

# RENCANA STRATEGIS BISNIS

## RSUP FATMAWATI

### TAHUN 2015 - 2019



**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**

Jl. RS Fatmawati Cilandak Jakarta 12430 Phone: +62 21 7660552 Fax: +62 21 7690123 [www.fatmawatihospital.com](http://www.fatmawatihospital.com)



# LEMBAR PENGESAHAN

## RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUP FATMAWATI 2015-2019

dengan Visi:

“Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan ekselen terpadu tahun 2019”

Disahkan di : Jakarta

Pada Tanggal : Januari 2015

Oleh :

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan,



Prof. Dr. Akmal Taber, Sp.U (K)

NIP 19530121980101001



**DISAMPAIKAN RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP FATMAWATI 2015-2019  
UNTUK DIKETAHUI DEWAN PENGAWAS RSUP FATMAWATI**

**JAKARTA, 12 JANUARI 2015**

**KETUA DEWAN PENGAWAS**

**Prof. Dr. Tjandra Yoga Aditama, SpP(K),MARS,DTM&H**

**DIREKTUR UTAMA**



**Dr. Andi Wahyuningih Attas, SpAn,KIC, MARS &  
NIP. 195708021987102001**



## Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya, buku Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati periode 2015-2019 dapat diselesaikan. Penyelesaian buku Rencana Strategis Bisnis ini berkat kerjasama, dedikasi dan semangat Direksi, Manajemen dan seluruh Staf RSUP Fatmawati.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan salah satu perangkat strategis untuk memandu dan mengendalikan arah gerak dan perkembangan bisnis suatu organisasi. Sebagaimana layaknya suatu dokumen rencana strategis, buku ini berisikan arah, prioritas, strategi, sasaran-sasaran strategis, Indikator Kinerja utama dan program kerja strategis. Selain itu, RSB RSUP Fatmawati 2015-2019 ini juga dilengkapi dengan suatu bahasan khusus tentang Analisis dan Mitigasi Risiko.

Seiring dengan semakin besarnya harapan dan kekhawatiran *stakeholders*, RSUP Fatmawati menyadari bahwa diperlukan integrasi yang optimal antara pelayanan, pendidikan dan penelitian serta diharapkan terbangun jejaring pelayanan, pendidikan dan penelitian yang sinergis dan harmonis. Atas

dasar itulah, RSB ini disusun dengan memposisikan RSUP Fatmawati menjadi bagian dari suatu *Academic Health System* yang bekerjasama dengan FK Universitas Indonesia sesuai dengan visi RSUP Fatmawati yaitu **"Menjadi RS rujukan Nasional dengan layanan ekselen terpadu 2019"**.

Kami mengucapkan terima kasih atas bantuan segala pihak yang terlibat dalam penyusunan buku Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati periode 2015-2019 ini. Kami berharap buku ini dapat menjadi acuan dan pedoman pengembangan pelayanan RSUP Fatmawati, dan visi RSUP Fatmawati dapat tercapai.



Jakarta, Januari 2015  
Direktur Utama,

Dr. Andi Wahyuningsih Attas, SpAn, KIC, MARS  
NIP. 195708021987102001

## Daftar Isi

Kata Pengantar .....	i	3.2 Tantangan Strategis .....	34
Daftar Isi .....	i	3.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai .....	35
Daftar Gambar .....	ii	3.4 Patok Duga ( <i>Benchmark</i> ) .....	36
Daftar Tabel .....	ii	3.5 Analisis SWOT .....	37
Voyage Plan RSUP Fatmawati .....	iii	3.6 Diagram Kartesian Pilihan Prioritas Strategis .....	39
I. PENDAHULUAN .....	1	3.7 Analisa TOWS .....	43
1.1. Latar Belakang .....	1	3.8 Peta Strategi .....	45
1.2 Tujuan .....	2	IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS ....	48
1.3 Metodologi Penyusunan RSB .....	2	4.1 Matriks KPI .....	48
II. GAMBARAN KINERJA RSUP FATMAWATI 2011-2014 .....	7	4.2 Program Kerja Strategis .....	54
2.1 Gambaran Umum RSUP Fatmawati .....	7	V. ANALISIS DAN MITIGASI RISIKO .....	61
2.2. Pencapaian Kinerja 2011-2014 .....	8	5.1 Analisis Risiko .....	61
2.3. Evaluasi Kinerja 2011-2014 .....	8	5.2 Rencana Mitigasi Risiko .....	66
2.4 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan .....	10	VI. PROYEKSI FINANSIAL .....	69
2.5 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan .....	28	6.1 Estimasi Pendapatan .....	69
2.6 Gambaran SDM RSUP Fatmawati .....	30	6.2 Estimasi Kebutuhan Anggaran .....	71
2.7 Hasil Evaluasi Kinerja 2011-2014 .....	30	LAMPIRAN KAMUS KPI .....	77
III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS .....	32		
3.1 Tuntutan <i>Stakeholders</i> Kunci .....	32		

## Daftar Gambar

Gambar 1. 1. Metodologi Penyusunan Renstra RSUP Fatmawati Periode 2015 – 2019.....	6
Gambar 3. 1. Diagram Kartesian Pilihan Prioritas RSUP Fatmawati 2015-2019.....	42
Gambar 3. 2. Peta Strategi RSUP Fatmawati 2015-2019 .....	46

