

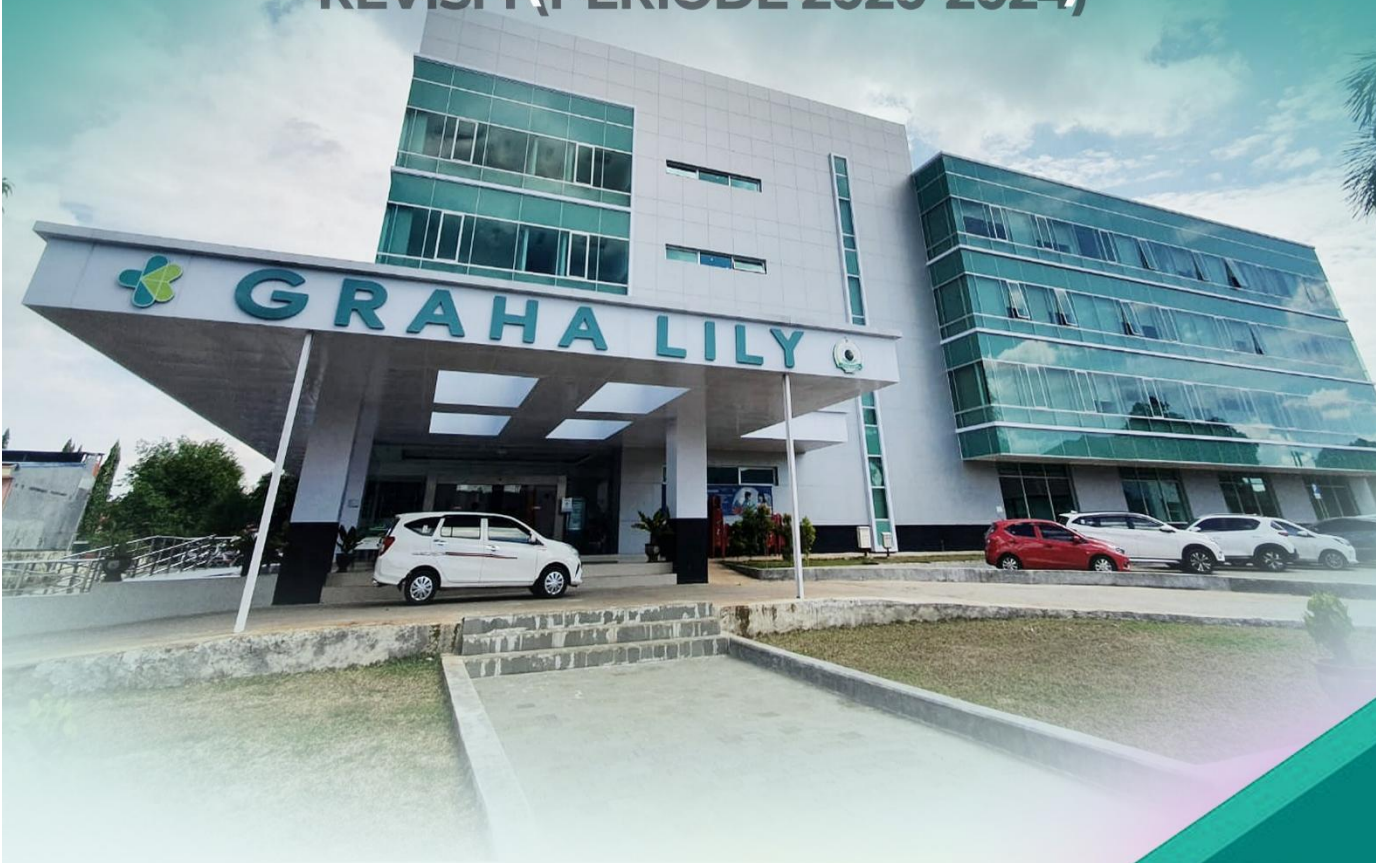


GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat





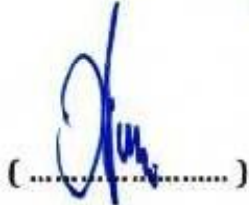
RENCANA STRATEGIS BISNIS

REVISI 1 (PERIODE 2020-2024)



**RSUP
DR. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

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

| NO | NAMA | JABATAN | TANDA TANGAN |
|-----------|---|--|---|
| 1. | Dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM, MARS | Direktur Utama |  (.....) |
| 2. | Agustini Anwar, SE, MM | Direktur SDM Keungan dan Umum |  (.....) |
| 3. | Dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp. M(K), MARS | Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang |  (.....) |

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS



Ketua,


Dr. dr. Eka Jusup Singka, M. Sc



Anggota,


Dr. dr. Hendriana Selina, Sp. A(K), MARS

Anggota,


Edward UP Nainggolan, Ak, M. Ak



Anggota,


Saiful Islam, MBA, Ph. D

Anggota,


Sjafruddin Mosii, SE, MM



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan berkahNya, sehingga Revisi Rencana Strategis Bisnis ini dapat kami susun sebaik-baiknya sebagai salah satu karya terbaik untuk menjadi tolok ukur Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 5 (lima) tahun ke depan. Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 akan menjadi Pedoman dan Acuan dalam Pelaksanaan Program dan Kegiatan Tahunan yang tertuang dalam Rencana Bisnis dan Anggaran sesuai dengan tahapan dan target kinerja yang telah ditetapkan.

Namun dalam perjalanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 2 (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2020 – 2021, banyak mengalami perubahan khususnya dalam pengembangan sarana prasarana seperti penambahan alat Kesehatan dan pengembangan jenis layanan termasuk adanya perubahan-perubahan regulasi seperti rencana merger dengan BKMM Makasaar yang tidak jadi sehingga Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 harus direvisi sesuai kondisi yang ada.

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

Pada akhirnya, Rencana Strategis Bisnis ini diharapkan menjembatani komunikasi dan partisipasi seluruh stakeholder, menjadi bahan evaluasi atas kinerja sesuai target yang ditetapkan serta memberikan manfaat bagi peningkatan kesehatan masyarakat sehingga apa yang menjadi Tujuan Strategis untuk Tahun 2020-2024 dapat tercapai.

Makassar, 5 April 2021

Direktur Utama



Dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM.,MARS
NIP. 196401281990031002

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS..... | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| DAFTAR ISI..... | v |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan Rencana Strategis..... | 2 |
| BAB II KONDISI RSUP DR TADJUDDIN CHALID | 3 |
| 2.1 Profil | 3 |
| 2.2 Gambaran Kinerja | 9 |
| 2.1.1 Aspek Layanan..... | 9 |
| 2.1.2 Aspek Keuangan | 14 |
| 2.1.3 Aspek SDM | 18 |
| 2.1.4 Aspek Sarana dan Prasarana | 19 |
| 2.3 Tantangan Strategis..... | 20 |
| 2.4 Benchmarking | 21 |
| 2.5 Analisis SWOT | 21 |
| 2.6 Diagram Kartesius dan Pilihan Prioritas Strategis | 24 |
| 2.7 Analisa TOWS..... | 25 |
| 2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko..... | 26 |
| BAB III ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI | 43 |
| 3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi & Tata Nilai..... | 43 |
| 3.2 Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti | 46 |
| 3.3 Rancangan Peta Strategis <i>Balance Scorecard</i> (BSC) | 47 |
| 3.4 Indikator Kinerja Utama..... | 48 |
| 3.5 Roadmap 5 Tahun Ke Depan | 79 |
| 3.6 Program Kerja Strategis..... | 80 |
| BAB IV PROYEKSI FINANSIAL..... | 82 |
| 4.1 Estimasi Pendapatan | 82 |
| 4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran | 83 |
| 4.3 Rencana Pendanaan | 87 |
| BAB V PENUTUP | 829 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah dokumen perencanaan pembangunan jangka menengah yang merupakan penjabaran dari visi dan misi Kementerian Kesehatan dalam rangka pencapaian sasaran pembangunan nasional secara menyeluruh sejalan dengan visi, misi dan program prioritas (platform) yang telah dijabarkan dalam RPJMN dan Rencana Kerja Pemerintah Tahunan. Sebagaimana Visi Presiden RI 2020 – 2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong, maka Kementerian Kesehatan menerjemahkan Visi tersebut ke dalam

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

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

Dalam perjalanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 2 (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2020 – 2021, banyak mengalami perubahan khususnya dalam pengembangan sarana prasarana seperti penambahan, Gedung layanan, alat Kesehatan dan pengembangan jenis layanan termasuk adanya perubahan-perubahan regulasi seperti rencana merger dengan BKMM Makassar yang tidak jadi sehingga Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 harus direvisi sesuai kondisi yang ada.

1.2 Tujuan Rencana Strategis

- a. Panduan dalam menentukan kebijakan strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan
- b. Pedoman strategis dalam pola penataan dan penguatan kelembagaan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.
- c. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan Misi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.
- d. Tersedianya rumusan program strategis dalam skala prioritas yang lebih tajam untuk mewujudkan Visi/Tujuan RSUP dr Tadjuddin Chalid
- e. Tersedianya indikator penilaian evaluasi kinerja organisasi

RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar.

- f. Mengarahkan semua unsur kekuatan dan faktor kunci keberhasilan dalam menyelenggarakan peningkatan kualitas pelayanan RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar

BAB II

KONDISI RSUP DR TADJUDDIN CHALID

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

2.1 Profil

2.1.1 Organisasi dan Tata Kelola

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

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

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

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

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

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

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesai Nomor 60 Tahun 2019, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menyelenggarakan fungsi:

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

- c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis;
- d. Pengelolaan pelayanan penunjang nonmedis;
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. Pengelolaan sumber daya manusia;
- j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- k. Pelaksanaan kerja sama;
- l. Pengelolaan sistem informasi;
- m. Pelaksanaan urusan umum; dan
- n. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.

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

2.1.2 Susunan Direksi dan Dewan Pengawas

a. Direksi

Susunan Direksi terdiri atas:

1. Direktur Utama : dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM, MARS
2. Direktur Pelayanan : dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp.M (K), MARS.
3. Plt Direktur Sumber Daya Manusia, Keuangan dan Umum : Agustini, SE, MM.

b. Dewan Pengawas

Susunan Dewan Pengawas sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/527/2019 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas RS.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar yang berfungsi sebagai *governing body* rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non-teknis perumahsakititan secara internal dan Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

1. Ketua : Dr. dr. Eka Jusup Singka, M. Sc
2. Anggota : Dr. dr. Hedriani Selina, Sp. A (K), MARS
3. Anggota : Edward UP Nainggolan, Ak, M.Ak.
4. Anggota : Saiful Islam, MBA, Ph. D
5. Anggota : Syarifuddin Mosii, SE, MM

Dan secara internal Direktur Utama menugaskan Dedy Lukman, S. Sos sebagai Sekretaris untuk membantu kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.

