu X : Kekuatan - Kelemahan} = 66 - 28.5 = 37.5$$

Sumbu Y : Peluang - Ancaman = 63.75 - 23.25 = 40.5

Dengan koordinat tersebut, maka posisi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019 berdasarkan analisa SWOT berada di kuadran I (*Growth*), dapat dilihat pada gambar1.

Berdasarkan hasil analisa SWOT didapatkan bahwa RSUP Dr. M. Djamil Padang berada di posisi Kuadran I (Satu).

Adapun strategi yang diperlukan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang pada kondisi ini adalah memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*), artinya melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya.



Gambar 2.2. Posisi Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2019

## 2.7. Analisa TOWS

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

## 2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko

### a) Identifikasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
<b>FINANSIAL</b>	
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
<b>STAKEHOLDER</b>	
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
<b>PROSES BISNIS INTERNAL</b>	
6. Persentase kelulusan peserta didik	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi
7. Indeks budaya keselamatan	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop budaya keselamatan Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan budaya keselamatan Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan
8. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS Internasional tepat waktu
9. Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan prioritas Kurangnya SDM tersedia sesuai kompetensinya
10. Persentase Capaian Penanganan Pelayanan prioritas	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu Kurangnya pelatihan dalam penanganan pelayanan prioritas Kurangnya folowship dalam menindaklanjuti kasus kasus
11. Jumlah program studi spesialis dan sub spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
12. Jumlah riset translasional	Sulitnya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian
	Kurang minatnya melaksanakan riset
	Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan
13. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	Tidak berkesinambungan pembinaan RS Jejaring
14. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronnya program kemitraan dengan sister hospital
15. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Tidak memahami mekanisme dan sistem ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
	Lemahnya monitoring pelaksanaan ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
16. Kecepatan respon terhadap komplain	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan komplain.
	Lambatnya sistem penanganan komplain dan tindak lanjut yang dilakukan
17. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan terintegrasi
<b>LEARNING &amp; GROWTH</b>	
18. Indek budaya PEDULI	Belum tersedianya instrumen survey budaya peduli yang konkrit.
	Kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli
19. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM
	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM
20. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi
21. Persentase jumlah modul Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT
22. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan
23. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	Belum sempurnanya sistem maintenance dan kalibrasi sarfas

<b>SASARAN STRATEGIS</b>	<b>RISIKO</b>
	Belum adanya sistem monitoring OEE
	Tidak validnya pelaksanaan hasil audit sarfas yang ditindaklanjuti

b) Penilaian Tingkat Risiko

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
<b>FINANSIAL</b>					
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	
<b>STAKEHOLDER</b>					
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	
<b>PROSES BISNIS INTERNAL</b>					
6. Persentase kelulusan peserta didik	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi	Kecil	Mayor	Tinggi	
7. Indeks budaya keselamatan	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop budaya keselamatan	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan budaya keselamatan	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Tidak transparanya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan	Besar	Mayor	Ekstrim	
8. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS internasional tepat waktu	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
9. Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan prioritas	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurangnya SDM yang tersedia sesuai kompetensinya	Kecil	Mayor	Tinggi	
10. Persentase capaian penanganan pelayanan prioritas	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu dalam penanganan pelayanan prioritas	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Kurangnya pelatihan dalam penanganan pelayanan prioritas	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Kurangnya fellowship dalam menindaklanjuti penanganan pelayanan prioritas	Sedang	Mayor	Ekstrim	
11. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi	Sedang	Minor	Moderat	
12. 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	
13. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	Tidak berkesinambungan pembinaan RS Jejaring	Sedang	Mayor	Ekstrim	
14. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronya program kemitraan dengan sister hospital	Sedang	Mayor	Ekstrim	
15. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Tidak memahami mekanisme dan sistem ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Sedang	Malapetaka	Ekstrim	
	Lemahnya monitoring pelaksanaan ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Besar	Mayor	Ekstrim	
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
16. Kecepatan respon terhadap komplain	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan komplain.	Sedang	Mayor	Ekstrim	

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Kemungkinan Resiko Terjadi	Dampak Resiko	Tingkat Resiko	Warna
	Lambatnya sistem penanganan komplain dan tindak lanjut yang dilakukan	Sedang	Mayor	Ekstrim	
17. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan terintegrasi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
<b>LEARNING &amp; GROWTH</b>					
18. 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	
19. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Sedang	Mayor	Ekstrim	
	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM	Kecil	Mayor	Tinggi	
20. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi	Sedang	Mayor	Ekstrim	
21. Persentase jumlah modul Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT	Besar	Malapetaka	Ekstrim	
22. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	Sedang	Minor	Moderat	
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan	Kecil	Mayor	Tinggi	
23. 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	

c) Rencana Mitigasi Risiko

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

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
6. Persentase kelulusan peserta didik	Kurangnya pemberian pembekalan sebelum pelaksanaan uji kompetensi	Ekstrim		Optimalkan pembekalan uji kompetensi	SPU
	Tidak kompetennya pelaksanaan try out uji kompetensi	Tinggi		Evaluasi Materi uji Kompetensi	SPU
7. Indeks budaya keselamatan	Kurang komprehensifnya pelaksanaan workshop budaya keselamatan	Ekstrim		Lengkapi Materi workshop budaya keselamatan	PKP
	Tidak adanya kesinambungan pelaksanaan audit terkait dengan budaya keselamatan	Ekstrim		Laksanakan secara berkesinambung dan terencana secara baik	PKP
	Tidak transparannya mekanisme reward dan konsekuensi yang diterapkan	Ekstrim		Lakukan mekanisme reward dan konsekuensi secara transparan	SPU
8. Capaian akreditasi rumah sakit	Tidak tercapainya akreditasi KARS internasional tepat waktu	Ekstrim		Evaluasi persiapan akreditasi	PKP
9. Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	Terbatasnya ketersediaan anggaran dalam pengembangan layanan prioritas	Ekstrim		Lakukan advokasi ke Kementerian	Direksi
	Kurangnya SDM yang tersedia sesuai kompetensinya	Tinggi		Perbaiki pola penempatan SDM sesuai Kompetensi	SPU
10. Persentase capaian penanganan pelayanan prioritas	Lemahnya pelaksanaan model tim kerja terpadu dalam penanganan pelayanan prioritas	Ekstrim		Motivasi pelaksanaan model kerja terpadu	SPU
	Kurangnya pelatihan dalam penanganan pelayanan prioritas	Ekstrim		Optimalkan pelatihan penanganan kasus kasus pelayanan prioritas	PKP
	Kurangnya fellowship dalam menindaklanjuti penanganan pelayanan prioritas	Ekstrim		Optimalkan kerja sama antar profesi	PKP
11. Jumlah program studi spesialis (Sp1 & Sp2)	Lemahnya rencana pengembangan program studi	Moderat		Susun rencana pengembangan program studi sesuai kebutuhan	SPU