## Daftar Tabel

Tabel 2. 1. Pencapaian Kinerja 2011-2014 .....	9
Tabel 2. 2. Pencapaian Kinerja Keuangan RSUP Fatmawati tahun 2010 -2012 .....	28
Tabel 3. 1. Harapan dan Kekhawatiran Utama <i>Stakeholder</i> Kunci .....	33
Tabel 3. 2. Peluang ( <i>Opportunity</i> ) .....	40
Tabel 3. 3. Ancaman ( <i>Threat</i> ).....	40
Tabel 3. 4. Kekuatan ( <i>Strength</i> ) .....	41
Tabel 3. 5. Kelemahan ( <i>Weakness</i> ) .....	41
Tabel 3. 6. Hasil Analisis TOWS .....	44
Tabel 4. 1. Indikator Kinerja Utama (KPI) .....	49
Tabel 4. 2. Matriks KPI.....	52
Tabel 4. 3. Program Kerja Strategis.....	55
Tabel 5. 1. Acuan Penilaian Risiko .....	63
Tabel 5. 2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis.....	64
Tabel 5. 3. Rencana Mitigasi Risiko .....	67
Tabel 6. 1. Estimasi pendapatan 2015-2019.....	69
Tabel 6. 2. Estimasi kebutuhan anggaran 2015-2019 .....	72
Tabel 6.3. Estimasi kebutuhan Program Mitigasi Risiko.....	73

## VOYAGE PLAN RSUP FATMAWATI TAHUN 2015-2019

### TANTANGAN STRATEGIS

- Mempertahankan Akreditasi JCI
- Meningkatkan Pelayanan yang ekselen (tepat waktu, komunikasi interaktif dengan pasien dan aksesibilitas pelayanan)
- Meningkatkan jaminan mutu untuk wahana pendidikan (kualifikasi sebagai tenaga pendidik, sarana, kasus)
- Memiliki sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu
- Memiliki layanan rujukan unggulan yang berbasis penelitian
- Mewujudkan Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian (*Academic Health System*)
- Mengoptimalkan sistem remunerasi dan meningkatkan kesejahteraan pegawai
- Memantapkan sistem manajemen SDM (kompetensi berkesinambungan, kejelasan jenjang karir sehingga ada pengakuan keahlian)
- Memiliki *Good Corporate Governance*
- Meningkatkan sarana, fasilitas (medik dan umum) dan sistem informasi yang terpadu

### MISI

- Memberikan pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang berkualitas dan terintegrasi
- Meningkatkan kinerja, kompetensi dan kesejahteraan karyawan
- Menyelenggarakan *good corporate governance*
- Memberikan pelayanan berbasis *continoum of care throughout life cvcle*

### VISI 2019

**“Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan ekselen terpadu 2019”**

### KEY PERFORMANCE INDICATOR

#### INTERNAL BUSINESS PROCESS

- Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisplin
- Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati
- Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional/internasional
- Capaian akreditasi RS
- Persentase pengembangan cluster layanan terpadu
- Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik
- Persentase AFI (Action for Improvement) terkait integrasi yang ditindak lanjuti
- Jumlah riset translasional yang didokumentasikan
- Persentase rujukan tepat
- Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring
- Jumlah KSO pengadaan peralatan
- Jumlah staf yang mengikuti program Sub-spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat
- Jumlah kemitraan riset yang dilaksanakan
- Persentase SIP yang ditindak lanjuti
- Persentase capaian kinerja medik
- Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor integrasi

#### STAKEHOLDER

- Indeks Kepuasan Pasien
- Persentase Kepuasan Staf
- Persentase Kepuasan Peserta Didik
- Tingkat Kesehatan BLU

#### FINANSIAL

- Trend Peningkatan Pendapatan
- POBO

#### LEARNING & GROWTH

- Persentase capaian kinerja satker
- Indeks Persepsi GCG
- Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)
- Tingkat keandalan sarpras
- Tingkat integrasi sistem informasi

KONDISI SEKARANG

KONDISI MASA DEPAN

## I. PENDAHULUAN



### 1.1. Latar Belakang

Organisasi merupakan suatu tatanan untuk mencapai tujuan. Dalam tata kelola sistem yang modern, organisasi publik selayaknya dirancang atas dasar misi dan tujuannya. Dalam kaitan tersebut, setiap organisasi publik perlu menyusun prioritas pengelolaan dan pengembangannya agar segenap komponen organisasi publik dan para mitra kerjanya bergerak searah dan sinergis menuju tujuan keseluruhan organisasi publik. Rencana strategis (renstra) merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen puncak dari suatu organisasi publik yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, berbagai unit kerja, dan mitra kerjanya untuk bergerak searah dan bersinergis menuju tujuan-tujuan keseluruhan organisasi publik.

Dengan memusatkan organisasi pada hal-hal yang sangat penting, renstra bertindak sebagai kompas yang membantu pengambil keputusan di berbagai tingkat organisasi publik untuk

mengetahui kapan “bertahan di jalur” dan kapan perlu mengubah strategi organisasi dalam menghadapi dinamika tuntutan *stakeholders* kunci organisasi. Apalagi, setiap manajemen puncak organisasi menyadari betul bahwa kemampuan inti organisasi sebetulnya dapat mengalami penurunan baik dikarenakan perubahan tuntutan lingkungan eksternal organisasinya yang cenderung lebih rasional dari waktu ke waktu (misal peningkatan mutu pendidikan, peningkatan mutu layanan, dan harga layanan rumah sakit yang kompetitif, riset yang unggul), maupun dikarenakan turunnya kemampuan internal organisasinya (misal pensiunnya para personil yang mumpuni, memburuknya kualitas koordinasi antar unit kerja dan personil, menurunnya tingkat kehandalan sarana dan prasarana medis dan pendidikan, dsb).