LAMPIRAN
 PERATURAN MENTERI KESEHATAN
 REPUBLIK INDONESIA
 NOMOR 47 TAHUN 2020
 TENTANG
 ORGANISASI DAN TATAKERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
 Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR



Salinan sesuai dengan aslinya
 Kepala Biro Hukum dan Organisasi
 Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,


 Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
 NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN
 REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

TERAWAN AGUS PUTRANTO

Gambar 1. Struktur Organisasi RS Dr.Tajuddin Chalid Makassar

2.1.3 Penghargaan dan Prestasi

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

2.1.4 Layanan Unggulan

Tabel 2.1. Pemetaan Layanan Unggulan

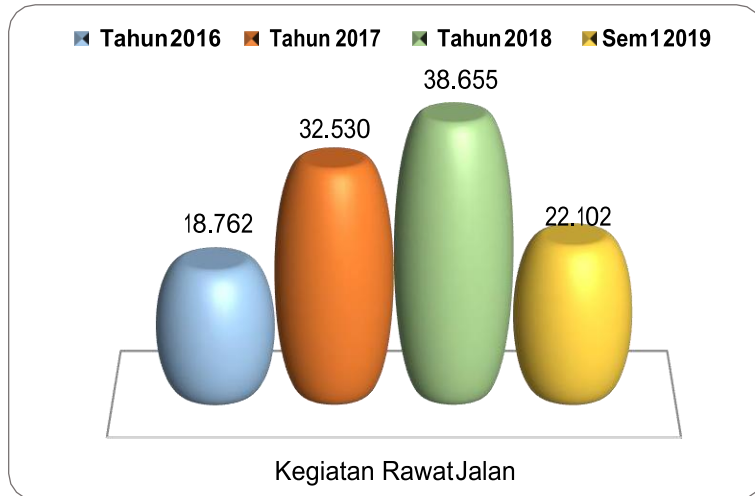
| NO | LAYANAN UNGGULAN | SARPRAS | SDM |
|----|-----------------------------|---------|-----|
| 1 | Geriatric | ☆☆☆ | ☆☆☆ |
| 2 | Rehabilitasi Medik | ☆☆☆ | ☆☆☆ |
| 3 | Mata | ☆☆☆ | ☆☆☆ |
| 4 | Vascular Neuro Intervention | ☆☆ | ☆☆ |

2.2 Gambaran Kinerja

Kinerja untuk aspek layanan diuraikan sebagai berikut :

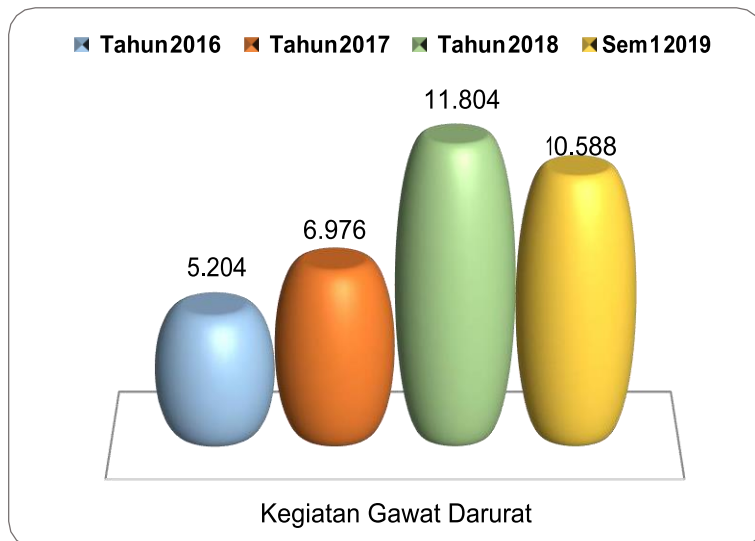
2.1.1 Aspek Layanan

a. Kegiatan Rawat Jalan



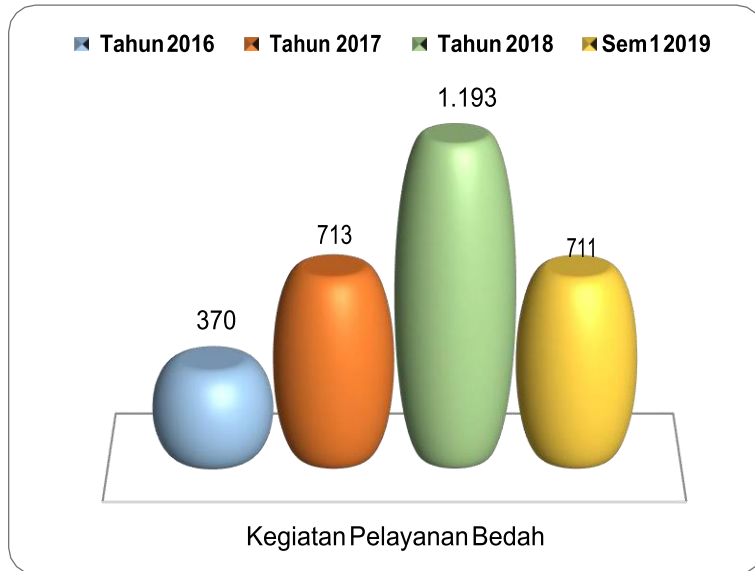
Grafik 1. Kegiatan Rawat Jalan 2016 – Semester 1 2019

b. Kegiatan Gawat Darurat



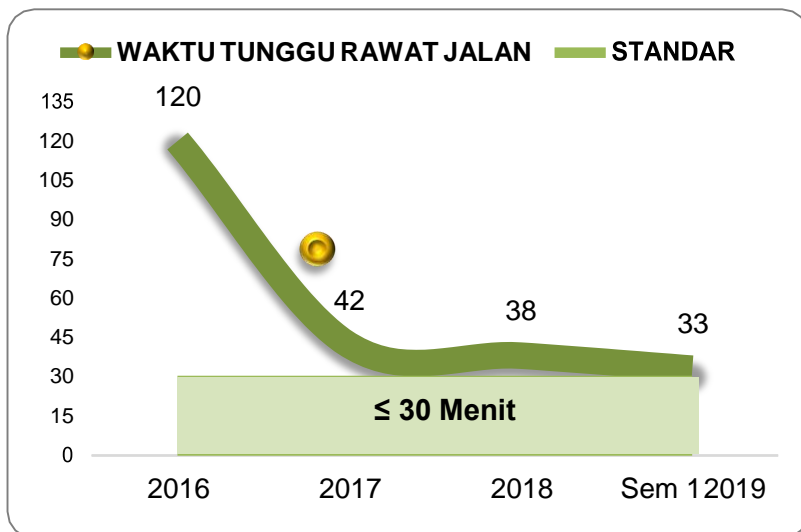
Grafik 2. Kegiatan Gawat Darurat 2016 – Semester 1 2019

c. Kegiatan Pelayanan Bedah



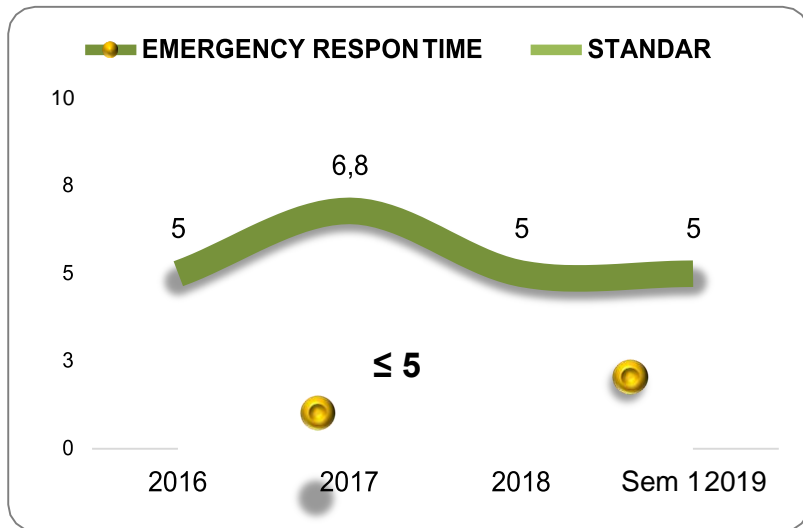
Grafik 3. Kegiatan Pelayanan Bedah 2016 – Semester 1 2019

d. Waktu Tunggu Rawat Jalan



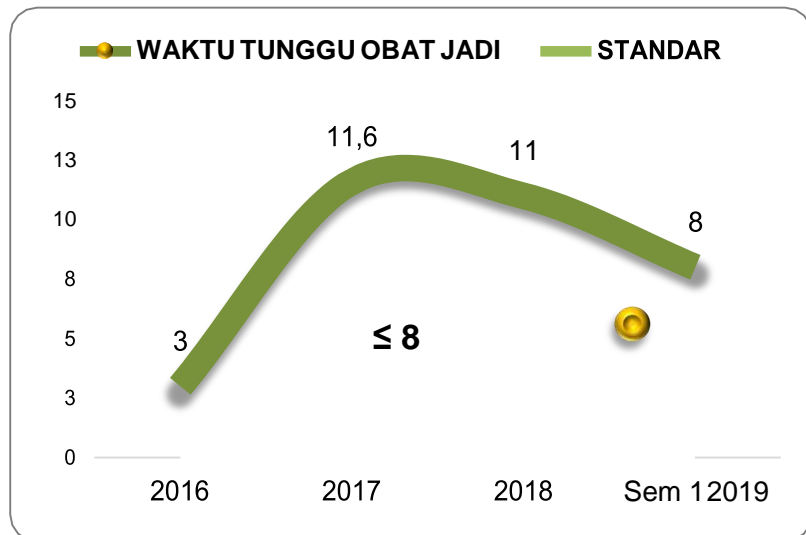
Grafik 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2016 – Semester 1 2019

e. **Emergency Respon Time**



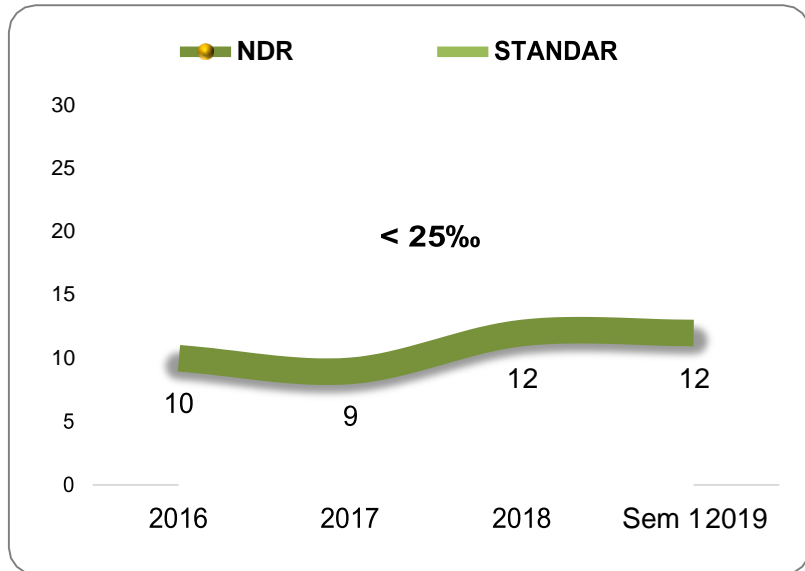
Grafik 5. Emergency Respon Time 2016 – Semester 1 2019

f. **Waktu Tunggu Obat Jadi**



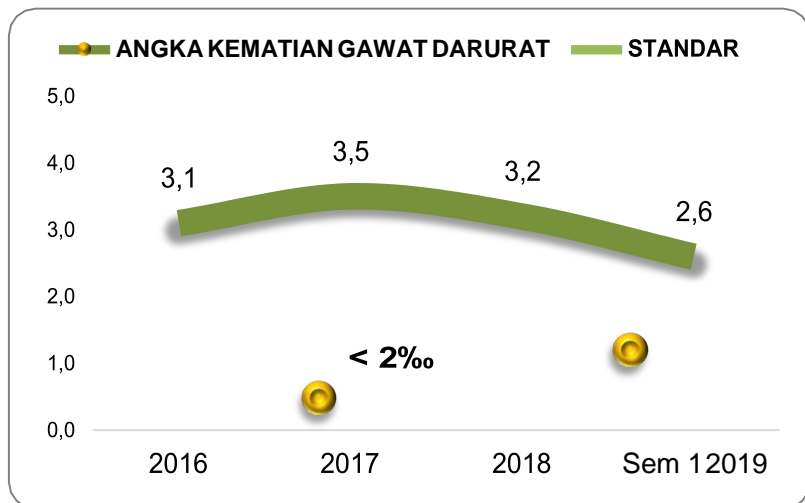
Grafik 6. Emergency Respon Time 2016 – Semester 1 2019

g. Nett Death Rate (NDR)