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
12. Jumlah riset translasional	Sulitnya mengaplikasikan rancangan pohon penelitian	Rendah		Buat rancangan pohon penelitian yang mudah diaplikasikan	SPU
	Kurang minatnya melaksanakan riset	Moderat		Fasilitasi pelaksanaan riset	SPU
	Sulitnya mengimplementasikan hasil riset dalam pelayanan	Tinggi		Rencana riset sesuai kebutuhan layanan	SPU
13. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	Tidak berkesinambungan pembinaan RS Jejaring	Ekstrim		Rencanakan program pembinaan RS jejaring secara berkelanjutan	SPU
14. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	Tidak sinkronnya program kemitraan dengan sister hospital	Ekstrim		Penyusunan bersama program kemitraan dengan sister hospital	SPU
15. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Tidak memahami mekanisme dan sistem ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Ekstrim		Sosialisasi mekanisme sistem ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	PKP
	Lemahnya monitoring pelaksanaan ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Ekstrim		Optimalkan monitoring pelaksanaan tugas DPJP	PKP
	Tidak transparannya penerapan reward dan konsekuensi terhadap ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Ekstrim		Laksanakan penerapan reward dan konsekuensi secara transparan	SPU
16. Kecepatan respon terhadap komplain	Tidak dipahaminya mekanisme dan sistem penanganan komplain.	Ekstrim		Sosialisasi mekanisme Komplain	SPU
	Lambatnya sistem penanganan komplain dan tindak lanjut yang dilakukan	Ekstrim		Perbaiki sistem pelaksanaan RTL	SPU
17. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Kurangnya sosialisasi sistem rujukan terintegrasi	Ekstrim		Sosialisasi sistem rujukan terintegrasi	PKP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
<b>LEARNING &amp; GROWTH</b>					
18. Indek budaya PEDULI	Belum tersedianya instrumen survey budaya peduli yang konkrit.	Tinggi		Penyusunan instrumen survey budaya peduli	SPU
	kurangnya workshop terkait dengan budaya peduli	Moderat		Optimalkan workshop terkait dengan penerapan budaya peduli	SPU
	Belum adanya analisis dalam pelaksanaan budaya peduli	Tinggi		Laksanakan analisis secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan budaya peduli	SPU
19. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	Belum maksimalnya perencanaan SDM	Ekstrim		Optimalkan penyusunan rencana SDM	SPU
	Kurang baiknya pola rekrutmen SDM	Tinggi		Perbaiki pola rekrutmen SDM	SPU
20. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	Kurang baiknya program peningkatan kompetensi	Ekstrim		Perbaiki program peningkatan kompetensi sesuai kebutuhan	SPU
21. Persentase jumlah modul Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi	Kurangnya program informasi terintegrasi berbasis IT	Ekstrim		Penuhi program informasi terintegrasi berbasis IT sesuai kebutuhan	PKB
22. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	Kurang lengkapnya pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	Moderat		Optimalkan pendokumentasian dan inventarisasi sarfas	PKP
	Pengembangan sarfas tidak berbasis data kebutuhan layanan	Tinggi		Penyusunan rencana pengembangan sarfas sesuai kebutuhan layanan	PKP
23. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	Belum sempurnanya sistem maintenance dan kalibrasi sarfas	Ekstrim		Optimalkan sistem maintenance dan kalibrasi sarfas	PKP
	Belum adanya sistem monitoring OEE	Ekstrim		Penyusunan sistem monitoring OEE	PKP

SASARAN STRATEGIS	RESIKO	Tingkat Resiko	Warna	RENCANA MITIGASI RESIKO	PIC
	Tidak validnya pelaksanaan hasil audit sarfas yang ditindaklanjuti	Ekstrim		Validasi setiap hasil audit sesuai kondisi dan penggunaan sarfas	PKP



## **BAB III**

### **ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS**

## BAB III

### ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

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

##### a) Visi

**“Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”**

##### b) Misi

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional
- b. Menyelenggarakan pendidikan yang professional
- c. Melaksanakan penelitian yang inovatif, berbasis bukti dan terpublikasi internasional
- d. Mewujudkan SDM yang profesional, mandiri dan bermartabat.
- e. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
- f. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan menyenangkan

##### c) Tujuan

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

### 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 RSMD**

Nilai **PEDULI RSMD** merupakan akronim dari kata-kata; **P**rofesional, **E**mpaty, **D**aya saing, **U**tama, **L**oyal, **I**khlas, **R**amah, **S**ahabat, **M**artabat, dan **D**edikasi.

#### **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.

#### **R = Ramah**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan ramah dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**S = Sahabat**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan bersahabat dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**M = Martabat**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan bermartabat dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**D = Dedikasi**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan penuh dedikasi dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**d) Motto**

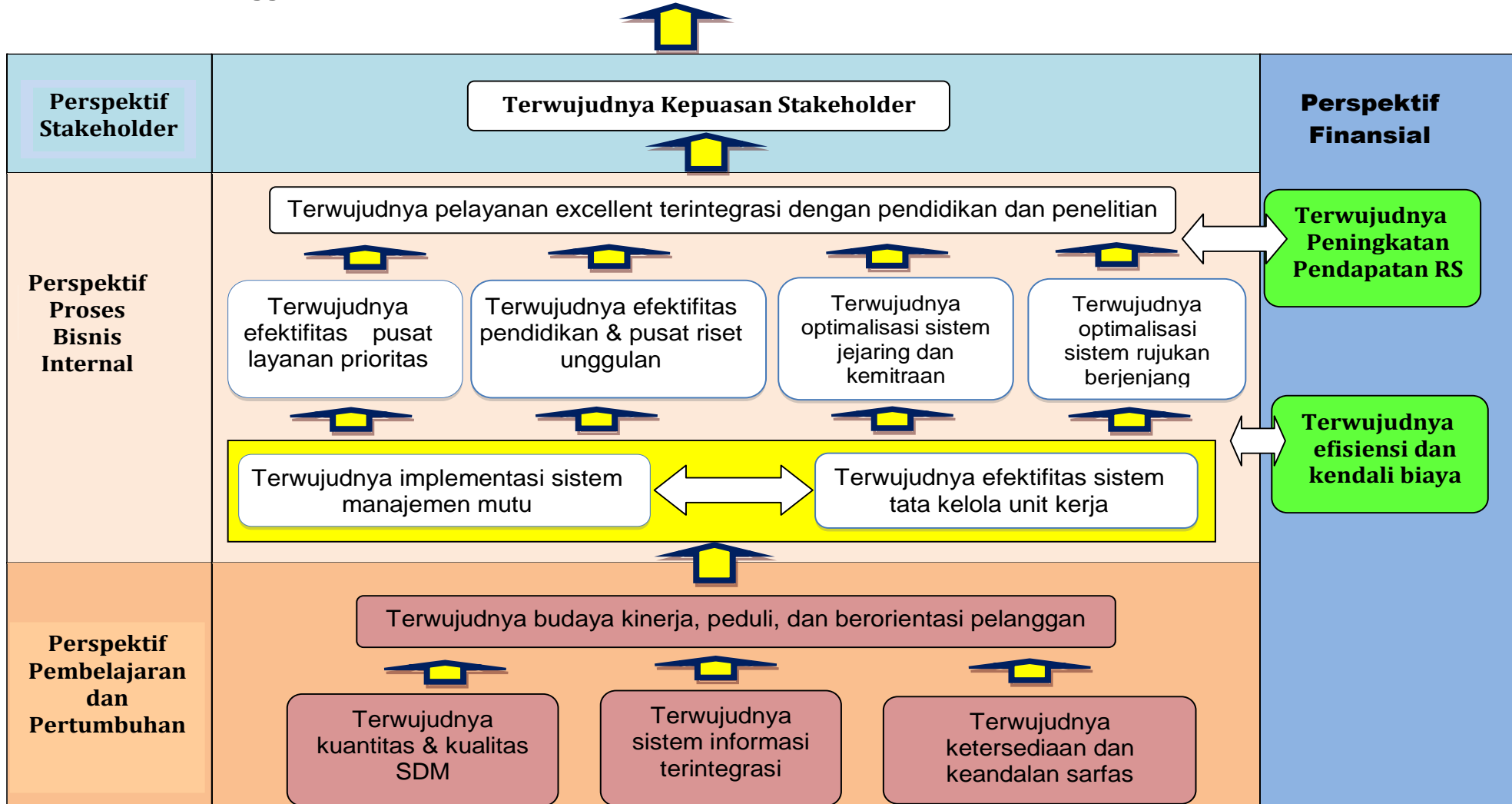
**“Kepuasan Anda adalah Kepedulian Kami”**