Renstra bagi sebuah organisasi publik merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholders* kuncinya. Renstra juga merupakan bentuk tanggung



jawab utama jajaran manajemen puncak organisasi publik terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders* kuncinya. Oleh karena itu, renstra organisasi seharusnya menjadi pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen puncak dari suatu organisasi publik dalam menilai kemajuan status pencapaian visi dan target kinerja organisasi jangka pendek dan panjang serta mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasinya agar sejalan dengan tuntutan utama *stakeholders* kuncinya.

Memperhatikan pentingnya integrasi misi pendidikan, layanan dan riset yang unggul dalam menghadapi tantangan yang berkembang di masa mendatang, maka dibutuhkan sebuah dokumen rencana strategis periode tahun 2015 – 2019 yang disusun dalam kerangka integrasi tersebut. Dokumen RSB ini diharapkan akan menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 dalam mengemban misi dan mencapai visi organisasi.

## **I.2 Tujuan**

Penyusunan RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 mempunyai tujuan pokok sebagai berikut:

- (i) menghasilkan peta jalan (*road map*) untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 - 2019
- (ii) menjadi dasar untuk mengomunikasikan arah dan prioritas strategis pengembangan dan pengelolaan RSUP Fatmawati kepada para pemangku kepentingan inti (*key stakeholders*)
- (iii) menjadi dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan visi dan misi RSUP Fatmawati
- (iv) menjadi salah satu acuan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders* inti RSUP Fatmawati

## **I.3 Metodologi Penyusunan RSB**

Dalam menyusun RSB RSUP Fatmawati periode tahun 2015 – 2019 ini, dilakukan sejumlah fase sebagai berikut:

- (a) Menentukan analisa lingkungan dan kinerja  
Fase ini dilakukan untuk menganalisa dinamika tuntutan dari lingkungan eksternal dan internal RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2015 - 2019. Analisa ini dilakukan dengan mengidentifikasi apa saja harapan dan kekhawatiran *stakeholders* kunci dari RSUP Fatmawati untuk kurun waktu tahun 2015 – 2019. Fase ini juga dilengkapi dengan aktivitas: menganalisa kinerja perbandingan yang cukup baik (*benchmark*/patok duga), dan mengidentifikasi aspirasi manajemen RSUP Fatmawati, khususnya harapan dan kekhawatiran manajemen menghadapi dinamika tuntutan *stakeholders* kunci dalam kurun waktu tahun 2015 – 2019.
- (b) Menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati  
Fase ini bertujuan untuk menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati untuk kurun waktu tahun 2015 – 2019. Fase ini akan menganalisa kekuatan (*strength*), kekurangan/kelemahan (*weakness*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*). Dalam fase ini,

dilakukan juga analisa daya saing terhadap RSUP Fatmawati dalam menghadapi peluang dan ancaman serta mempertimbangkan kekuatan dan ancaman. Berdasarkan hasil analisa daya saing selanjutnya dilakukan analisa TOWS. Berbagai sasaran strategis yang direkomendasikan dari analisa TOWS menunjukkan prioritas strategis yang hendak dilakukan oleh RSUP Fatmawati dalam kurun waktu tahun 2015 – 2019. Berdasarkan sasaran strategis yang teridentifikasi, peta strategi ditentukan. Peta strategi dalam dokumen ini merupakan gambaran jalinan sebab-akibat berbagai sasaran strategis RSUP Fatmawati untuk mencapai visi 2019. Jalinan sebab-akibat sasaran strategis tersebut digambarkan dalam perspektif *learning&growth*, perspektif *internal business process*, perspektif *stakeholders* serta perspektif finansial. Berdasarkan peta strategi tersebut, setiap sasaran strategis ditentukan KPI (*Key Performance Indicator*) yang relevan. Peran KPI ini adalah untuk menentukan tingkat keberhasilan (kualitatif)

pencapaian suatu sasaran strategis dalam mewujudkan visi RSUP Fatmawati. Setiap KPI dilengkapi dengan target KPI yang menggambarkan ukuran kuantitatif keberhasilan pencapaian sasaran strategis pada suatu tahun. Target KPI ditentukan dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2019.

- (c) Menentukan program kerja strategis RSUP Fatmawati:  
Bagian ini akan menjelaskan apa saja program kerja strategis yang dibutuhkan oleh RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi 2019. Program kerja strategis menggambarkan kumpulan rencana aksi atau kegiatan yang diperkirakan dapat mewujudkan suatu sasaran strategis. Program kerja strategis ditentukan mulai dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2019.
- (d) Analisa dan mitigasi risiko  
Bagian ini bertujuan utama untuk mengidentifikasi apa saja risiko yang dapat menggagalkan pencapaian atau keterwujudan sasaran strategis. Bagian ini juga bertujuan untuk menilai tingkat risiko, serta merencanakan upaya

mitigasi risiko yang dibutuhkan, sedemikian sehingga visi RSUP Fatmawati bisa dicapai.

- (e) Proyeksi pendapatan dan anggaran  
Bagian ini bertujuan utama untuk menyajikan informasi tentang estimasi pendapatan usaha dan berbagai bentuk biaya yang akan terjadi terkait dengan upaya mewujudkan berbagai sasaran strategis guna mewujudkan visi RSUP Fatmawati.