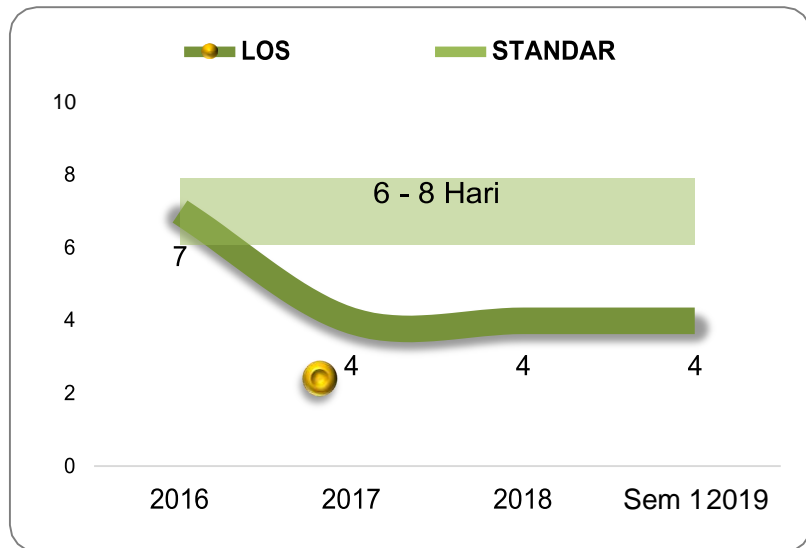
Grafik 7. Net Deah Rate (‰) 2016 – Semester 1 2019

h. Angka Kematian Gawat Darurat



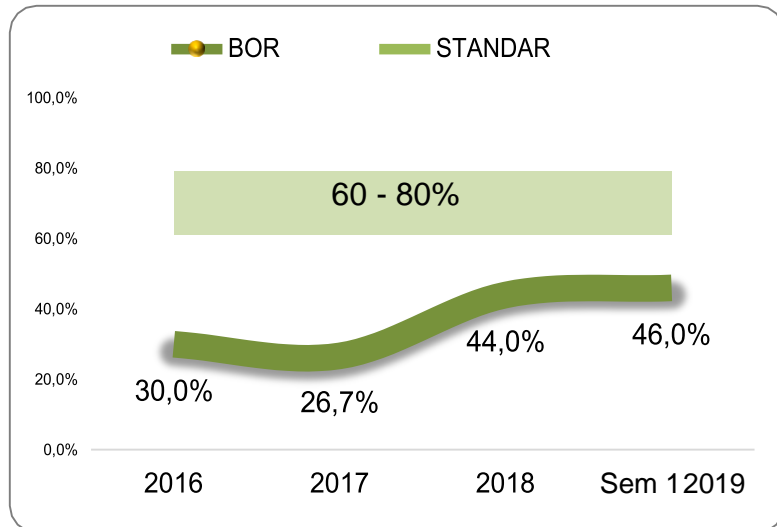
Grafik 8. Angka Kematian Gawat Darurat 2016 – Sem 1 2019

i. Length Of Stay (LOS)



Grafik 9. Length of Stay (LOS) 2016 – Semester 1 2019

j. Bed Occupancy Rate (BOR)



Grafik 10. Bed Occupancy Rate (BOR) 2016 – Semester 1 2019

2.1.2 Aspek Keuangan

Kinerja aspek keuangan selama kurun waktu dari tahun 2015 - 2018 diuraikan sebagai berikut:

a. Neraca Periode Tahun 2015 – 2018

Tabel 2.2 Neraca Periode Tahun 2015 – 2018

| URAIAN | TA.2015 | TA.2016 | TA.2017 | TA.2018 |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| ASET | | | | |
| ASET LANCAR | | | | |
| Kas pada BLU | 1.281.409.461 | 44.556.197 | 3.969.645.470 | 4.772.900.974 |
| Pitang Bukan Pajak | | 286.311.825 | | 3.094.668.192 |
| Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang Bukan pajak | | (1.431.559) | | (15.473.341) |
| Piutang bukan Pajak (Netto) | | 284.880.266 | - | 3.079.194.851 |
| Piutang dari Kegiatan Operasional BLU | 1.527.516.918 | 4.007.275.000 | 5.186.215.400 | 10.265.393.661 |
| Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU | (7.637.584) | (20.036.375) | (25.931.078) | (51.326.968) |
| Piutang dari Kegiatan Operasional BLU (Netto) | 1.519.879.334 | 3.987.238.625 | 5.160.284.322 | 10.214.066.693 |
| Persediaan | 2.460.170.029 | 2.531.081.910 | 3.661.276.771 | 6.200.956.216 |
| Jumlah Aset Lancar | 5.261.458.824 | 6.847.756.998 | 12.791.206.563 | 24.267.118.734 |
| ASET TETAP | | | | |
| Tanah | 35.998.637.336 | 35.998.637.336 | 326.844.713.000 | 326.844.713.000 |
| Peralatan dan Mesin | 74.381.243.410 | 95.684.688.028 | 134.363.846.270 | 143.439.181.166 |
| Gedung dan Bangunan | 43.669.449.615 | 57.876.041.715 | 56.173.471.900 | 58.003.320.715 |
| Jalan, Irigasi, dan Jaringan | 5.112.690.150 | 6.986.166.530 | 8.704.710.634 | 11.112.666.723 |
| Aset Tetap Lainnya | 4.501.000 | 4.501.000 | 4.501.000 | 639.349.000 |
| Konstruksi Dalam Pengerjaan | | | - | 69.280.024.897 |
| Akumulasi Penyusutan Aset Tetap BLU | (56.168.679.840) | (71.870.217.976) | (83.539.487.214) | (98.227.572.970) |
| Jumlah Aset Tetap | 102.997.841.671 | 124.679.816.633 | 442.551.755.590 | 511.091.682.531 |
| ASET LAINNYA | | | | |
| Aset Tidak Berwujud | 466.075.000 | 568.546.400 | 568.546.400 | 351.553.400 |
| Aset Lain-lain | | (220.693.750) | - | 5.831.899.669 |
| Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya | | 347.852.650 | (253.963.750) | (5.867.269.919) |
| Jumlah Aset Lainnya | 466.075.000 | 347.852.650 | 314.582.650 | 316.183.150 |
| JUMLAH ASET | 108.725.375.495 | 131.875.426.281 | 455.657.544.803 | 535.674.984.415 |
| KEWAJIBAN | | | | |
| KEWAJIBAN JANGKA PENDEK | | | | |
| Utang kepada Pihak Ketiga | 1.007.176.244 | 1.153.537.770 | 3.042.743.832 | 3.700.094.271 |
| Pendapatan Diterima di Muka | 16.666.668 | 16.666.668 | - | 45.833.337 |
| Jumlah Kewajiban Jangka Pendek | 1.023.842.912 | 1.170.204.438 | 3.042.743.832 | 3.745.927.608 |
| JUMLAH KEWAJIBAN | 1.023.842.912 | 1.170.204.438 | 3.042.743.832 | 3.745.927.608 |

b. Laporan Operasional Tahun 2015 – 2018

Tabel 2.3 Laporan Operasional Periode Tahun 2015 – 2018

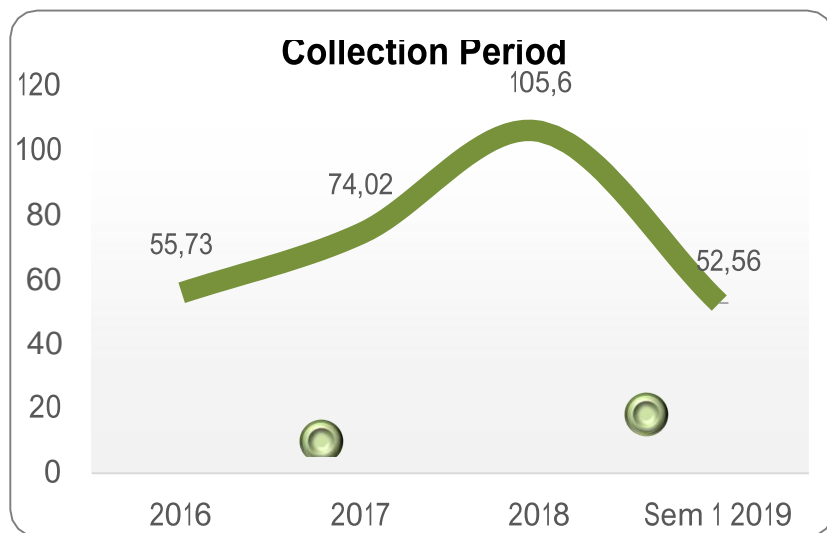
| URAIAN | TA.2015 | TA.2016 | TA.2017 | TA.2018 |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| KEGIATAN OPERASIONAL | | | | |
| PENDAPATAN OPERASIONAL | | | | |
| Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat | 13.645.838.377 | 17.768.334.938 | 25.332.763.654 | 35.167.441.383 |
| Pendapatan Hibah BLU | | | | |
| JUMLAH PENDAPATAN | 13.645.838.377 | 17.768.334.938 | 25.332.763.654 | 35.167.441.383 |
| BEBAN OPERASIONAL | | | | |
| Beban Pegawai | 27.661.570.902 | 30.247.439.943 | 33.909.861.862 | 38.963.605.665 |
| Beban Persediaan | 3.185.271.429 | 1.693.522.782 | 5.736.435.035 | 14.353.136.460 |
| Beban Barang dan Jasa | 6.416.124.105 | 10.636.165.181 | 10.738.094.478 | 9.319.310.574 |
| Beban Pemeliharaan | 3.215.438.529 | 2.811.907.153 | 4.634.693.074 | 6.512.119.696 |
| Beban Perjalanan Dinas | 1.190.916.299 | 1.574.387.244 | 2.435.184.828 | 3.634.367.121 |
| Beban Penyusutan dan Amortisasi | 12.919.020.088 | 15.872.244.612 | 20.755.947.964 | 20.468.750.988 |
| Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih | 4.996.101 | 13.830.350 | 4.463.144 | 66.800.309 |
| JUMLAH BEBAN OPERASIONAL | 54.593.337.453 | 62.849.497.265 | 78.214.680.385 | 93.318.090.813 |
| SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL | (40.947.499.076) | (45.081.162.327) | (52.881.916.731) | (58.150.649.430) |
| KEGIATAN NON OPERASIONAL | | | | |
| SURPLUS/(DEFISIT) PELEPASAN ASET NON LANCAR | | | | |
| Pendapatan Pelepasan Aset Non-Lancar | | | - | 84.235.000 |
| Beban Pelepasan Aset Non-Lancar | | | | 1.625.057.282 |
| Jumlah Surplus/(Defisit) Penyelesaian Aset Non- Lancar | - | - | - | (1.540.822.282) |
| SURPLUS /DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL LAINNYA | | | | |
| Pendapatan dari Kegiatan Non-Oeprasional Lainnya | 67.127.193 | 226.095.292 | 1.233.514.622 | 607.464.467 |
| Beban dari Kegiatan Non-Operasional Lainnya | | 169.757.746 | 65.778.015 | 627.781.914 |
| Jumlah Surplus/(Defisit) Dari Kegiatan Non Operasional Lainnya | 67.127.193 | 56.337.546 | 1.167.736.607 | (20.317.447) |
| SURPLUS/ (DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL | 67.127.193 | 56.337.546 | 1.167.736.607 | (1.561.139.729) |
| SURPLUS/DEFISIT LO | (40.880.371.883) | (45.024.824.781) | (51.714.180.124) | (59.711.789.159) |