**3.2. Arah dan Kebijakan Stakeholders Inti**

No.	Komponen Stakeholders Inti	Harapan	Kekhawatiran
1.	Dewan Pengawas	RS Rujukan Nasional untuk kasus-kasus sulit dan bertaraf Internasional	Tidak optimalnya pelayanan kasus-kasus sulit dan tidak tercapainya bertaraf internasional.
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. Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)

VISI : “Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”



### 3.4. Indikator Kinerja Utama (IKU)

#### a) Matriks IKU

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
<b>PERSPEKTIF FINANSIAL</b>	1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	4	%	PKB	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	4	%	PKB	65%	67%	69%	70%	71%	72%
<b>PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>	3. Terwujudnya kepuasan stakeholder	4	%	SPU	80.62%	81%	82%	83%	84%	85%
	4. Tingkat kepuasan pasien	4	%	SPU	79.54%	80%	81%	82%	83%	85%
	5. Tingkat kepuasan staf	4	%	SPU	67.7%	70%	72,5%	75%	77.5%	80%
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>	6. Persentase kelulusan peserta didik	3	%	SPU	70%	74%	78%	82%	86%	90%
	4. Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	4	%	PKP	80%	82%	84%	86%	90%	95%
	7. Indeks budaya keselamatan	4	%	PKP	80%	82%	84%	86%	90%	95%
	8. Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	PKP	KARS Internasional	KARS Internasional	-	-	KARS Internasional	-

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
5. Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas	9. Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	4	Satuan	PKP	Pelayanan Defisiensi imun)	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu	Pelayanan Spine dan Sendi	Pelayanan Terpadu Rehab Medik	Pelayanan kosmetik dan plastik
	10. Persentase capaian penanganan pelayanan prioritas	4	%	PKP	50%	80%	80%	80%	80%	80%
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	11. Jumlah program studi spesialis (Sp1 /Sp2)	3	Satuan	SPU	1/0	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
	12. Jumlah riset translasional	4	Satuan	SPU	1	1	1	2	2	3
7. Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	13. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	3	Satuan	SPU	7	7	7	8	8	9
	14. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	SPU	1	1	1	1	1	1
8. Terwujudnya implementasi sistem manajemen mutu	15. Ketepatan jam visite dokter spesialis	4	%	PKP	80 %	85	85	90	90	95

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
9. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	16. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	4	%	SPU	95%	96%	97%	98%	99%	100%
10. Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	17. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	4	%	PKP		-	60%	70%	85%	100%
<b>PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>										
11. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	18. Indek budaya PEDULI	4	%	SPU	66.1%	67.5%	70%	72.5%	75%	77.5%
12. Terwujudnya kuantitas & kualitas SDM	19. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	4	%	SPU	65.43%	67.5%	70%	72.5%	75%	77.5%
	20. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	%	SPU	72,7%	75%	77.5%	80%	82.5%	85%
13. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	21. Persentase jumlah modul Sistem	4	%	PKB	70%	75%	80%	85%	90%	100%

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
	Informasi Manajemen RS Terintegrasi									
14. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	22. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	4	%	PKP	90%	90	92	94	96	98
	23. Tingkat OEE ( <i>overall equipment effectiveness</i> )	4	%	PKP	90%	90	92	94	96	98



Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020: 10% 2021: 10% 2022: 10% 2023: 10% 2024: 10%
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	

<b>IKU – 2 : Cost Recovery Rate</b>	
Nama Indikator	Cost Recovery Rate
Kode Indikator	Renstra- IKU 2
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 efisiensi dan kendali biaya
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	1. Indikator Kinerja Terpilih Direktur Utama Tahun 2019 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Laporan harian kasir, Rekening koran bendahara penerima, Buku besar bendahara pengeluaran BLU dan Buku besar bendahara pengeluaran RM (Bagian PEA),
Definisi Operasional	Cost recovery rate adalah tingkat kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan guna menutupi seluruh biaya operasionalnya selama setahun yang diukur dalam bentuk persentase
Numerator	total pendapatan PNBPN BLU dalam setahun
Denominator	total biaya operasional baik sumber dana RM maupun BLU selain biaya penyusutan dalam setahun
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas

	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan	<input checked="" 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	Pengumpul data di Bagian Akuntansi dan BMN	
Validator		
PIC	Kepala Bagian Akuntansi dan BMN	
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	2020 : 67% 2021 : 69% 2022 : 70% 2023 : 71% 2024 : 72%	
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		

<b>IKU – 3 : Tingkat Kepuasan Pasien</b>	
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

	<p>jasamerupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa, fokus pasien dan keluarga.</p>
Tujuan	<p>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</p>
Kepustakaan/Panduan/Referensi Indikator	<p>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 Padang 2020-2024</p>
Sumber Data	<p><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</p>
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. Parameter ukuran kepuasan ditetapkan dengan tingkat kepuasan yang diharapkan, yaitu jumlah Kumulatif Nilai Sangat Baik + Baik / sesuai dengan IKM 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><math display="block">\text{Bobot nilai rata-rata tertimbang} = (\text{jumlah bobot}) / (\text{jumlah unsur}) = 1/14 = 0,071</math></p> <p>Untuk memperoleh nilai IKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:</p> $\text{IKM} = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$ <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> $\text{IKM Unit Pelayanan} \times 25$ <p>Mengingat unit pelayanan mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, maka setiap unit pelayanan dimungkinkan untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menambah unsur yang dianggap relevan.</li> <li>Memberikan bobot yang berbeda terhadap 14 (empat belas) unsur yang dominan dalam unit pelayanan, dengan catatan jumlah bobot seluruh unsur tetap 1.</li> </ol> <p>Tabel: Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi IKM, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan</p>

	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"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Keselamatan		<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat <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 Padang yang telah dirawat lebih dari 2 x 24 jam Semua pasien rawat jalan dan IGD yang telah berkunjung lebih dari 1 kali				
Sampel	Besar 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	2020 : 81% 2021 : 82% 2022 : 83% 2023 : 84% 2024 : 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	- 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				



Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian Diklit
Validator	
PIC	Kepala Bagian Diklit
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : 80% 2021 : 81% 2022 : 82% 2023 : 83% 2024 : 85%
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	

<b>IKU – 5 : Tingkat Kepuasan Staf</b>	
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	1. Pedoman Pelayanan SDM, 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Hasil survey 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

	<p>Tingkat kepuasan staf dinilai dari aspek:kenyamanan tempat kerja, ketegasan pelaksanaan reward and punishment, hubungan harmonis dengan lingkungan kerja .</p> <p>Skala penilaian instrumen menggunakan angka:</p> <p>1 = Tidak puas 2 = Kurang puas 3 = Puas 4 = Sangat puas</p> <p>Tingkat kepuasan staf adalah rerata penilaian dari staf berdasarkan survey</p>
Numerator	Jumlah staf yang mempersepsikan puas
Denominator	Jumlah staf yang disurvey
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Semua staf RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan masa kerja minimal 2 tahun
Kriteria Ekslusi	Staf Kemendiknas (FK UNAND)
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 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 checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : 70% 2021 : 72,5% 2022 : 75% 2023 : 77,5% 2024 : 80%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input checked="" type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan pie chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	Kuesioner Kepuasan Staf (dilampirkan) dan form rekapan data