FGD (*Focus Group Discussion*) telah digunakan untuk menyusun RSBRSUP Fatmawati periode tahun 2015-2019. FGD merupakan salah satu metode pengambilan keputusan kelompok yang menggabungkan pengambilan suara para anggota tim ahli (*expert*) dengan diskusi terbatas untuk menciptakan konsensus dan mendapatkan keputusan tim. Penyusunan RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 dilakukan dengan melibatkan jajaran manajemen puncak RSUP Fatmawati. Alasan menggunakan metode FGD dalam penyusunan RSB adalah sebagai berikut :

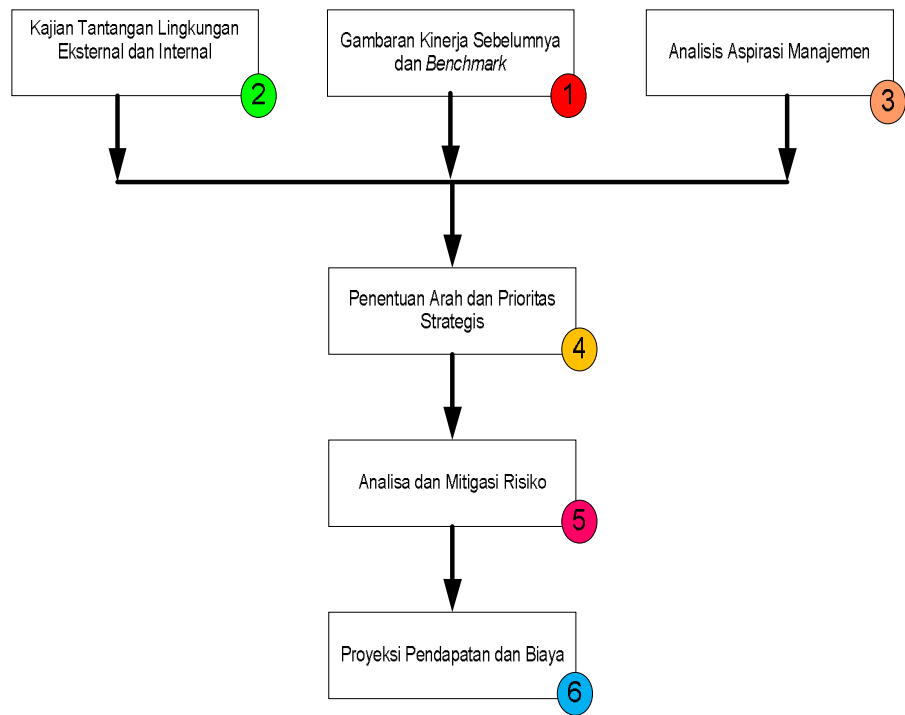
- FGD dihadiri oleh orang-orang yang sangat memahami tentang seluk beluk arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati, sehingga kualitas informasi yang diperoleh akan sangat tinggi.
- FGD memungkinkan proses perumusan dan pemilihan terjadi secara interaktif, sehingga seorang peserta akan dapat memperbaiki rumusan atau pilihannya setelah mendengarkan argumentasi yang disampaikan oleh anggota FGD lainnya.
- FGD dibagi dalam beberapa tahapan untuk memberikan kesempatan kepada peserta untuk melahirkan suatu rumusan terbaik yang dipilih atau disepakati dalam diskusi tersebut. Dengan kata lain, pendekatan FGD ini juga digunakan untuk mendorong semua peserta agar mempunyai tingkat partisipasi yang sama dalam setiap tahapan diskusi, tanpa harus dibebani oleh alasan senioritas, jabatan, atau hambatan kepribadian.
- FGD cocok diterapkan untuk permasalahan yang sensitif dan penting, seperti dalam penyusunan RSB RSUP

Fatmawati. Metode ini dapat digunakan dalam pengambilan keputusan untuk tahapan-tahapan penyusunan RSB karena diperkirakan terdapat perbenturan gagasan dan pembahasan berbelit-belit di antara peserta FGD.

- FGD memungkinkan terbentuknya suatu komitmen di antara peserta tentang hal-hal yang telah disepakati dan kemudian digunakan sebagai dasar untuk eksekusi RSB RSUP Fatmawati pada periode tahun 2015 – 2019.

Secara keseluruhan, metodologi penyusunan RSB RSUP Fatmawati disajikan pada gambar 1.1. Gambar 1.2 menyajikan sebagian rekaman proses penyusunan RSB dengan pendekatan FGD, yang melibatkan jajaran manajemen RSUP Fatmawati.





**Gambar 1.1. Metodologi Penyusunan RSB RSUP Fatmawati Periode 2015 – 2019**



## II. GAMBARAN KINERJA RSUP FATMAWATI 2011-2014

### 2.1. Gambaran Umum RSUP Fatmawati

Pada awalnya RSUP Fatmawati bernama Rumah Sakit Ibu Soekarno, terletak di kelurahan Cilandak Barat Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan dan direncanakan sebagai Rumah Sakit TBC khusus Anak-anak oleh Yayasan Ibu Soekarno. Dalam proses pembangunannya, yayasan mengalami kesulitan sehingga diserahkan kepada Departemen Kesehatan RI pada tahun 1961.

Di bawah Departemen Kesehatan RI, RSUP Fatmawati berkembang dan mengalami beberapa perubahan seiring dengan perubahan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan.

Perubahan status RSUP Fatmawati sebagai berikut :

a) Tahun 1984 melalui SK Menkes RI No.294/Menkes/SK/V/1984, SK Menkes No. 1306/Menkes/SK/III/1988 RSUP Fatmawati dinyatakan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas B Pendidikan dan sebagai Pusat Rujukan Wilayah Jakarta Selatan.