c. Rasio POBO



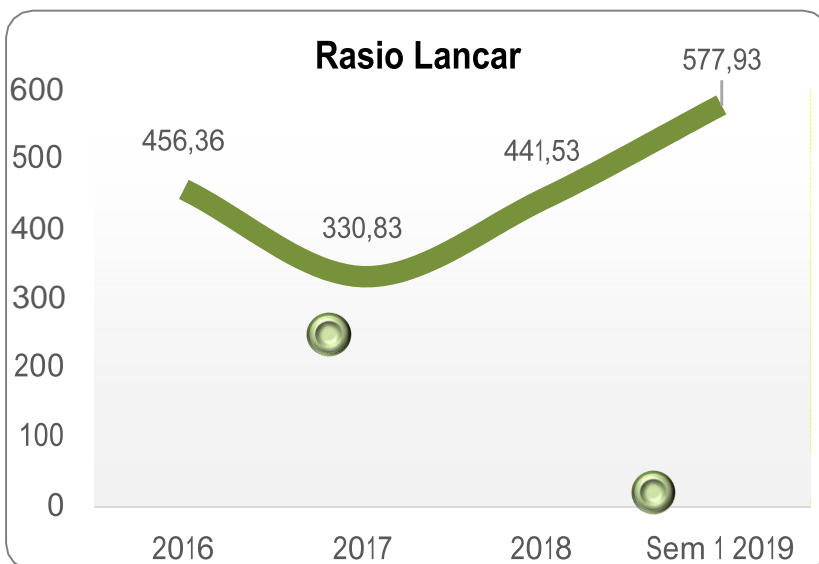
Grafik 11. Rasio POBO 2016 – Semester 1 2019

d. Collection Period



Grafik 12. Collection Period 2016 – Semester 1 2019

e. Rasio Lancar



Grafik 13. Rasio Lancar 2016 – Semester 1 2019

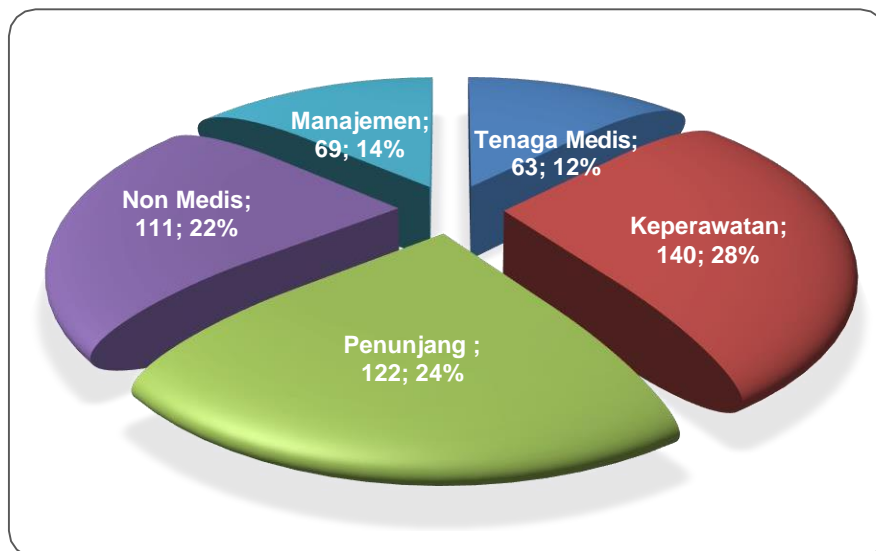
f. Rasio Perputaran Persediaan



Grafik 14. Rasio Perputaran Persediaan 2016 – Semester 1 2019

2.1.3 Aspek SDM

a. Proporsi Sumber Daya Manusia Menurut Ketenagaan



Grafik 15. Proporsi SDM Menurut Ketenagaan Tahun 2019

2.1.4 Aspek Sarana dan Prasarana

a. Performa Fisik Gedung

Tabel 2.4 Performa Fisik Gedung Tahun 2020 s.d 2021

| NO | INSTALASI | FUNGSIONAL | TEKNIKAL | BEHAVIORAL | KESIMPULAN |
|----|---|------------|----------|------------|------------|
| 1 | Instalasi Gawatt Darurat | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 2 | Instalasi Kamar Bedah (OK) | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 3 | Instalasi Perawatan Intensife | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 4 | Instalasi Rawat Jalan | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 5 | Instalasi KIA/KB | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 6 | Rawat Inap | | | | |
| | a. Umum | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | b. Anak | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | c. Bedah | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | d. Kusta | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 7 | Unit Hemodialisa | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 8 | Unit Luka | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | Instalasi Farmasi | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 10 | Instalasi Laboratorium | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 11 | Instalasi Radiologi | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 12 | Instalasi Rehab Medik | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 13 | Instalasi Gizi | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 14 | Instalasi Medical Record | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 15 | Instalasi Forensik & Pemulasaran Jenazah | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 16 | Instalasi Verifikasi Penjaminan Pasien (IVPP) | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 17 | Instalasi Sterilisasi Sentral & Binatu | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 18 | Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS | 1 | 1 | -1 | 1 |
| 19 | Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 | Instalasi SIRS | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 21 | Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 22 | Kantor | 0 | 1 | 0 | 1 |

*(Area Sewa BRI, Rumah jabatan, Wisma, Musholla, Kantin, Aula)

Keterangan :

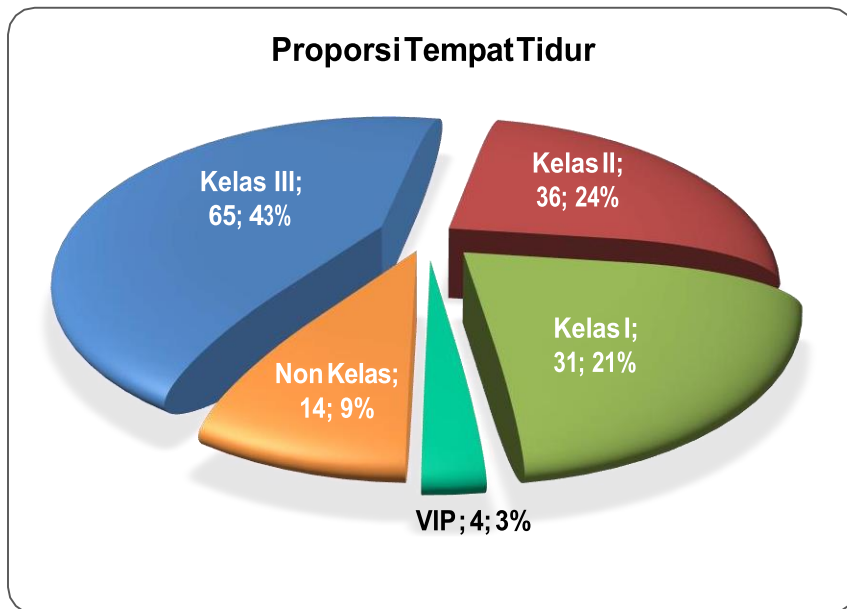
3 = Sangat Baik
 2 = Baik
 1 = Cukup Baik
 0 = Sedang
 -1 = Kurang Baik
 -2 = Buruk

**FUNGSIONAL –
 TEKNIKAL - BEHAVIOUR**

1 = Baik
 0 = Sedang
 -2 = Buruk

b. Proporsi Tempat Tidur

Grafik 16. Proporsi Tempat Tidur Tahun 2019



2.3 Tantangan Strategis

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

2.4 Benchmarking

Dalam menyusun Rencana Strategis Bisnis Periode Tahun 2020 – 2024, RSUP Dr Tadjuddin Chalid mengambil *Benchmarking* di 1 (satu) RS Pemerintah, 1 (satu) RS BUMN dan 1 (satu) RS Swasta yaitu:

a. **RSUP dr Kariadi Semarang**

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

b. **RS PELNI**

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

c. **RS Santosa Bandung**

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

2.5 Analisis SWOT

2.5.1 Analisis Internal

Analisis Internal dilihat dari 2 aspek sebagai berikut :

a. Kekuatan (*Strength*)

Tabel 2.5 Analisis Internal

| NO | KEKUATAN (<i>STRENGTH</i>) | BOBOT | RATING | SKOR |
|----|--|-------------|--------|-------------|
| 1 | Memiliki Layanan Unggulan | | | |
| | a. Layanan Geriatri | 0.10 | | |
| | b. Vascular Neuro Intervention | 0.5 | 90 | 22.5 |
| | c. Layanan Mata | 0.5 | | |
| | d. Layanan Rehab Medik | 0.5 | | |
| 2 | Memiliki peralatan medik canggih yang cukup lengkap | 0.20 | 90 | 18.0 |
| 3 | Memiliki pelayanan yang spesialis dan sub spesialis | 0.20 | 90 | 18.0 |
| 4 | Lahan yang masih luas yang berpotensi untuk dikembangkan | 0.20 | 90 | 18.0 |
| 5 | Akreditasi KARS Predikat Paripurna | 0.15 | 85 | 12.7 |
| | Total | 1,00 | | 89,2 |

b. Kelemahan (*Weakness*)