## IKU – 6 :Tingkat Kelulusan Peserta Didik



	<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	

<b>IKU – 7 : Indeks Budaya Keselamatan</b>		
Nama Indikator	<b>Indeks Budaya keselamatan</b>	
Kode Indikator	Renstra - IKU 7	
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra	
Alasan Pemilihan Indikator	Diterapkannya budaya keselamatan mencerminkan terselenggaranya pelayanan pasien, yang aman dan efektif dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga, mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama tim	
Tujuan	Terwujudnya Budaya Keselamatan	
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024	
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	
Definisi Operasional	Budaya keselamatan adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga, pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien	
Numerator	Jumlah nilai respon positif pada item dimensi yang diukur	
Denominator	jumlah total nilai item (positif, netral, negatif) pada seluruh aspek	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan	<input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Manfaat

	<input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan	<input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, mutu pelayanan
Kriteria Inklusi	Seluruh staf pelayanan yang memberikan asuhan kepada pasien	
Kriteria Eksklusi		
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/> Concurrent
Populasi		
Sampel	Sampel ditentukan dengan tabel besar sampel Isaac dan Michael	
Pengumpul Data	KMMR	
Validator		
PIC	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan	
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	2020: 80% 2021 : 80% 2022 : 80% 2023 : 80% 2024 : 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		

### IKU – 8 : Capaian Akreditasi Rumah Sakit

Nama Indikator	Capaian Akreditasi Rumah Sakit
Kode Indikator	Renstra - IKU 8
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya Akreditasi Rumah Sakit

Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 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>Capaian akreditasi RS adalah pengakuan yang diberikan oleh KARS atau JCI pada manajemen RS karena telah memenuhi standar yang ditetapkan.</p> <p>Tingkatan akreditasi KARS meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratama</li> <li>• Madya</li> <li>• Utama</li> <li>• Paripurna</li> <li>• KARS Internasional</li> </ul>	
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	KMMR	
Validator		
PIC	PKP	
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	2020 : KARS Internasional 2021 : - 2022 : - 2023 : KARS Internasional 2024 : -	
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		



	2021 : Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu 2022 : Pelayanan Spine dan Sendi 2023 : Pelayanan Terpadu Rehab Medik 2024 : Pelayanan kosmetik dan plastik
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	

<b>IKU –10 : Persentase Capaian Penanganan Pelayanan Prioritas</b>	
Nama Indikator	<b>Persentase Capaian Penanganan Pelayanan Prioritas</b>
Kode Indikator	Renstra - IKU 10
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya efektifitas pusat layanan prioritas
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), Laporan Unit Layanan Prioritas <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Capaian penanganan pelayanan prioritas adalah tingkat keberhasilan RS dalam penanganan layanan prioritas yang 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.
Numerator	Jumlah keberhasilan penanganan layanan prioritas yang tercapai pada tahun berjalan dari aspek kompetensi SDM, sarana dan prasarana, dan kebutuhan
Denominator	Jumlah seluruh penanganan layanan prioritas pada tahun berjalan
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kestinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi

	<input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Seluruh penanganan layanan prioritas
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	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
Validator	
PIC	PKP
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	2020 : 80% 2021 : 80% 2022 : 80% 2023 : 80% 2024 : 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	- 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	

<b>IKU – 11 : Jumlah Program Studi Spesialis Baru (Sp1 dan Sp2)</b>	
Nama Indikator	Jumlah Program Studi Spesialis Baru (Sp1 dan Sp2)
Kode Indikator	Renstra - IKU 11
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 Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik

	<input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Jumlah program studi spesialis (Sp1 dan Sp2) yang dikembangkan bekerja sama dengan FK-UA
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	Pengumpul data di Bagian Diklit
Validator	
PIC	Kepala Bagian Diklit
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	2020 : 1/1 2021 : 1/1 2022 : 1/1 2023 : 1/1 2024 : 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 – 12 : Jumlah Riset Translasional

Nama Indikator	Jumlah Riset Translasional
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





Validator	
PIC	SPU
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Semester</span> <input type="checkbox"/> Triwulan <span style="margin-left: 180px;"><input checked="" type="checkbox"/> Tahunan</span>
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : 8 2021 : 9 2022 : 10 2023 : 11 2024 : 12
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Semester</span> <input type="checkbox"/> Triwulan <span style="margin-left: 180px;"><input type="checkbox"/> Tahunan</span>
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Bar Diagram</span> <input type="checkbox"/> Pie Diagram <span style="margin-left: 180px;"><input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan</span>
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	

<b>IKU – 14 : Jumlah Kegiatan Kemitraan dengan Sister Hospital</b>	
Nama Indikator	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital
Kode Indikator	Renstra - IKU 14
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	Sister hospital adalah RS nasional atau internasional yang menjalin kemitraan dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam rangka sharing baik dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.



	<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	Terwujudnya implementasi sistem manajemen mutu pada unit kerja Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	1. Indikator Kinerja Terpilih Direktur Utama Tahun 2019 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Laporan 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 10.00
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	PKP
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	2020 : 85% 2021 : 85% 2022 : 90% 2023 : 90% 2024 : 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"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempatkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>																																																																																																																				
Formulir Pengumpulan Data	<p><b>CEK LIST DATA HARIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT</b></p> <p><b>TEPAPAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS</b></p> <p>Ruangan : _____</p> <p>Bulan : _____</p> <table border="1" data-bbox="542 571 1337 862"> <thead> <tr> <th rowspan="3">NO</th> <th rowspan="3">TANGGAL</th> <th rowspan="3">NAMA DOKTER</th> <th rowspan="3">NO MR</th> <th rowspan="3">JAM VISITE</th> <th colspan="3">VISITE</th> <th rowspan="3">TIDAK</th> <th rowspan="3">KET</th> </tr> <tr> <th colspan="3">YA</th> </tr> <tr> <th>≤ JAM 12.00</th> <th>12.00-14.00</th> <th>≥ JAM 14.00</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>TOTAL</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>     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)   </p> <p>     tetepatan Jam visite dokter spesialis = <math>\frac{[(a \times 100) + (b \times 50) + (c \times 0) + (d \times 0)]}{(a + b + c + d)}</math> </p>	NO	TANGGAL	NAMA DOKTER	NO MR	JAM VISITE	VISITE			TIDAK	KET	YA			≤ JAM 12.00	12.00-14.00	≥ JAM 14.00	1									2									3									4									5									6									7									8									9									10									<b>TOTAL</b>									
NO	TANGGAL						NAMA DOKTER	NO MR	JAM VISITE			VISITE			TIDAK	KET																																																																																																					
												YA																																																																																																									
		≤ JAM 12.00	12.00-14.00	≥ JAM 14.00																																																																																																																	
1																																																																																																																					
2																																																																																																																					
3																																																																																																																					
4																																																																																																																					
5																																																																																																																					
6																																																																																																																					
7																																																																																																																					
8																																																																																																																					
9																																																																																																																					
10																																																																																																																					
<b>TOTAL</b>																																																																																																																					