- b) Tahun 1992 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana bersyarat dan dua tahun kemudian menjadi Rumah Sakit Umit Swadana tanpa syarat.
- c) Tahun 1997 dengan diberlakukannya UU No.20 Tahun 1997, RSUP Fatmawati berubah menjadi Instansi pengguna PNB (Penerimaan Negara bukan Pajak)
- d) Tahun 2000 berdasarkan PP No.117 tahun 2000 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Perjan (Perusahaan Jawatan)
- e) Tahun 2005 melaluisurat Menkes RI No.1861/Menkes/VI/2005 dan SK Menkes RI No.1243/Menkes/VIII/2005, RSUP Fatmawati menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU)
- f) Tahun 2008 berdasarkan SK Menkes RI No.424/Menkes/SK/VI/2008 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai RSU dengan pelayanan unggulan Bidang Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik.

- g) Tahun 2010, bertepatan dengan HUT RSUP Fatmawati yang ke 49, berdasarkan SK Menkes No.8/Menkes/SK/IV/2010 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan tersertifikasi sebagai RS Pendidikan.
- h) Tahun 2011 RSUP Fatmawati mendapatkan sertifikat ISO & OHSAS
- i) Tahun 2013 RSUP Fatmawati meraih akreditasi nasional KARS dan internasional JCI.

## **2.2. Pencapaian Kinerja 2011-2014**

Salah satu pencapaian kinerja yang sangat membanggakan adalah diperolehnya akreditasi JCI (*Joint Commission Internasional*) yang menandakan bahwa tatakelola klinis dan manajerial RSUP Fatmawati sudah berstandar internasional.

Secara lebih rinci, capaian-capaian indikator-indikator utama terkait aspek manajemen pelayanan medik dan aspek mutu pelayanan medik juga terus mengalami peningkatan selama tahun 2011-2014, seperti terlihat pada Tabel 2.1.

## **2.3. Evaluasi Kinerja 2011-2014**

Terlepas dari telah diperolehnya akreditasi JCI dan semakin membaiknya pencapaian indikator-indikator utamanya, hasil evaluasi kinerja RSUP Fatmawati 2011-2014 menunjukkan beberapa hal:

- RSUP Fatmawati perlu lebih meningkatkan layanan-layanan unggulan, mengingat fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Umum Pusat dan diharapkan dapat menjadi rujukan nasional
- RSUP Fatmawati perlu lebih meningkatkan integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian sehingga fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Pendidikan dapat berjalan dengan optimal memuaskan semua stakeholdernya

**Tabel 2.1. Pencapaian Kinerja 2011-2014**

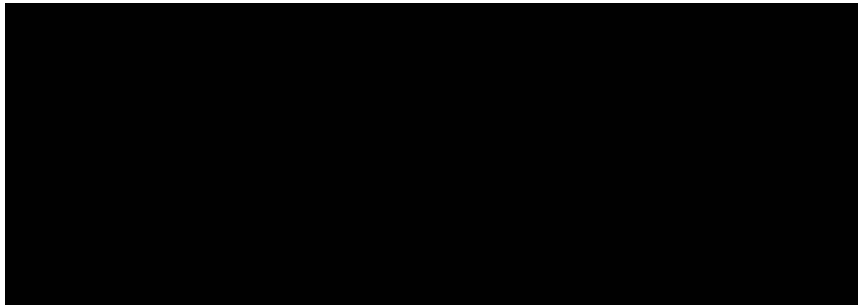
No	Indikator Utama	CAPAIAN		
		2011	2012	2013
Aspek Manajemen Pelayanan Medik				
1	Tingkat Kesehatan BLU RS			AA
2	Tingkat Kepuasan Pasien berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat	74	74,7	76
3	BOR Rawat Inap	72,91	74,92	69,5
4	Pengembalian Rekam Medik 2 x 24 jam	87,1	91,3	92,1
5	Kunjungan Gawat Darurat	34.918	36.863	38.002
6	Kunjungan Rawat Jalan	328.415	340.208	350.112
Aspek Mutu Pelayanan Medik				
1	Angka Phlebitis	4,3	2,5	3,5
2	Angka infeksi luka operasi	2,1	1,3	1
3	Angka infeksi saluran kemih	1,5	1	1,1