Tabel 2.6 Analisis Internal

| NO | KELEMAHAN (<i>WEAKNESS</i>) | BOBOT | RATING | SKOR |
|--------------|---|-------------|--------|-------------|
| 1 | Pendapatan RS tidak mencapai target | 0.30 | 90 | 27.0 |
| 2 | Etos Kerja SDM yang masih rendah | 0.25 | 85 | 21.2 |
| 3 | Kompetensi SDM yang masih kurang (Tenaga Kesehatan Lainnya) | 0.20 | 80 | 16.0 |
| 4 | Terdapat kegiatan di RS yang belum berbasis IT | 0.15 | 75 | 11.2 |
| 5 | Tata Kelola Manajemen yang belum optimal | 0.10 | 70 | 7.0 |
| Total | | 1.00 | | 82.4 |

2.5.2 Analisis Eksternal

Analisis Eksternal dilihat dari 2 aspek sebagai berikut :

a. Peluang (*Opportunity*)

Tabel 2.7 Analisis Eksternal

| NO | PELUANG (<i>OPPORTUNITY</i>) | BOBOT | RATING | SKOR |
|--------------|---|-------------|-----------|-------------|
| 1 | Personilized Health Service | 0.20 | 90 | 18.0 |
| 2 | Revolusi Industri 4.0 | 0.20 | 90 | 18.0 |
| | a. Automation | - | - | - |
| | b. Autonomous | 0,10 | 90 | 9.0 |
| | c. Big Data | - | - | - |
| | d. Cloud Computing | - | - | - |
| | e. Data Management | 0,10 | 90 | 9.0 |
| | f. Internet Of Things | - | - | - |
| 3 | Universal Health Coverage | 0.20 | 80 | 16.0 |
| 4 | Sewa Lahan yang masih luas | 0.15 | 75 | 15.0 |
| 5 | Klasifikasi Rumah Sakit (PP Nomor 47 Tahun 2021) | 0.15 | 75 | 15.0 |
| 6 | Sertifikasi Petugas Konseling BUSUI (PP No 33 Tahun 2012) | 0.10 | 70 | 10.5 |
| Total | | 1.00 | | 92.5 |

b. Ancaman (Threat)

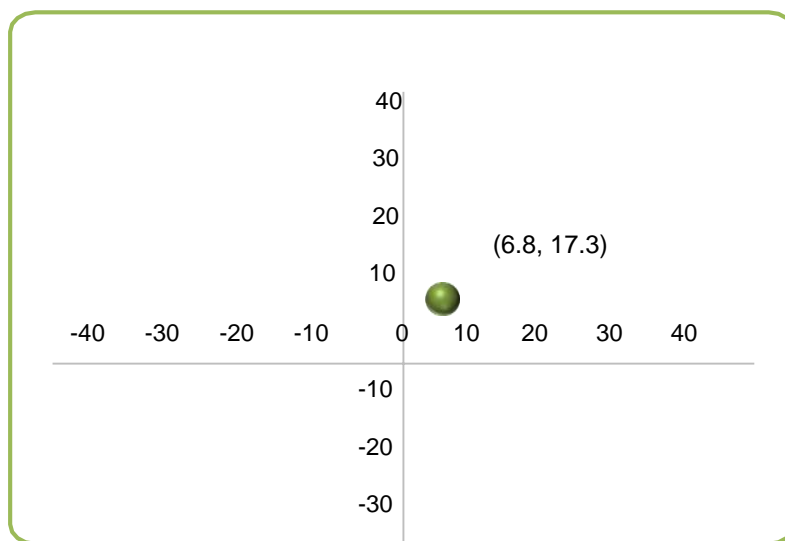
Tabel 2.8 Analisis Eksternal

| NO | ANCAMAN (THREAT) | BOBOT | RATING | SKOR |
|--------------|--|-------------|--------|-------------|
| 1 | Image Buruk Masyarakat terhadap RS Pemerintah | 0.25 | 90 | 22.5 |
| 2 | Banyaknya RS kompetitor | 0.25 | 90 | 22.5 |
| 3 | Kebijakan Pemerintah terkait Pelayanan Kesehatan yang sering berubah | 0.15 | 80 | 12.0 |
| 4 | Persaingan WTO (World Trade Organization) | 0.15 | 75 | 11.2 |
| 5 | Tingginya harga obat dan alkes | 0.10 | 70 | 7.0 |
| Total | | 1,00 | | 75.2 |

2.6 Diagram Kartesius dan Pilihan Prioritas Strategis

Dari Hasil Analisis SWOT diperoleh nilai sebagai berikut: X = Kekuatan – Kelemahan
 Y = Peluang - Ancaman
 $X = 89.2 - 82.4$ $Y = 92.5 - 75.2$
 $X = 6.8$ $Y = 17.3$

Grafik 17. Diagram Kartesius



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

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

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

| NO | KEKUATAN (STRENGTH) | KELEMAHAN | STRATEGI |
|----|---|---|---|
| 1 | Memiliki Layanan Unggulan a. Layanan Geriatri b. Vascular Neuro Intervention c. Layanan Mata d. Layanan Rehab Medik | Pendapatan RS tidak mencapai target | Promosi dan Pemasaran melalui Website, Media Cetak dan Elektronik, kegiatan CSR |
| 2 | Memiliki peralatan medik canggih yang cukup lengkap | | |
| 3 | Memiliki pelayanan yang spesialis dan sub spesialis | | |
| 4 | Lahan yang masih luas yang berpotensi untuk dikembangkan | | Pemasaran Below Line |
| 5 | Akreditasi KARS Predikat Paripurna | | Update Informasi Via Website, Pemasangan Banner |
| 6 | | Etos Kerja yang masih rendah | Reward dan Punishment Communication (PP 53 Tahun 2010) |
| 7 | | Kompetensi SDM yang masih kurang (Tenaga Kesehatan Lainnya) | Training dan Sertifikasi untuk tenaga kesehatan lainnya |
| 8 | | Terdapat kegiatan di RS yang belum berbasis IT | Membangun Sistem IT yang terintegrasi |
| 9 | | Tata Kelola Manajemen yang belum optimal | 1. Good Corporate Governance Awareness 2. Internal Audit 3. Rectification 4. Monitoring dan Evaluasi |

2.7 dirumuskan Analisa TOWS sebagaimana tertuang dalam Matriks berikut Analisa TOWS

Dari Hasil Analisis SWOT dan Pilihan Prioritas Strategis maka

Tabel 2.9 Matriks TOWS

| | Opportunity | Threat |
|-----------------|---|--|
| Strength | <ol style="list-style-type: none"> 1. S1 – S3, O1-O2 : Mewujudkan Kepuasan Pasien 2. S4-S5, O3 – O6 : Mewujudkan Pengelolaan yang sehat dan mandiri 3. S1 – S3, S5, O5 : Mewujudkan Pengakuan Stakeholder | <ol style="list-style-type: none"> 1. S2, S3, S5, T1, T3, T5 : Mewujudkan Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi 2. S1, T2 : Mewujudkan penataan dan penguatan organisasi 3. S4, T4 : Mewujudkan Sarana dan, Prasarana yang andal |
| Weakness | <ol style="list-style-type: none"> 1. O1, O6, W1 – W3 : Mewujudkan Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif 2. O2 – O4, W1 : Mewujudkan Pengelolaan yang sehat dan mandiri 3. O3, O5, W1, W4, W5 : Mewujudkan Pengembangan Layanan SIMRS | <ol style="list-style-type: none"> 1. W5, T2, T4 : Mewujudkan penataan dan penguatan organisasi 2. W1 - W3, T3 : Mewujudkan Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan 3. W4, T1, T5 Mewujudkan Pengakuan Stakeholder |

2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko

2.8.1 Identifikasi Risiko

Tabel 2.10 Indentifikasi Risiko

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

Lanjutan Tabel 2.10 :

| NO | SASARAN STRATEGIS (a) | AKAR MASALAH (b) | RISIKO (c) | MITIGASI RISIKO (d) |
|----|---|---|---|---|
| 3 | Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kompetensi SDM IT 2. Rendahnya Komitmen penggunaan SIMRS oleh User 3. Tidak adanya Punishment terhadap User yang tidak menggunakan SIMRS 4. Kurangnya Kapasitas Jaringan | <ol style="list-style-type: none"> 1. SIMRS tidak maksimal 2. Memperpanjang waktu pelayanan 3. Brand Image menjadi buruk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Training SDM IT merujuk pada poin 1.d 1. Penyusunan Pedoman mekanisme Reward and Punishment 2. Melaksanakan Eksternal Audit untuk memverifikasi Kinerja IT |
| 4 | Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada perbaikan dari hasil Monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil penilaian maturitas SPIP | Kesalahan Sistemik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penunjukan PIC terhadap perbaikan Monev dan Penilaian Maturitas 2. Memastikan perbaikan dilaksanakan dalam periode waktu yang telah ditentukan |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Parameter Pengukuran IKU tidak tepat | Penilaian IKU tidak akurat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Review Definisi Operasional IKU 2. Revisi Deifinisi Operasional dan Indikator Penilaian IKU 3. Implementasi pada RSB |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Kelengkapan dokumen klaim tidak optimal | Keterlambatan Pembayaran Klaim | <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP melengkapi BRM tepat waktu 2. Pengisian BRM dimasukkan sebagai Indikator Penilaian IKII |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Pengajuan klaim tidak tepat waktu | | |
| 5 | Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan | <p>Penerapan budaya mutu layanan belum optimal</p> | Belum ada Pengakuan Masyarakat terhadap Image Rumah Sakit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Survei mutu layanan dilaksanakan oleh eksternal (Waktu Layanan, Kualitas Layanan, dan Perilaku Petugas RS) 2. Perbaikan tindak lanjut hasil survei |
| | | <p>Masih kurangnya dokter pendidik klinis</p> | Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mekanisme Reward Penelitian |
| | | <p>Masih kurangnya alokasi anggaran penelitian</p> | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Alokasi Anggaran |
| | | <p>Rendahnya komitmen pegawai untuk mempertahankan standar pelayanan</p> | Rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS | Resosialisasi Standar Pelayanan |

Lanjutan Tabel 2.10 :

| NO | SASARAN STRATEGIS (a) | AKAR MASALAH (b) | RISIKO (c) | MITIGASI RISIKO (d) |
|----|---|---|---|---|
| 6 | Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif | Rendahnya Jumlah dan Kompetensi SDM Pemasaran | Tidak adanya Bisnis Strategi Pemasaran | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penambahan Jumlah SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS 2. Training SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS merujuk pada poin 1.d 3. Rekrutment Professional Marketer 4. Engagement dengan Marketing Consultant |
| | | | Tidak tercapainya Target Pemasaran dan Pendapatan Rumah Sakit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif |
| 7 | Terwujudnya Kepuasan Pasien | Data <i>Collecting Surevi</i> dilakukan oleh unit yang disurvei | Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Rumah Sakit | Data Collecting Survei oleh Eksternal |
| | | Ketidaksiapan sarana, fasilitas dan SDM | Merujuk pada Poin 2.c | <ol style="list-style-type: none"> Penambahan parameter Survei sesuai kebutuhan Rumah Sakit Merujuk pada Poin 2.d |
| 8 | Terwujudnya Pengakuan Stakeholder | Manajemen Perencanaan belum berjalan dengan baik | Ketidakpercayaan masyarakat terhadap Akuntabilitas Kinerja RS | Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik |
| | | Monitoring dan Evaluasi belum optimal | | Penataan dan Pengelolaan Aset Terpadu |
| 9 | Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri | Belum Adanya Startegi Bisnis Pemasaran yang Agresif | Tidak tercapainya Target Pendapatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif |
| | | Keterlambatan Klaim Layanan | Ketergantungan pada Subsidi APBN | <ol style="list-style-type: none"> 2. Komitmen Pengisian BRM 1 x 24 Jam |