<b>IKU - 16 : Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK)</b>	
Nama Indikator	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)
Kode Indikator	IKI 11, Per Dirjen 19, 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 checked="" 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	
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terwujudnya pelayanan ekselen terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian</li> <li>- Terwujudnya Kepuasan Pelanggan</li> </ul>
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IKI Direktur Utama Tahun 2016</li> <li>2. Indikator Per Dirjen 34</li> <li>3. Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024</li> </ol>
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik

	<input checked="" type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Laporan Komplain Pasien
Definisi Operasional	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui massmedia yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risikodengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengankategorisasi/grading/dampak risiko.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna Merah (KKM) :cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll.</li> <li>2. Warna Kuning (KKK) :cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian material, dll.</li> <li>3. Warna Hijau (KKH) :tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</li> </ol>
Numerator	Jumlah komplain yang ditindaklanjuti (KKM(%)+KKK(%)+KKH(%))
Denominator	3
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Kesiambungan <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 checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, Mutu Pelayanan
Kriteria Inklusi	Komplain baik tertulis, via sms / telepon
Kriteria Eksklusi	Komplain lisan dan media massa
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Outcome <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	Instalasi Humas & Pengaduan Masyarakat
Validator	
PIC	SPU
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	2020 : 96% 2021 : 97% 2022 : 98% 2023 : 99% 2024 : 100%
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"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>



	2024 : 100%
Periode Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Analisis Data	<input checked="" type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	Laporan dari Instalasi Gawat Darurat

<b>IKU – 18 : Indeks Budaya PEDULI</b>	
Nama Indikator	Indeks budaya PEDULI
Kode Indikator	Renstra - IKU 18
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator per Dirjen 34 <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	<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</p>

	untuk mendapat persentase pencapaian. Pencapaian dikatakan baik jika skala nilai menyatakan 3 & 4
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Kehormatan dan Harga Diri</span> <input type="checkbox"/> Ketersediaan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Manfaat</span> <input type="checkbox"/> Kesinambungan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Efektifitas</span> <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Efisiensi</span> <input type="checkbox"/> Keselamatan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Lainnya,</span>
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Outcome</span> <input type="checkbox"/> Proses <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Proses dan Outcome</span>
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Concurrent</span>
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian SDM
Validator	
PIC	Kepala Bagian SDM
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Semester</span> <input type="checkbox"/> Triwulan <span style="float:right"><input checked="" type="checkbox"/>Tahunan</span>
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : 67.5% 2021 : 70% 2022 : 72.5% 2023 : 75% 2024 : 77.5%
Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Bulanan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Semester</span> <input type="checkbox"/> Triwulan <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Tahunan</span>
Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Bar Diagram</span> <input type="checkbox"/> Pie Diagram <span style="float:right"><input type="checkbox"/>Lainnya, sebutkan</span>
Diseminasi Data ke Staf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	

<b>IKU – 19: Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM</b>	
Nama Indikator	Persentase Pemenuhan Kebutuhan SDM
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"/> 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 – 20 :Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi sesuai dengan Kebutuhan Jabatan**

Nama Indikator	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan
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"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Unit <input checked="" type="checkbox"/> Indikator Kinerja Utama-Renstra
Alasan Pemilihan Indikator	
Tujuan	Terwujudnya kuantitas dan kualitas SDM
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Definisi Operasional	SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan adalah SDM yang sesuai dengan persyaratan jabatan. SDM yang dimaksud adalah SDM Medik dan non medik
Numerator	Jumlah SDM yang memiliki sertifikasi profesi atau kualifikasi
Denominator	total jumlah SDM pada suatu unit kerja
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Pengumpul data di Bagian SDM
Validator	

PIC	Kepala Bagian SDM
Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Tahunan
Tempat Pengumpulan Data	KMMR
Target	2020 : 75% 2021 : 77.5% 2022 : 80% 2023 : 82.5% 2024 : 85%
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	

<b>IKU – 21 : Persentase Jumlah Modul Sistem Informasi Manajemen RSTerintegrasi</b>	
Nama Indikator	Persentase Jumlah Modul Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi
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 Sistem Informasi Manajemen RS Terintegrasi
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan Perangkat software, Hardware & Jaringan
Definisi Operasional	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. Jumlah modul aplikasi yang telah diimplementasikan didalam sistem informasi terintegrasi dalam periode waktu tertentu yang dihitung dalam persentase
Numerator	
Denominator	
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	
Kriteria Eksklusi	
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	
Sampel	
Pengumpul Data	Pengumpul Data di SIM-RS
Validator	
PIC	Kepala Instalasi SIM-RS
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	2020 : 75% 2021 : 80% 2022 : 85% 2023 : 90% 2024 : 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"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	

### **IKU – 22 : Persentase Ketersediaan Peralatan sesuai Standar**

Nama Indikator	Persentase Ketersediaan Peralatan sesuai Standar
Kode Indikator	Renstra - IKU 22
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit



	<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	

<b>IKU – 23 : Tingkat OEE (Overall Equipment Effectiveness)</b>	
Nama Indikator	Tingkat Keandalan Sarpras (OEE)
Kode Indikator	Renstra - IKU 23
Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator Mutu Rumah Sakit <input type="checkbox"/> IAK <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ISKP <input type="checkbox"/> ILM <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Individu (IKI) Dirut <input type="checkbox"/> Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Dirut <input checked="" 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	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai best practice dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif. Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik.
Tujuan	Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarpras
Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	1. Indikator per Dirjen 34 2. Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024
Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan (a) Data alat yang akan dinilai keandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb
Definisi Operasional	Tingkat keandalan sarana dan prasarana atau Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah hasil pengukuran keandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas. A. Ketersediaan (availability) : Ke, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi B. Kinerja (performance) : Ki, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat C. Kualitas (quality) : Ku, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian keandalannya
Numerator	-
Denominator	-
Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas

	<input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
Kriteria Inklusi	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta
Kriteria Ekslusi	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta
Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
Populasi	-
Sampel	-
Pengumpul Data	Pengumpul Data di Instalasi Kesling, CSSD, Binatu, IPS Medik, IPS Non Medik
Validator	
PIC	Ka Instalasi IPS Medik, Ka Instalasi Non Medik, ka.Kesling, ka.Binatu, 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	2020 : 90% 2021 : 92% 2022 : 94% 2023 : 96% 2024 : 98%
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"> <li>- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempatkan di papan informasi.</li> <li>- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .</li> </ul>
Formulir Pengumpulan Data	