## 2.4. Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan

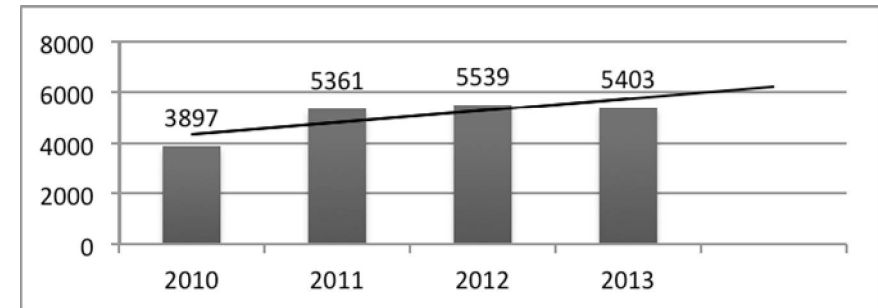
### A. Pertumbuhan Produktivitas

#### a. Kunjungan Gawat Darurat Umum Tahun 2010 – 2013



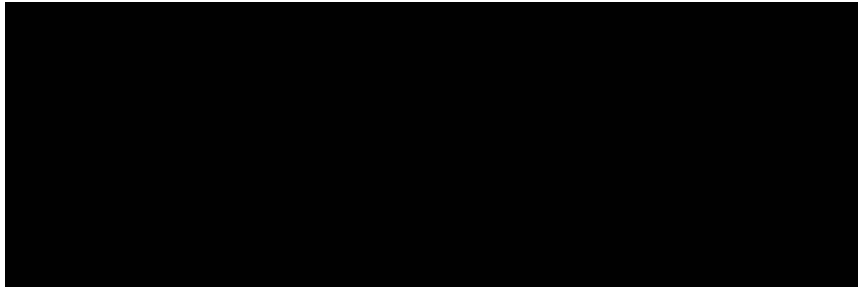
Cakupan gawat darurat pada 4 tahun terakhir tampak cenderung meningkat. Pertumbuhan kunjungan Gawat Darurat tahun 2011 sebesar 1,05, tahun 2012 sebesar 0,91 dan pada tahun 2013 sebesar 1,03, sehingga rata-rata pertumbuhan sebesar 2%. Pengembangan sistem dan fasilitas pelayanan gawat darurat dilakukan dalam mendukung program pemerintah dan pemenuhan standar sebagai rumah sakit rujukan kelas A. Sistem rujukan berjenjang yang kurang optimal menyebabkan terjadinya peningkatan cakupan kunjungan di Instalasi Gawat Darurat, terbukti kasus gawat 7,26%, tidak gawat 47,7% dan *false emergency* 44,96%.

#### b. Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan Tahun 2010 – 2013



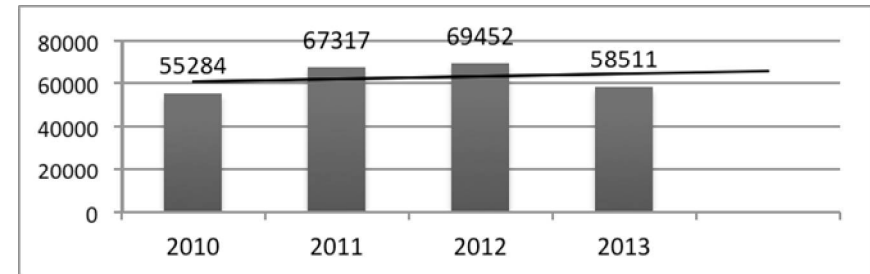
Pada tahun 2011 terjadi lonjakan kunjungan yang tajam disebabkan karena diimplementasikannya program Jaminan Persalinan yang difasilitasi oleh Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Hal ini juga disebabkan juga karena RSUP Fatmawati merupakan satu-satu rumah sakit pemerintah di wilayah Jakarta Selatan dan sekitarnya termasuk Depok, Tangerang Selatan dan Bogor. Pertumbuhan kunjungan gawat darurat kebidanan sebesar 1,09.

### c. Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2010 – 2013



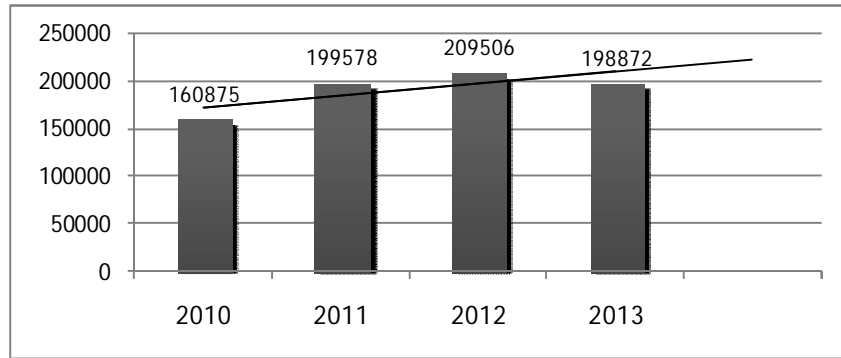
Peningkatan kunjungan rawat jalan disebabkan karena belum optimalnya rujukan berjenjang dan RSUP Fatmawati merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah di wilayah Jakarta Selatan. Sebagian besar pasien rawat jalan merupakan peserta ASKES (43,36%), JAMKESMAS (25,47%) yang datang dirujuk baik dari wilayah Jakarta Selatan, Depok, Bogor dan Tangerang Selatan. Pertumbuhan pasien rawat jalan pada tahun 2011 sebesar 1,06, tahun 2012 sebesar 1,14 dan pada tahun 2013 sebesar 0,96, sehingga rata-rata pertumbuhan kunjungan rawat jalan sebesar 5%.

### d. Kunjungan Rawat Jalan Rehabilitasi Medik Tahun 2010-2013



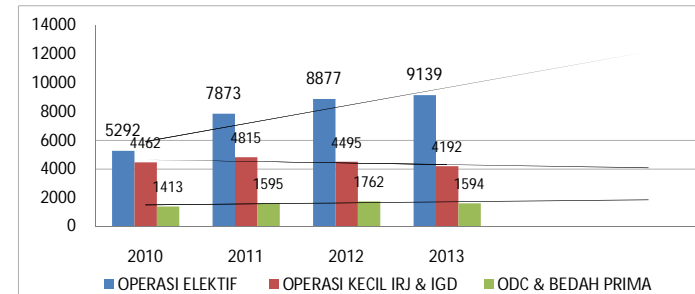
Pelayanan Rehabilitasi Medik merupakan salah satu pelayanan Unggulan RSUP Fatmawati yang terdiri atas pelayanan fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, psikologi, orthotik prostetik, rehabilitasi terpadu geriatri, sosial medik, rehabilitasi jantung, osteoporosis, olahraga DM. Peningkatan kunjungan rawat jalan Rehabilitasi cenderung meningkat sampai dengan tahun 2012, namun pada tahun 2013 terjadi penurunan kunjungan yang disebabkan karena dilakukannya perbaikan/renovasi fasilitas gedung dan sarana prasarana di Instalasi Rehabilitasi Medik. Pertumbuhan kunjungan Rehabilitasi Medik tahun 2011 sebesar 1,23, tahun 2012 sebesar 1,14 dan pada tahun 2013 sebesar 0,78, sehingga rata-rata pertumbuhan rehabilitasi medik sebesar 5%.