2.8.2 Penilaian Tingkat Risiko

Untuk melihat tingkat setiap risiko yang terdapat pada tabel 5.1 di atas, maka perlu dilakukan penilaian dengan memperhatikan tingkat kemungkinan terjadinya suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, berikut matriks risiko untuk menentukan tingkat risiko :

Tabel 2.11 Matriks Penilaian Risiko

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

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

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

Tabel 2.12 Penilaian Tingkat Risiko

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

Lanjutan Tabel 2.12 :

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

Lanjutan Tabel 2.12 :

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

Lanjutan Tabel 2.12 :

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

2.8.3 Rencana Mitigasi Risiko

Tabel 2.13 Rencana Mitigasi Risiko

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

Lanjutan Tabel 2.13 :

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

Lanjutan Tabel 2.13 :

| SASARAN STRATEGIS | RISIKO | KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI | DAMPAK RISIKO | TINGKAT RISIKO | WARNA | RENCANA MITIGASI RISIKO | PJ |
|---|--------------------------------|----------------------------|---------------|----------------|-------|--|--|
| Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi | Kesalahan Sistemik | Sangat Besar | Mayor | Ekstrim | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penunjukan PIC terhadap perbaikan Monev dan Penilaian Maturitas 2. Memastikan perbaikan dilaksanakan dalam periode waktu yang telah ditentukan | Koord Umum & Organisasi |
| | Penilaian IKU tidak akurat | Sangat Besar | Mayor | Ekstrim | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Review Definisi Operasional IKU 2. Revisi Definisi Operasional dan Indikator Penilaian IKU 3. Implementasi pada RSB | Koord SPP |
| | Keterlambatan Pembayaran Klaim | Sangat Besar | Malapetaka | Ekstrim | | <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP melengkapi BRM tepat waktu 2. Pengisian BRM dimasukkan sebagai Indikator Penilaian IKII | Koord Pelayanan Medik & Keperawatan & Ka. IVPP |
| | RS Tidak WBK | Sangat Besar | Medium | Ekstrim | | Bang Zogri | Kepala SPI |

Lanjutan Tabel 2.13 :

| SASARAN STRATEGIS | RISIKO | KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI | DAMPAK RISIKO | TINGKAT RISIKO | WARNA | RENCANA MITIGASI RISIKO | PJ |
|--|---|----------------------------|---------------|----------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan | Belum ada Pengakuan Masyarakat terhadap Image Rumah Sakit | Besar | Mayor | Ekstrim | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Survei mutu layanan dilaksanakan oleh eksternal (Waktu Layanan, Kualitas Layanan, dan Perilaku Petugas RS) 2. Perbaiki tindak lanjut hasil survei | Koord Umum & Organisasi |
| | Tidak ada hasil penelitian dan Publikasi | Sangat Besar | Minor | Tinggi | | Mekanisme Reward Penelitian | Koord SPP |
| | | | | | | Alokasi Anggaran | Koord PE |
| Rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS | Sedang | Mayor | Ekstrim | | Resosialisasi Standar Pelayanan | Koord Pelayanan Medik & Keperawatan & Koord Pelayanan Penunjang | |
| Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif | Tidak adanya Bisnis Strategi Pemasaran | Besar | Mayor | Ekstrim | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penambahan Jumlah SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS 2. Training SDM Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS merujuk pada poin 1.d 3. Rekrutment Professional Marketer 4. Engagement dengan Marketing Consultant | Koord SPP |
| | Tidak tercapainya Target Pemasaran dan Pendapatan Rumah Sakit | Besar | Mayor | Ekstrim | | Pembuatan Bisnis Strategi Pemasaran yang Agresif | Ka. Instalasi Promkes & Pemasaran |

Lanjutan Tabel 2.13 :

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

BAB III

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI

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

3.1 Rumusan Pernyataan Tujuan, Misi & Tata Nilai

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

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

**Menjadi Rumah Sakit Terpilih dan Terpercaya
di Kawasan Timur Indonesia**

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

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

Tata Nilai tercermin dalam Motto “Ikhlas Melayani”

R = **R**espect (Menghormati)

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

S = **S**ervice (Layanan)

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

T = **T**eamwork (Kerja Tim)

Kolaborasi dan kontribusi semua profesi demi dalam memberikan pelayanan kesehatan

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

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

Perilaku Utama dalam implementasi Tata Nilai adalah sebagai berikut:

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

3.2 Arah dan Kebijakan Stakeholder Inti

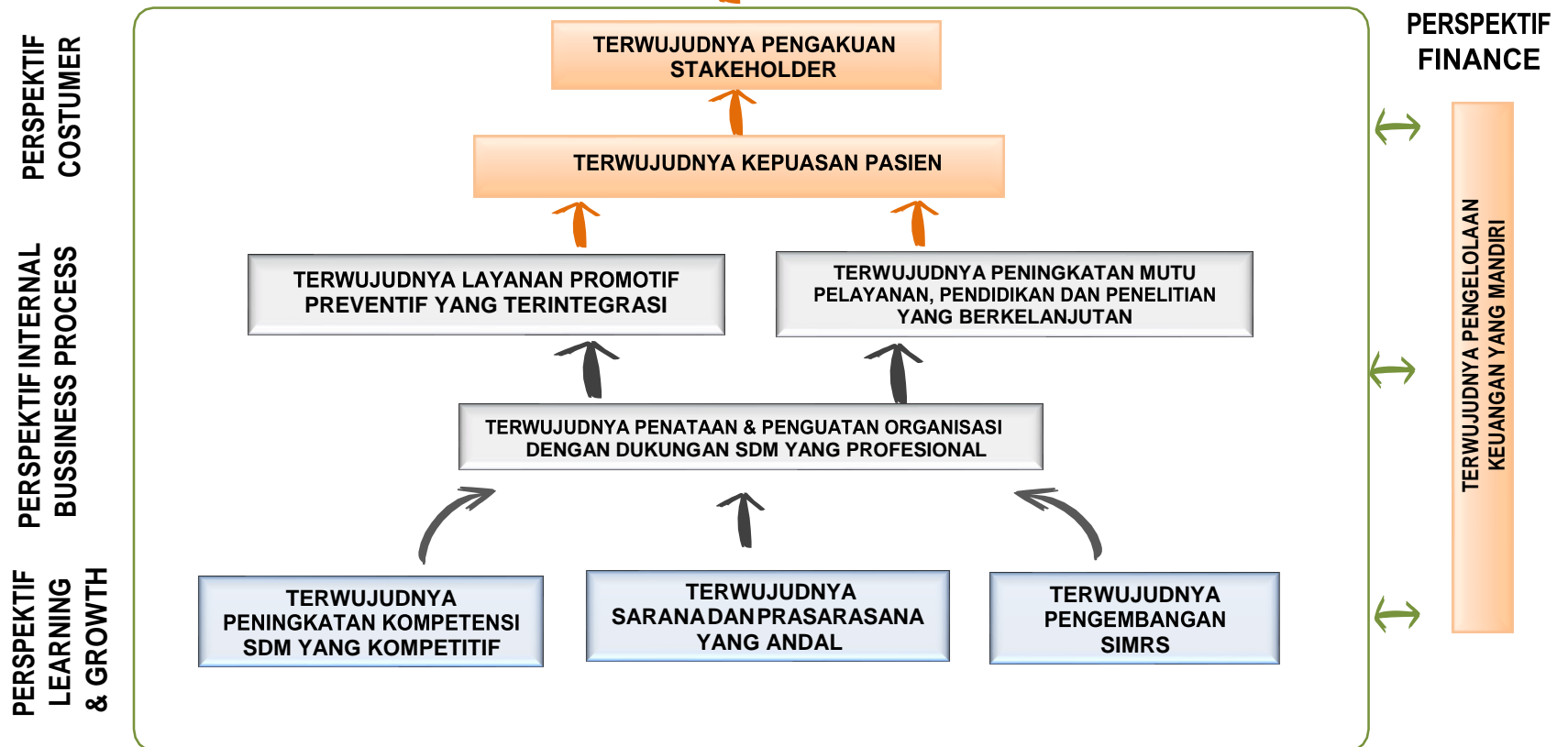
Aspirasi stakeholder inti dalam bentuk harapan dan kekhawatiran diuraikan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Aspirasi Stakeholder Inti

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

3.3 Rancangan Peta Strategis *Balance Scorecard* (BSC)

MENJADI RUMAH SAKIT TERPILIH DAN TERPERCAYA DI KAWASAN TIMUR INDONESIA



Gambar 2. Rancangan Peta Strategis

3.4 Indikator Kinerja Utama

3.4.1 Matriks IKU

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

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

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

| SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA UTAMA | BOBOT | BASELINE DATA | Target IKU | | | | |
|--|---|-------|----------------|------------|---------------|----------------|----------------|------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi | % Unit Layanan dengan Kinerja Baik | 6 | Indikator Baru | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% |
| | Collection Period | 5 | 52,56 | 50 | 45 | 40 | 35 | 30 |
| | Capaian Reformasi Birokrasi | 4 | Indikator Baru | Self Ass | Penilaian TPI | Pengusulan WBK | Pengusulan WBK | WBK |
| Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan | % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS | 6 | Indikator Baru | - | 80% | 85% | 87% | 90% |
| | Penelitian yang dipublikasikan | 3 | Indikator Baru | - | 1 | 2 | 3 | 5 |
| | Akreditasi RS | 6 | Indikator Baru | Akreditasi | Akreditasi | Re-akreditasi | Akreditasi | Akreditasi |
| Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif | Pertumbuhan Layanan MCU | 6 | Indikator Baru | 5% | 10% | 10% | 15% | 15% |
| | Penambahan KSO | 6 | Indikator Baru | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| | % Pengembangan Layanan Geriatri | 5 | Indikator Baru | - | - | Lengkap | Sempurna | Paripurna |