### 3.5. Roadmap 5 Tahun Kedepan

Tabel 3.1 Matriks Roadmap Pengembangan Layanan

Nama Satker	:	RSUP Dr. M. Djamil Padang				
Visi	:	Menjadi Rumah Sakit Bertaraf Internasional dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024				
Misi	:	a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional b. Menyelenggarakan pendidikan yang professional c. Melaksanakan penelitian yang inovatif, berbasis bukti dan terpublikasi internasional d. Mewujudkan SDM yang profesional, mandiri dan bermartabat. e. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional f. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan menyenangkan a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional b. Menyelenggarakan pendidikan yang professional				
Layanan Unggulan	:	1. Pelayanan Jantung 2. Perinatologi 3. Layanan Tissue Bank 4. Pelayanan Geriatri				
NO	URAIAN	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Prioritas layanan yang akan tingkatkan/dikembangkan	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu	Pelayanan Spine dan Sendi	Pelayanan Terpadu Rehab Medik	Pelayanan kosmetik dan plastik
2	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	A. Sarana	Pengembangan Gedung PONEK	Pembangunan Gedung Kanker Terpadu	Pengembangan Gedung Spine dan Sendi	Pengembangan Gedung Terpadu Rehab Medik	Pengembangan Gedung Kosmetik dan Plastik
	B. Prasarana	Melengkapi Prasarana untuk Pelayanan PONEK	Melengkapi Prasarana untuk Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu	Melengkapi Prasarana untuk Pelayanan Spine dan Sendi	Melengkapi Prasarana untuk Pelayanan Terpadu Rehab Medik	Melengkapi Prasarana untuk Pelayanan kosmetik dan plastik
	C. Alat Kesehatan	Pengadaan Alat Kesehatan Untuk Pelayanan Kanker Terpadu	Pengadaan Alat Kesehatan Untuk Pelayanan Diabetik Terpadu	Pengadaan Alat Kesehatan Untuk Pelayanan Spine dan Sendi	Pengadaan Alat Kesehatan Untuk Pelayanan Anak dan Remaja Terpadu	Pengadaan Alat Kesehatan Untuk Pelayanan Kosmetik dan Plastik
3	Kebutuhan anggaran	250 M	475 M	250 M	250 M	250 M
4	Proyeksi Pendapatan	550 M	605 M	665,5 M	732,05 M	805,255 M
5	Kebutuhan SDM(PNS,.....,BLU,.....)	PNS : 63 PPPK : 1173 BLU : 200	PNS : 62 PPPK : 1236 BLU : 160	PNS : 60 PPPK : 1298 BLU : 160	PNS : 62 PPPK : 1358 BLU : 180	PNS : 69 PPPK : 1420 BLU : 150

### 3.6. Program Kerja Strategis

IKU	Program Kerja				
	2020	2021	2022	2023	2024
<b>FINANSIAL</b>					
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
<b>STAKEHOLDER</b>					
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
<b>PROSES BISNIS INTERNAL</b>					
6. Persentase kelulusan Peserta Didik	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. Indeks budaya keselamatan	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi	workshop patient safety, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi
8. Capaian akreditasi rumah sakit	akreditasi KARS	bimtek dan akreditasi KARS Internasional		akreditasi KARS Internasional	bimtek dan akreditasi KARS Internasional

IKU	Program Kerja				
	2020	2021	2022	2023	2024
9. Jumlah pelayanan prioritas yang dikembangkan	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu	Pelayanan Spine dan Sendi	Pelayanan Terpadu Rehab Medik	Pelayanan kosmetik dan plastik
10. Persentase capaian penanganan Pelayanan prioritas	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
11. 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
12. Jumlah riset translasional	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi	perancangan pohon penelitian, pelaksanaan riset dan implementasi
13. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring	Pembinaan RS Jejaring
14. 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
15. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	Pembangunan mekanisme dan sistem DPJP ekselen, implementasi dan monitoring	implementasi dan monitoring DPJP, implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP, implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP, implementasi reward dan konsekuensi	implementasi dan monitoring DPJP, implementasi reward dan konsekuensi

IKU	Program Kerja				
	2020	2021	2022	2023	2024
	DPJP,implementasi reward dan konsekuensi				
16. Kecepatan respon terhadap komplain	pembangunan mekanisme dan sistem penanganan komplain. Implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL	Implementasi dan monitoring implementasi RTL
17. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	implementasi dan monitoringpelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoringpelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoringpelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoringpelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	implementasi dan monitoringpelaksanaan sistem rujukan terintegrasi
<b>LEARNING &amp; GROWTH</b>					
18. 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.
19. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen	man power planning, rekrutmen
20. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi	program peningkatan kompetensi
21. Persentase jumlah modul	program integrasi IT (5 modul)	program integrasi IT (2 modul)	program integrasi IT (2 modul)	program integrasi IT (1 modul)	program integrasi IT (1 modul)

IKU	Program Kerja				
	2020	2021	2022	2023	2024
SIMRS terintegrasi					
22. 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
23. 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 IV**

## **PROYEKSI KEUANGAN**

## BAB IV PROYEKSI KEUANGAN

### 4.1. Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan yang disusun selama 5 (lima) tahun periode Rencana Strategi Bisnis tahun 2020-2024 berdasarkan sumber-sumber pendapatan serta estimasi besarnya pertahun selama 5 (lima) tahun

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

#### 4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

##### a) Anggaran Kelangsungan Operasional

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

**b) Anggaran Pengembangan**  
**b.1) Program Strategis Tahunan untuk Pencapaian Target IKU**

No.	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)					PIC
			2020	2021	2022	2023	2024	
Rencana Pengembangan berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko								
1	Penyusunan & Penggunaan Anggaran sesuai Kebutuhan	5.745.805.000	6.320.385.500	6.952.424.050	7.647.666.455	8.412.433.101	9.253.676.411	DK
2	Advokasi Penyediaan Anggaran ke Tingkat Kementerian	427.332.000	470.065.200	517.071.720	568.778.892	625.656.781	688.222.459	Dirut
3	Penyempurnaan & Evaluasi Kebijakan	3.253.290.000	3.578.619.000	3.936.480.900	4.330.128.990	4.763.141.889	5.239.456.078	Dirut
4	Promosi dan Pemasaran	3.747.976.000	4.122.773.600	4.535.050.960	4.988.556.056	5.487.411.662	6.036.152.828	USP
5	Pengadaan Fasilitas sesuai Kebutuhan	16.885.564.000	18.574.120.400	20.431.532.440	22.474.685.684	24.722.154.252	27.194.369.678	DMK
6	Pengelolaan Sistem Maintenance Fasilitas dan Sistem Monitoring OEE	17.479.312.000	19.227.243.200	21.149.967.520	23.264.964.272	25.591.460.699	28.150.606.769	DMK
7	Perbaikan Mutu Layanan	15.856.565.000	17.442.221.500	19.186.443.650	21.105.088.015	23.215.596.817	25.537.156.498	DMK
8	Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Mutu	8.052.441.000	8.857.685.100	9.743.453.610	10.717.798.971	11.789.578.868	12.968.536.755	DMK
9	Pengelolaan Mekanisme Pelaksanaan RTL & Komplain secara Komprehensif	2.909.099.000	3.200.008.900	3.520.009.790	3.872.010.769	4.259.211.846	4.685.133.030	DMK
10	Pengembangan Layanan Unggulan Kasus-kasus Sulit	17.768.846.000	19.545.730.600	21.500.303.660	23.650.334.026	26.015.367.429	28.616.904.171	DMK
11	Perbaikan Mutu Pendidikan	130.357.000	143.392.700	157.731.970	173.505.167	190.855.684	209.941.252	USP
12	Pembekalan, Pelaksanaan & Evaluasi Uji Kompetensi	10.143.626.000	11.157.988.600	12.273.787.460	13.501.166.206	14.851.282.827	16.336.411.109	USP
13	Pengembangan Program Studi	1.621.568.000	1.783.724.800	1.962.097.280	2.158.307.008	2.374.137.709	2.611.551.480	USP
14	Pelaksanaan Riset yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan	7.709.146.000	8.480.060.600	9.328.066.660	10.260.873.326	11.286.960.659	12.415.656.724	USP
15	Workshop & Evaluasi Pelaksanaan Patient	14.247.280.000	15.672.008.000	17.239.208.800	18.963.129.680	20.859.442.648	22.945.386.913	DMK
16	Pelaksanaan Model Kerja Terpadu antar Profesi & Unit Kerja	1.708.406.000	1.879.246.600	2.067.171.260	2.273.888.386	2.501.277.225	2.751.404.947	DMK
17	Penyempurnaan & Evaluasi SOP yang mudah diaplikasikan berbasis IT	9.504.910.000	10.455.401.000	11.500.941.100	12.651.035.210	13.916.138.731	15.307.752.604	DMK
18	Pelaksanaan dan Monitoring Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	15.155.723.000	16.671.295.300	18.338.424.830	20.172.267.313	22.189.494.044	24.408.443.449	DMK
19	Workshop, Analisis & Evaluasi Pelaksanaan Budaya Peduli	11.424.675.000	12.567.142.500	13.823.856.750	15.206.242.425	16.726.866.668	18.399.553.334	USP
20	Persiapan & Monitoring Akreditasi							DMK
21	Pengembangan Program Informasi Terintegrasi Berbasis IT sesuai Kebutuhan	12.394.600.000	13.634.060.000	14.997.466.000	16.497.212.600	18.146.933.860	19.961.627.246	DK
22	Perbaikan Pola Retrutmén SDM	1.648.262.000	1.813.088.200	1.994.397.020	2.193.836.722	2.413.220.394	2.654.542.434	USP
23	Perbaikan Pola Penempatan SDM sesuai kompetensi	13.169.897.000	14.486.886.700	15.935.575.370	17.529.132.907	19.282.046.198	21.210.250.817	USP
24	Pembinaan Sistem Rujukan ke PPK II	231.165.000	254.281.500	279.709.650	307.680.615	338.448.677	372.293.544	DMK
25	Pelaksanaan Program Pembinaan RS Jejaring & Kemitraan secara Berkelanjutan	263.398.000	289.737.800	318.711.580	350.582.738	385.641.012	424.205.112,98	USP
TOTAL		191.479.243.000	210.627.167.300	231.689.884.030	254.858.872.433	280.344.759.676	308.379.235.644	