**e. Hari Perawatan Rawat Inap Tahun 2010 – 2013**



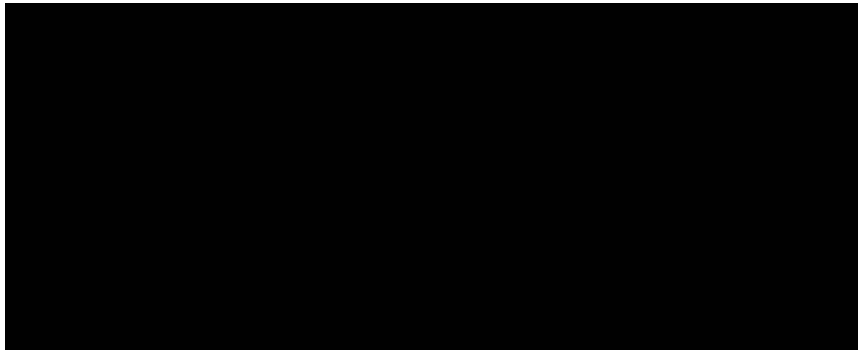
Hari Perawatan dan *Bed Occupancy Rate* (BOR) Rawat Inap terjadi penurunan pada tahun 2013, hal ini disebabkan terjadinya kebutuhan ruang perawatan tingkat lanjutan seperti ruang perawatan *Intensive Care*, *High Care Unit* dan ruang khusus lainnya.

**f. Cakupan Kamar Operasi Tahun 2010 - 2013**



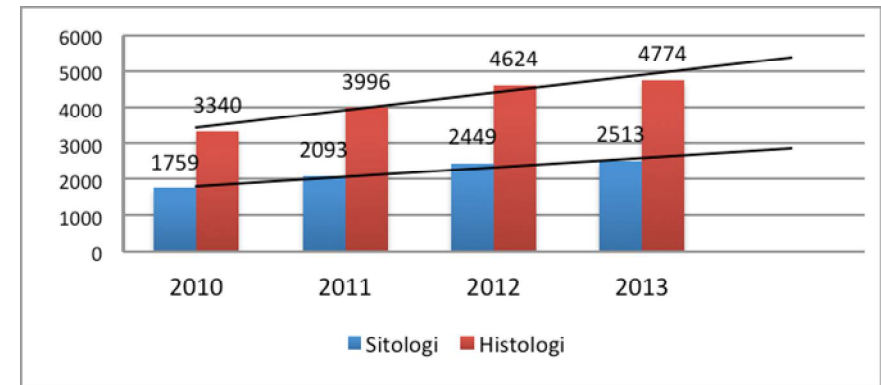
Cakupan kamar operasi terdiri dari cakupan operasi elektif, operasi kecil, operasi bedah prima (*one day care*). Trend operasi elektif meningkat, hal ini dibuktikan dengan meningkatnya kasus-kasus berat yang ditangani. Sementara untuk cakupan operasi kecil dan bedah prima *one day care* cenderung stabil. Pertumbuhan kamar operasi pada tahun 2011 sebesar 1,22, tahun 2012 sebesar 1,32 dan tahun 2013 sebesar 0,86, sehingga rata-rata pertumbuhan jumlah operasi sebesar 13%

### g. Kegiatan Laboratorium Klinik Tahun 2010 - 2013



Dengan didukung *Laboratory Automotion System* kegiatan pemeriksaan Laboratorium cenderung meningkat pada tahun 2011. Namun mulai 2012 cenderung menurun yang disebabkan adanya beberapa penyesuaian pemeriksaan laboratorium dengan Panduan Praktik Klinik dan adanya ketentuan pembatasan jenis pemeriksaan laboratorium untuk pasien jaminan. Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium sebesar 0,79.

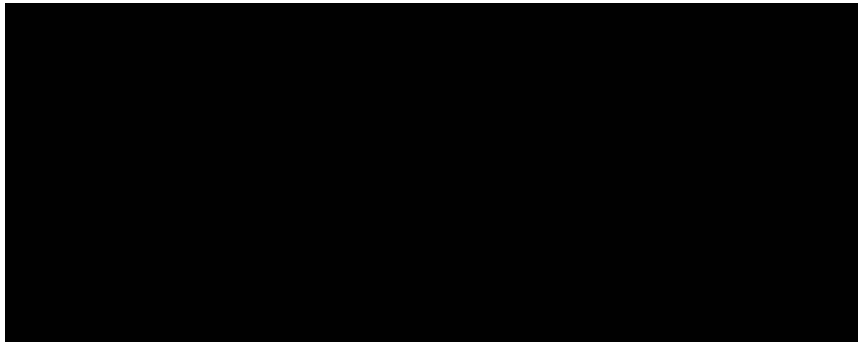
### h. Kegiatan Patologi Anatomi Tahun 2010 – 2013



Kegiatan pemeriksaan Patologi Anatomi cenderung meningkat baik pemeriksaan sitologi dan histologi, terkait dengan peningkatan jumlah pasien operasi. Pertumbuhan pelayanan Patologi Anatomi sebesar 1,4.