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

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

3.4.2 Kamus IKU

3.4.2.1 Perspektif Learning and Growth

a. % Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|
| IKU | : | % Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | Semua kegiatan peningkatan kompetensi staf (Seminar, Workshop, Inhouse Training, Magang dll) sesuai pemetaan TNA baik yang dilakukan di dalam RS maupun yang dilakukan di luar RS dengan standar minimal 20 jam per orang per tahun. | | | | | | | | | | |
| Formula | : | $\frac{\text{Jumlah staf yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah Seluruh Staf di RS}} \times 100$ | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU (%) | : | 4% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Pengembangan SDM | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>25%</td><td>30%</td><td>50%</td><td>75%</td><td>100%</td></tr></tbody></table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 25% | 30% | 50% | 75% | 100% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 25% | 30% | 50% | 75% | 100% | | | | | | | | |

b. % Kompetensi SDM yang Sesuai

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sasaran Strategis : | Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif | | | | |
| IKU : | Persentasi Kompetensi SDM yang sesuai | | | | |
| Definisi : | Kesesuaian Kompetensi SDM yang seharusnya dimiliki dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan (unit kerja) | | | | |
| Formula : | $\frac{\text{Total Pegawai yang sudah mendapatkan Pelatihan X 100}}{\text{Total Pegawai bekerja sesuai dengan komptensinya tahun berjalan}}$ | | | | |
| Bobot IKU (%) : | 6% | | | | |
| Person in Charge : | <ul style="list-style-type: none"> - Direktur SDM , Keuangan dan Umum - Koordinator SDM | | | | |
| Sumber Data : | Laporan Pengembangan SDM | | | | |
| Periode Laporan : | Triwulan | | | | |
| Target : | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| | 45% | 60% | 75% | 85% | 90% |

c. Efektivitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| IKU | : | Efektivitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | <p>Alat Medik Utama Layanan Unggulan yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta</p> <p>Efektivitas Alat Kesehatan :</p> <p>Tahun 2020 = 60%</p> <p>Tahun 2021 = 50%</p> <p>Tahun 2022 = 40%</p> <p>Tahun 2023 = 20%</p> | | | | | | | | | | |
| Formula | : | <i>Unpredicted Maintenance Cost – Predicted Maintenance Cost</i> | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU | : | 6% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | <ul style="list-style-type: none"> - Koordinator Organisasi dan Umum - Kepala Instalasi IPSRS | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Perbaikan Alat Kesehatan | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 65% | 70% | 75% | 80% | 85% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 65% | 70% | 75% | 80% | 85% | | | | | | | | |

d. Capaian *Green Hospital*

| | |
|-------------------|--|
| Sasaran Strategis | Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal |
| IKU | Capaian Green Hospital |
| Definisi | <p>Green Hospital adalah rumah sakit yang didesain, dibangun/direnovasi dan dioperasikan serta dipelihara dengan mempertimbangkan prinsip kesehatan dan lingkungan berkelanjutan.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pengelolaan Tapak :<ol style="list-style-type: none">a. Ruang terbuka hijau min. 30%b. Pengelolaan limpahan air hujan (Biopori, kolam serapan , dan sumur pantau)c. Lahan Parkir Sepeda Conblock2. Energy Consumption and Conservation :<ol style="list-style-type: none">a. Pengukuran penggunaan listrik dan air per bulanb. Pengurangan penggunaan sumber daya lainc. Merujuk pada poin 1.b3. Material Sumber daya dan Lifecycle (sumber hidup)<ol style="list-style-type: none">a. Pengurangan R22 (CFC) pada alat4. Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang<ol style="list-style-type: none">a. Opening Ventilation (bukaan)b. Pengukuran Emisi CO2c. Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokokd. Tidak menggunakan bahan bangunan berbahaya (Asbestos)e. Tersedia jendela pada setiap ruanganf. Menggunakan lampu LED5. Adanya taman penyembuhan baik indoor maupun outdoor 30%6. Manajemen lingkungan gedung<ol style="list-style-type: none">a. Utility bersertifikat green bulidingb. Pengelolaan sampath, B3 & Non B3 (Organik & Non Organik)c. Uji kesesuaian Gedung (Uji Teknis Bangunan) |

| Formula | : | <p><i>Green Hospital</i> yang akan diukur adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan Tapak : <ul style="list-style-type: none"> • Ruang terbuka hijau min. 30% 2. Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang <ul style="list-style-type: none"> • Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokok 3. Manajemen lingkungan gedung <ul style="list-style-type: none"> • Pengelolaan sampah, B3 & Non B3 (Organik & Non Organik) | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|----|-----|-----|-----|-----|
| Bobot | : | 4% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinator Organisasi dan Umum 2. Kepala Instalasi IPSRS | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Perbaikan Alat Kesehatan | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 0% | 75% | 80% | 85% | 90% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 0% | 75% | 80% | 85% | 90% | | | | | | | | |

e. Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| IKU | : | Tahapan Pengembangan SIMRS | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | <p>SIMRS adalah sistem informasi yang terintegrasi untuk menunjang digitalisasi pelayanan termasuk manajerial di seluruh unit yang ada di RS. Unit yang dimaksud adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medik dan Keperawatan 2. Keuangan 3. SDM 4. Umum 5. IPPJ 6. Instalasi Rawat Jalan 7. Instalasi Rawat Inap 8. Instalasi Gawat Darurat 9. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif 10. Instalasi Bedah Sentral 11. Unit Hemodialisa 12. Unit Unggulan* 13. Instalasi KIA/KB 14. Instalasi Rehabilitasi Medik* 15. Instalasi Laboratorium 16. Instalasi Radiologi 17. Instalasi Farmasi 18. Instalasi Gizi 19. Penunjang Non Medik (Sanitasi, Pemeliharaan Sarana dan Prasarana, CSSD & Laundry) 20. Instalasi Pemulasaran Jenazah | | | | | | | | | | |
| Formula | | $\frac{\text{Jumlah Unit yang Mengembangkan SIMRS}}{\text{Total Unit yang ada}} \times 100$ | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU (%) | : | 4% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Kinerja | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | | | |

3.4.2.2 Internal Bussiness Process

a. % Unit Layanan dengan Kinerja Baik

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|---|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| IKU | : | % Unit Layanan dengan Kinerja Baik | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | <p>Unit Layanan dengan Kinerja Baik adalah tingkat capaian kinerja Unit yang melebihi target kinerja Unit yang tertuang dalam kontrak kinerja dan telah terverifikasi.</p> <p>Unit Layanan yang dimaksud adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Jalan 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif 5. Instalasi Bedah Sentral 6. Instalasi KIA/KB 7. Instalasi Rehabilitasi Medik 8. Instalasi Laboratorium 9. Instalasi Radiologi 10. Instalasi Farmasi 11. Instalasi Gizi 12. Instalasi CSSD/Laundry 13. Instalasi Rekam Medik 14. Unit Hemodialisa 15. Instalasi IT 16. IPPJ 17. IPSRS 18. Promkes 19. Instalasi Sanitasi 20. Instalasi Pemulasaran Jenazah | | | | | | | | | | |
| Formula | : | $\frac{\text{Jumlah Unit Layanan dengan Kinerja Baik}}{\text{Total Unit Layanan}} \times 100$ | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU (%) | : | 6% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur Utama | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Kinerja | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | | | | | | | | |

b. Collection Period

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

c. Capaian Reformasi Birokrasi

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

d. % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| IKU | : | % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | Indikator Penilaian Mutu RS adalah Indikator Penilaian yang telah ditetapkan dalam rangka Program Peningkatan Mutu RS yang berfokus pada pasien | | | | | | | | | | |
| Formula | : | $\frac{\text{Total Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS}}{\text{Total Indikator Peningkatan Mutu RS}} \times 100$ | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU(%) | : | 4% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan PMKP | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> <td>87%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 65% | 70% | 85% | 87% | 90% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 65% | 70% | 85% | 87% | 90% | | | | | | | | |

e. Penelitian yang dipublikasikan

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

f. Akreditasi RS

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------|--|------------|------------|------|------|------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| IKU | : | Akreditasi RS | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri kesehatan, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan (Permenkes No.12 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit) | | | | | | | | | | |
| Formula | : | Hasil Penilaian Akreditasi RS | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU(%) | : | 6% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Bagian Pendidikan dan Penelitian | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Akreditasi</td> <td>Akreditasi</td> <td>Re-akreditasi</td> <td>Akreditasi</td> <td>Akreditasi</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Akreditasi | Akreditasi | Re-akreditasi | Akreditasi | Akreditasi |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| Akreditasi | Akreditasi | Re-akreditasi | Akreditasi | Akreditasi | | | | | | | | |

g. Pertumbuhan Layanan MCU

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

h. Penambahan Kerjasama Operasional (KSO)

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|----|----|----|----|----|
| IKU | : | Penambahan Kerjasama Operasional | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | Kerjasama Operasional adalah bentuk kerjasama dengan pihak ketiga dengan mengoptimalkan Aset yang dimiliki untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan. | | | | | | | | | | |
| Formula | : | Jumlah kerjasamaoperasional baru dalam 1 periode | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU(%) | : | 6% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Bulanan | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td></tr></tbody></table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | | | | | | | | |

i. % Pengembangan Layanan Geriatri

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

3.4.2.3 Customer

a. % Kepuasan Pasien

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

b. % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien

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

c. % Ketepatan Waktu Pelayanan

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Digitalisasi Layanan yang Efektif dan Efisien | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|
| IKU | : | % Ketepatan Waktu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | <p>Ketepatan waktu pelayanan adalah penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu sesuai dengan standar pelayanan.</p> <p>Waktu Pelayanan yang dimaksud adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2. Emergency Respon Time I 3. Waktu Tunggu Obat Jadi 4. Waktu Tunggu Laboratorium 5. Waktu Tunggu Radiologi 6. Waktu Tunggu Operasi Elektif | | | | | | | | | | |
| Formula | : | $\frac{\text{Jumlah Waktu Pelayanan yang Tepat}}{\text{Jumlah Seluruh Waktu Pelayanan yang diukur}} \times 100$ | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU (%) | : | 3% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Kinerja | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>40%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | | | | | | | | |

d. Capaian Indikator Kinerja BLU

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

e. Hasil Evaluasi SAKIP

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Pengakuan Stakeholder | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|------|------|------|------|------|----|----|----|----|------|
| IKU | : | Hasil Evaluasi SAKIP | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | <p>Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktifitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah.</p> <p>Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 telah ditetapkan bahwa implementasi dari SAKIP tersebut wajib dilaksanakan oleh seluruh instansi pemerintah dalam rangka peningkatan mutu kinerja, anggaran, dan reformasi birokrasi. SAKIP harus dilaksanakan secara selaras dengan tata cara pengendalian serta evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan.</p> <p>Evaluasi Penyelenggaraan SAKIP dilakukan secara terpadu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aspek perencanaan (bobot 35%), Aspek pengukuran kinerja (bobot 20%), Aspek pelaporan kinerja (bobot 15%), Aspek evaluasi kinerja (bobot 10%), Aspek Capaian kinerja (bobot 20%) | | | | | | | | | | |
| Formula | : | Hasil Evaluasi SAKIP oleh ITJEN | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU (%) | : | 3% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Laporan Tindak Lanjut Survei Kepuasan | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>97</td> <td>97</td> <td>98</td> <td>98</td> <td>98,5</td> </tr> </tbody> </table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 97 | 97 | 98 | 98 | 98,5 |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| 97 | 97 | 98 | 98 | 98,5 | | | | | | | | |