**b.2) Program Strategis untuk Pelaksanaan Mitigasi Risiko**

No.	Nama Program Strategis	Base Line Thn 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)					PIC
			2020	2021	2022	2023	2024	
Rencana Pengembangan berdasarkan Analisis Mitigasi Risiko								
1	Penyusunan & Penggunaan Anggaran sesuai Kebutuhan	5.745.805.000	6.320.385.500	6.952.424.050	7.647.666.450	8.412.433.100	9.253.676.410	PKB
2	Advokasi Penyediaan Anggaran ke Tingkat Kementerian	427.332.000	470.065.200	517.071.720	568.778.892	625.656.780	688.222.450	Dirut
3	Penyempurnaan & Evaluasi Kebijakan	3.253.290.000	3.578.619.000	3.936.480.900	4.330.128.990	4.763.141.880	5.239.456.070	Dirut
4	Promosi dan Pemasaran	3.747.976.000	4.122.773.600	4.535.050.960	4.988.556.050	5.487.411.660	6.036.152.820	SPU
5	Pengadaan Fasilitas sesuai Kebutuhan	16.885.564.000	18.574.120.400	20.431.532.440	22.474.685.680	24.722.154.250	27.194.369.670	PKP
6	Pengelolaan Sistem Maintenance Fasilitas dan Sistem Monitoring OFF	17.479.312.000	19.227.243.200	21.149.967.520	23.264.964.270	25.591.460.690	28.150.606.760	PKP
7	Perbaikan Mutu Layanan	15.856.565.000	17.442.221.500	19.186.443.650	21.105.088.010	23.215.596.810	25.537.156.490	PKP
8	Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Mutu	8.052.441.000	8.857.685.100	9.743.453.610	10.717.798.970	11.789.578.860	12.968.536.750	PKP
9	Pengelolaan Mekanisme Pelaksanaan RTL & Komplain secara Komprehensif	2.909.099.000	3.200.008.900	3.520.009.790	3.872.010.760	4.259.211.840	4.685.133.030	PKP
10	Pengembangan Layanan Prioritas	17.768.846.000	19.545.730.600	21.500.303.660	23.650.334.020	26.015.367.420	28.616.904.170	PKP
11	Perbaikan Mutu Pendidikan	130.357.000	143.392.700	157.731.970	173.505.167	190.855.684	209.941.252	SPU
12	Pembekalan, Pelaksanaan & Evaluasi Uji Kompetensi	10.143.626.000	11.157.988.600	12.273.787.460	13.501.166.200	14.851.282.820	16.336.411.100	SPU
13	Pengembangan Program Studi	1.621.568.000	1.783.724.800	1.962.097.280	2.158.307.000	2.374.137.700	2.611.551.480	SPU
14	Pelaksanaan Riset yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan	7.709.146.000	8.480.060.600	9.328.066.660	10.260.873.320	11.286.960.650	12.415.656.720	SPU
15	Workshop & Evaluasi Pelaksanaan Budaya keselamatan	14.247.280.000	15.672.008.000	17.239.208.800	18.963.129.680	20.859.442.640	22.945.386.910	PKP
16	Pelaksanaan dan Monitoring Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	15.155.723.000	16.671.295.300	18.338.424.830	20.172.267.310	22.189.494.040	24.408.443.440	PKP
17	Implementasi dan monitoring pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi			346.980.000	431.678.000	574.846.520	692.331.170	PKP
18	Workshop, Analisis & Evaluasi Pelaksanaan Budaya Peduli	11.424.675.000	12.567.142.500	13.823.856.750	15.206.242.420	16.726.866.660	18.399.553.330	SPU
19	Persiapan & Monitoring Akreditasi							PKP
20	Pengembangan Program Informasi Terintegrasi Berbasis IT sesuai Kebutuhan	12.394.600.000	13.634.060.000	14.997.466.000	16.497.212.600	18.146.933.860	19.961.627.240	PKB
21	Perbaikan Pola Retrutmén SDM	1.648.262.000	1.813.088.200	1.994.397.020	2.193.836.720	2.413.220.390	2.654.542.430	SPU
22	Perbaikan Pola Penempatan SDM sesuai kompetensi	13.169.897.000	14.486.886.700	15.935.575.370	17.529.132.900	19.282.046.190	21.210.250.810	SPU
23	Pelaksanaan Program Pembinaan RS Jejaring & Kemitraan secara Berkelanjutan	263.398.000	289.737.800	318.711.580	350.582.738	385.641.012	424.205.112,90	SPU
TOTAL		180.034.762.000	198.038.238.200	218.189.042.020	240.057.946.220	264.163.741.570	290.640.115.720	

### 4.3. Rencana Pendanaan

Estimasi Pendapatan tahun 2020 RSUP Dr. M. Djamil Padang, terdiri dari :

Dana Rupiah Murni ( Belanja operasional dan belanja investasi)	=	Rp 96.731.133.000,-
Dana BLU (dana masyarakat, pendapatan operasional, pemasukan lainnya )	=	Rp 550.000.000.000,- +
<b>Total</b>		<b>Rp 646.731.133.000,-</b>

Semua dialokasikan dalam beberapa anggaran program pengembangan sudah termasuk belanja modal sebesar

Rp 646.731.133.000,- dan akan dituangkan dalam bentuk RKA KL tahun 2020



# **BAB V**

## **PENUTUP**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### 5.1. Kesimpulan

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2020 - 2024, merupakan suatu dokumen perencanaan strategis untuk mewujudkan sasaran strategis dalam mencapai visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 5 (lima) tahun kurun waktu tahun 2020 - 2024.