3.4.2.4 Finance

a. Hasil Ausit Laporan Keuangan oleh BPK

| Sasaran Strategis | : | Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Sehat dan Mandiri | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|---|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| IKU | : | Hasil Audit Laporan Keuangan | | | | | | | | | | |
| Definisi | : | Audit Laporan Keuangan adalah Audit Keuangan oleh BPK secara keseluruhan laporan keuangan sesuai dengan SAP. | | | | | | | | | | |
| Formula | : | Hasil Audit Laporan Keuangan oleh BPK | | | | | | | | | | |
| Bobot IKU(%) | : | 3% | | | | | | | | | | |
| Person In Charge | : | Direktur SDM, Keuangan dan Umum | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | : | Hasil Audit Laporan Keuangan | | | | | | | | | | |
| Periode Pelaporan | : | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Target | : | <table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td><td>WTP</td></tr></tbody></table> | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | WTP | WTP | WTP | WTP | WTP |
| 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | | | | | | | |
| WTP | WTP | WTP | WTP | WTP | | | | | | | | |

b. Pertumbuhan Pendapatan

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

3.5 Roadmap 5 Tahun Ke Depan



Penataan dan Penguatan Tata Kelola Organisasi

1. Penguatan Komitmen dan Budaya Kinerja
2. Menumbuhkembangkan inovasi dan kompetisi
3. Layanan Unggulan Terpercaya

Proses Bisnis yang Berkelanjutan

1. Digitalisasi layanan yang efektif & efisien
2. Kinerja berbasis Kendali Mutu & Biaya
3. *Inovation Challenge*
4. Promotif Preventif Terintegrasi
5. *Patient Experience*

Terpilih dan Terpercaya

1. Bertumbuh dan Mandiri
2. *Loyal Customer*

3.6 Program Kerja Strategis

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

| INDIKATOR KINERJA UTAMA | KEBIJAKAN STRATEGIS | PROGRAM STRATEGIS | | | | |
|---|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| % Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun | Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif | Pengembangan SDM Prioritas | Pengembangan SDM Prioritas | Pengembangan SDM Prioritas | Pengembangan SDM Prioritas | Pengembangan SDM Prioritas |
| % Kompetensi SDM yang sesuai | Perubahan Pola Pikir (Mind Set) dan Budaya (Culture Set) | Manajemen Perubahan | Manajemen Perubahan | Innovation Champion | Innovation Champion | Innovation Champion |
| Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan | Penataan dan Pengelolaan Aset yang komprehensif | Penataan dan Pengelolaan Aset | Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas | Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas | Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas | Penataan dan Pengelolaan Aset Sintas |
| Capaian Green Hospital | Pengelolaan Green Hospital | Green Care | Green Care | Green Care | Green Care | Green Care |
| % Unit Layanan dengan Kinerja Baik | Perubahan Pola Pikir (Mind Set) dan Budaya (Culture Set) | Manajemen Perubahan | Manajemen Perubahan | Innovation Champion | Innovation Champion | Innovation Champion |
| % Ketepatan Waktu Pelayanan | Reformasi Birokrasi Pelayanan | Bang Zogri | Bang Zogri | Bang Zogri | Bang Zogri | Bang Zogri |
| Collection Period | | | | | | |
| Hasil Audit LAKIP | | | | | | |
| Audit Laporan Keuangan | | | | | | |
| Pertumbuhan Pendapatan | | | | | | |
| Indikator Kinerja BLU | | | | | | |

Lanjutan Tabel 3.5 :

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

BAB IV PROYEKSI FINANSIAL

4.1 Estimasi/Realisasi Pendapatan

Tabel 4.1. Estimasi/Realisasi Pendapatan 2020 – 2024

| NO | SUMBER PENDAPATAN | 2019 | ESTIMASI PENDAPATAN | | | | |
|----|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 1. | Dana Pemerintah | | | | | | |
| | APBN | 86.744.862.848 | 231.376.436.000 | 79.912.818.000 | 150.550.554.000 | 156.176.689.000 | 129.251.600.000 |
| | APBD | - | - | - | - | - | - |
| 2. | Dana Masyarakat | - | - | - | - | - | - |
| 3. | Kontribusi Unit Kerja | 40.163.658.394 | 67.088.439.000 | 148.000.000.000 | 102.000.000.000 | 123.000.000.000 | 154.250.000.000 |
| 4. | Pemasukan Lain-lain | 1.134.181.336 | 1.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 |
| | Total | 127.422.580.188 | 299.464.875.000 | 229.912.818.000 | 254.550.554.000 | 281,176,689,000 | 285.501.600.000 |

4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

4.2.1 Anggaran Program Kelangsungsan Operasional

Tabel 4.2. Estimasi Anggaran Operasional 2020 – 2024

| No | Uraian | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------|--|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Belanja Gaji dan Tunjangan | 40.000.000.000 | 60.000.000.000 | 60.000.000.000 | 70.000.000.000 | 70.500.000.000 |
| 2 | Belanja Barang | 1.543.560.000 | 2.858.900.000 | 3.538.000.000 | 5.099.050.000 | 5.250.000.000 |
| 3 | Belanja Jasa | 2.241.244.000 | 3.500.000.000 | 4.500.000.000 | 6.200.000.000 | 6.500.000.000 |
| 4 | Belanja Pemeliharaan | - | 2.000.000.000 | 3.000.000.000 | 4.750.000.000 | 5.000.000.000 |
| 5 | Belanja Perjalanan | 2.200.310.000 | 5.750.300.000 | 5.987.200.000 | 6.887.639.000 | 7.243.000.000 |
| 6 | Pengadaan Obat-obatan dan BHP | 8.230.301.000 | 15.939.800.000 | 11.484.800.000 | 12.606.000.000 | 12.707.000.000 |
| 7 | Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya | 1.223.563.000 | 2.000.000.000 | 3.200.000.000 | 4.500.000.000 | 5.000.000.000 |
| 8 | Belanja Peralatan dan Mesin | 7.561.022.000 | 21.571.000.000 | 11.000.000.000 | 13.000.000.000 | 13.000.000.000 |
| 9 | Peningkatan kapasitas & pengembangan SDM | 2.050.000.000 | 6.000.000.000 | 6.140.555.516 | 8.000.000.000 | 8.250.000.000 |
| 10 | Dukungan Manajemen Teknis | 143.789.538.000 | 149.464.875.000 | 107.409.998.484 | 109.900.000.000 | 110.251.600.000 |
| Total | | 208.839.538.000 | 269.084.875.000 | 216.260.554.000 | 251.165.000.000 | 253.451.600.000 |

4.2.2 Anggaran Program Pengembangan

4.2.2.1 Pencapaian IKU

Tabel 4.3. Estimasi Anggaran Program Pengembangan 2020 - 2024

| INDIKATOR KINERJA UTAMA | PROGRAM STRATEGIS | PROGRAM STRATEGIS | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| % Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun | Pengembangan SDM Prioritas | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 | 2.000.000.000 |
| % Staf dengan Kinerja Terbaik % Unit Layanan dengan Kinerja Baik | Manajemen Perubahan | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 |
| Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan | Penataan dan Pengelolaan Aset Terpadu | 25.000.000.000 | 20.000.000.000 | 25.000.000.000 | 27.000.000.000 | 28.000.000.000 |
| Capaian Green Hospital | Green Care | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 | 500.000.000 |
| Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS | Program SUSI (Satu Unit, Satu Inovasi) | 100.000.000 | 150.000.000 | 170.000.000 | 200.000.000 | 200.000.000 |
| % Ketepatan Waktu Pelayanan Hasil Audit LAKIP Audit Laporan Keuangan Indikator Kinerja BLU | Bang Zogri | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 | 1.000.000.000 |
| % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS Akreditasi RS | Hospital Round | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 |
| Total 1 | | 29.200.000.000 | 24.250.000.000 | 29.270.000.000 | 31.300.000.000 | 32.300.000.000 |

Lanjutan Tabel 4.3

| INDIKATOR KINERJA UTAMA | PROGRAM STRATEGIS | PROGRAM STRATEGIS | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Pertumbuhan Layanan MCU | TCC (Tajuddin Chalid Card) | 150.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 75.000.000 | 100.000.000 |
| Penambahan KSO | Manajemen KSO | 50.000.000 | 50.000.000 | 50.000.000 | 50.000.000 | 50.000.000 |
| % Pengembangan Layanan Geriatri | TCC (Tajuddin Chalid Card) | - | - | 1.000.000.000 | 2.500.000.000 | 3.000.000.000 |
| Penelitian yang dipublikasikan | Pengelolaan Pendidikan dan Penelitian | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 |
| % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien | TC Care | 200.000.000 | 250.000.000 | 200.000.000 | 200.000.000 | 200.000.000 |
| Collection Period | Manajemen Pengelolaan Piutang | 50.000.000 | 30.000.000 | 20.000.000 | 10.000.000 | 50.000.000 |
| Pertumbuhan Pendapatan | Optimalisasi Layanan Unggulan | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 | 100.000.000 |
| | Total 2 | 500.000.000 | 500.000.000 | 1.450.000.000 | 2.925.000.000 | 3.450.000.000 |
| | Total 1 + 2 | 29.700.000.000 | 24.750.000.000 | 30.720.000.000 | 34.225.000.000 | 35.750.000.000 |

4.2.2.2 Mitigasi Risiko

Tabel 4.4. Estimasi Anggaran Mitigasi Risiko 2020 – 2024

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

4.3 Rencana dan Realisasi Pendanaan

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

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

1. Tahun 2020

a. Sebelum Revisi

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

b. Realisasi Pendapatan

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

2. Tahun 2021

a. Sebelum Revisi

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

b. Target Pendapatan

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

3. Tahun 2022

a. Sebelum Revisi

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

b. Target Pendapatan

Rencana pendapatan sebesar Rp. 254.550.554.000, yang terdiri dari APBN Rp. 150.550.554.000 dan PNBPN sebesar Rp.104.000.000.000. Sedangkan anggaran pengeluaran sebesar Rp. 254.550.554.000. Jika dibandingkan antara anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu

memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 150.550.554.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien

4. Tahun 2023

a. Sebelum Revisi

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

b. Setelah Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp. 281.176.689.000 yang terdiri dari APBN Rp.156.176.689.000 dan PNBPN sebesar Rp. 125.000.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 281.176.689.000. Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 156.176.689.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

5. Tahun 2024

a. Sebelum Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp.529.251.600.000, yang terdiri dari APBN Rp.129.251.600.000, dan PNBPN sebesar Rp. 400.000.000.000,-.

b. Setelah Revisi

Rencana pendapatan sebesar Rp.285.501.600.000 yang terdiri dari APBN Rp.129.251.600.000, dan PNBPN sebesar Rp. 156.250.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 285.501.600.000. Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RS dr Tajuddin Chalid Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp.129.251.600.000. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RS dr Tajuddin Chalid Makassar akan berupaya melakukan upaya-upaya lain yang tidak terikat serta melakukan program dan kegiatan dengan prinsip efektif dan efisien.

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

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

BAB V PENUTUP

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

Target Kinerja yang akan dicapai yang akan dituangkan dalam penganggaran, bukan sebaliknya, untuk itu komitmen pencapaian target kinerja harus menjadi pondasi yang kokoh, sehingga Anggaran menjadi efektif, efisien dan tepat sasaran. Masing-masing Person In Charge harus menjadi Role Model dalam Implementasi Rencana Strategis Bisnis demi tercapainya tujuan organisasi secara keseluruhan.

Target Kinerja dan Anggaran yang sudah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis ini bukanlah suatu kemustahilan, dengan kerja keras, tim kerja yang solid, melayani sesuai standar memiliki daya ungkit yang sangat besar dalam pencapaian target kinerja dan pendapatan.