Visi yang ingin dicapai yaitu “Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”

Misi yang dilakukan yaitu:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional
- b. Menyelenggarakan pendidikan yang professional
- c. Melaksanakan penelitian yang inovatif, berbasis bukti dan terpublikasi internasional
- d. Mewujudkan SDM yang profesional, mandiri dan bermartabat.
- e. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
- f. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan menyenangkan

Dalam Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Revisi I tahun 2020 – 2024 terjadi perubahan/revisi pada penambahan tujuan organisasi pada Bab III, penambahan indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal beserta Kamus Indikator Kinerja Unit (IKU) sesuai dengan Surat Edaran HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Yertikal Ditejn Pelayanan Kesehatan tanggal 10 Maret 2021 dan Dewas RSUP Dr. M. Djamil Padang sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/5087/2021 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 Juli 2021 serta SOTK sesuai PMK No. 43 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 23 Oktober 2020.

Revisi I RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020 - 2024 diarahkan sesuai dengan visi, misi dengan mengembangkan pelayanan unggulan dan pelayanan prioritas.

Oleh karena itu, pengembangan pada 5 tahun kedepan diprioritaskan kepada pengembangan Pelayanan Prioritas berupa Pelayanan PONEK, Pelayanan paliatif, kanker dan

nyeri terpadu, pelayanan spine dan sendi, pelayanan terpadu Rehab Medik, dan pelayanan komestik dan plastik.

Strategi yang digunakan adalah memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*), artinya melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya.

Diharapkan pada akhir tahun 2024 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 prioritas
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset prioritas
7. Terwujudnya optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan
8. Terwujudnya implementasi sistem manajemen mutu pada unit kerja
9. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja
10. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan
11. Terwujudnya kuantitas & kualitas SDM
12. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
13. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarpras

Dampaknya, visi RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu : **“Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”**, akan terealisasikan sesuai target waktu yang telah ditetapkan.

## 5.2. Saran

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020 - 2024 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 (perbulan), sehingga dapat diketahui program-program yang telah/sedang

berjalan sebagaimana mestinya dan program-program yang mendapat kendala dalam pelaksanaannya, agar ada tindak lanjutnya.

- Laporan perbulan oleh Bidang/Bagian/Komite/Instalasi 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* dan *Consequences* terhadap keberhasilan dan kegagalan

## LAMPIRAN

SK Panitia Raker Renstra



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang – 25127  
Phone: (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371  
Website : [www.rsdjamil.co.id](http://www.rsdjamil.co.id), email : [rsudjamil@yahoo.com](mailto:rsudjamil@yahoo.com)



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG  
NOMOR : KP.01.04 / XVI.2 / 47 / 2019  
TENTANG

PEMBENTUKAN TIM PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS TAHUN 2020-2024  
DAN REVIEW MASTER PLAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DR.M. DJAMIL PADANG,

- Menimbang** :
- a. bahwa Rumah Sakit dengan status BLU yang menyelenggarakan kegiatan jasa pelayanan, pendidikan dan penelitian serta usaha lain di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat;
  - b. bahwa dalam rangka menunjang peningkatan mutu pelayanan dan untuk pedoman pengembangan RSUP Dr.M.Djamil Padang dipandang perlu penyusunan Rencana Strategis Tahun 2020-2024 dan Review Master Plan RSUP Dr.M.Djamil Padang;
  - c. bahwa dalam penyusunan Rencana Strategis Tahun 2020-2024 dan Review Master Plan RSUP Dr.M.Djamil Padang, perlu dibentuk suatu Tim;
  - d. bahwa untuk terlaksananya poin-poin tersebut di atas, perlu diatur dan ditetapkan dengan suatu Surat Keputusan.
- Mengingat** :
- 1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974, tentang Pokok-Pokok Kepegawaian sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999;
  - 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008, tentang Rumah Sakit;
  - 3. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
  - 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1681/PER/MENKES/XII/2005, tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP DR.M.Djamil Padang;
  - 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 190/Kepmenkes/SK/II/2008 tentang Susunan dan Uraian Jabatan serta Tata Hubungan Kerja RSUP Dr.M.Djamil Padang;
  - 6. Keputusan Menkes RI Nomor : KP.03.01/Menkes/172/2016, tertanggal 04 Maret 2016, tentang Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian Dalam dan Dari Jabatan Struktural Dilindungi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
  - 7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 510/MENKES/PER/VI/2009 tentang Pemberian Kuasa dan Pendelegasian Kewenangan Penandatanganan Nota/Surat Persetujuan dan Keputusan Mutasi Kepegawaian dalam lingkungan Depkes.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** :
- KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR. M. DJAMIL PADANG  
TENTANG PEMBENTUKAN TIM PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS  
TAHUN 2020-2024 DAN REVIEW MASTER PLAN



TERAKREDITASI MARS  
PARIPIURNA  
★★★★★

LAMPIRAN  
 SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA  
 RSUP DR. M. DJAMIL PADANG  
 NOMOR : KP.02.04/XVI.I/47/2019  
 TENTANG  
 PEMBENTUKAN TIM PENYUSUNAN  
 RENCANA STRATEGIS TAHUN 2020-2024  
 DAN REVIEW MASTER PLAN

## SUSUNAN TIM

- Pengarah** : 1. Direktur Utama  
 2. Rektor Universitas Andalas  
 3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
- Penanggung Jawab** : 1. Direktur Medik dan Keperawatan  
 2. Direktur Umum, SDM dan Pendidikan  
 3. Direktur Keuangan
- Ketua** : Kepala Bagian Perencanaan
- Wakil Ketua** : Kepala Sub.Bagian Penyusunan Program dan Evaluasi
- Sekretaris** : Kasl Perencanaan & Pengembangan Fasilitas Medik
- Anggota** :
1. Kepala Bidang Pelayanan Medik
  2. Kepala Bidang Fasilitas Pelayanan Medik
  3. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
  4. Kepala Bagian Diklat
  5. Kepala Bagian SDM
  6. Kepala Bagian Umum
  7. Kepala Bagian Akuntansi
  8. Kepala Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana
  9. Kasubag Penyusunan Anggaran
  10. Ka. Instalasi SIM-RS
  11. Ka. Instalasi Rekam Medik
  12. Kasubag Pengembangan dan Mutasi Kepegawaian
  13. Kasubag Mobilisasi Dana
  14. Kasl Perencanaan dan Pengembangan Yan Medik
  15. Komite Medik
  16. Komite Etik dan Hukum
  17. Komite Keperawatan
  18. Komite PPIRS
  19. Komite K3RS
  20. Komite Etik Penelitian
  21. dr. Yahya Marpaung, Sp.B
  22. dr. Mendhel Yanti, MARS
  23. Ns. Anna Faluzi, S.Kep
  24. Ns. Mira Susanti, S.Kep, M.Kep
  25. Ns. Dorlanita, S.Kep, M.Kep
  26. Henny Fibri Yanti, S.SIT, M.Kes

Sekretariat

- 1. Ismawati Gustiarni, BE
- 2. Rista Nelly, S1
- 3. Febri Yanti, SE
- 4. Dwi Lone Rahayu, SE
- 5. Ade Dama, S. Kom
- 6. Hendra, S. Sos

Ditetapkan di Padang  
Pada tanggal 1 Februari 2019



DIREKTUR UTAMA

YUSIRWAN