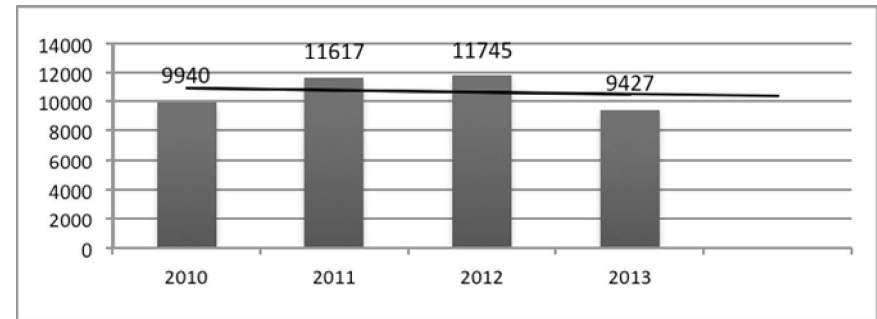


### i. Kegiatan Radiologi Tahun 2010 – 2013



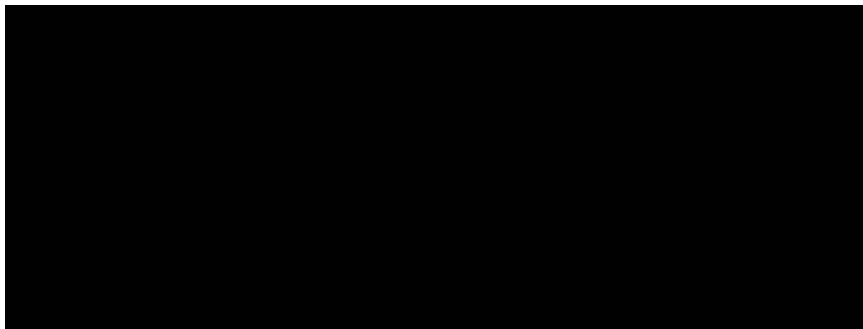
Kegiatan pemeriksaan radiologi cenderung menurun. Hal ini disebabkan adanya beberapa kerusakan alat dan ketidaktersediaan alat medik di RSUP Fatmawati, sehingga harus dirujuk diluar RSUP Fatmawati. Pertumbuhan pelayanan radiologi 0,98.

### j. Kegiatan Pemeriksaan Khusus Tahun 2010 – 2013



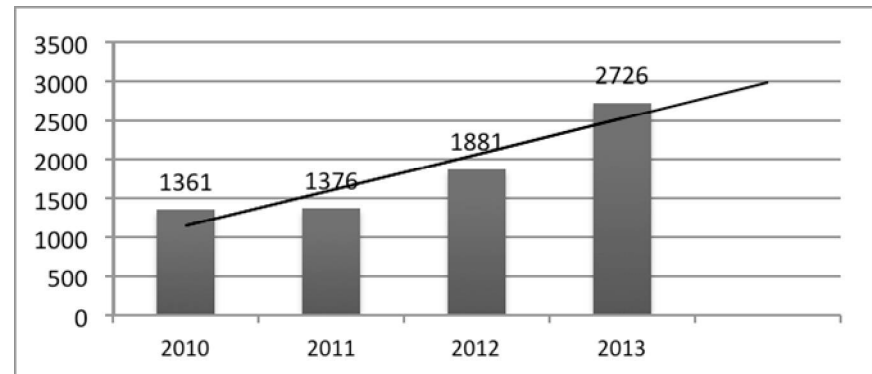
Kegiatan pemeriksaan khusus terdiri atas pemeriksaan EEG, EMG, EKHO, FFT, Treadmill, Audiometri, Timpanometri, Spirometri, BERA, Doppler, TCD, TTB, Endoscopy, Bronkoskopi, *Holter Monitoring*, Fibroscan, *Bone Marrow Puncture*, Spasmofilia, *Harvey Maslan Test*, dan Fungsi Asites. Tampak pada grafik disamping menunjukkan trend yang cenderung menurun, disebabkan adanya beberapa kerusakan alat medik. Pertumbuhan pelayanan khusus (pemeriksaan diagnostik) 0,94.

### k. Kegiatan Hemodialisa Tahun 2010 – 2013



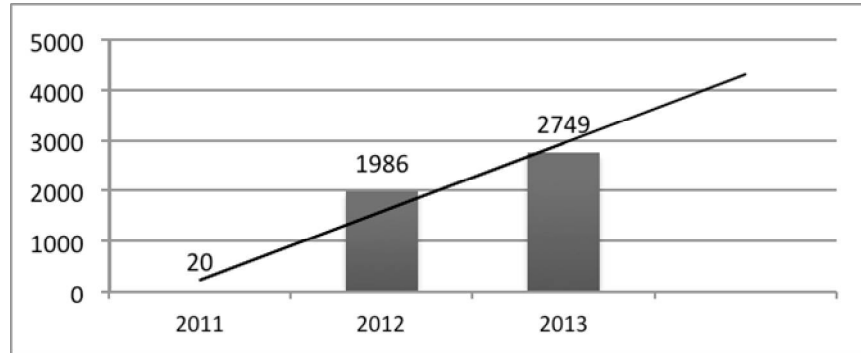
Pelayanan Hemodialisa dengan kapasitas 20 mesin menunjukkan *trend* yang meningkat. Penurunan pada tahun 2013 sebanyak 118 orang ( 1%). Hal ini juga disebabkan mulai dikembangkan sistem pelayanan *Coronary Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD).Pertumbuhan pelayanan hemodialisa sebesar 1,42.

### I. Kegiatan Kemoterapi Tahun 2010 – 2013



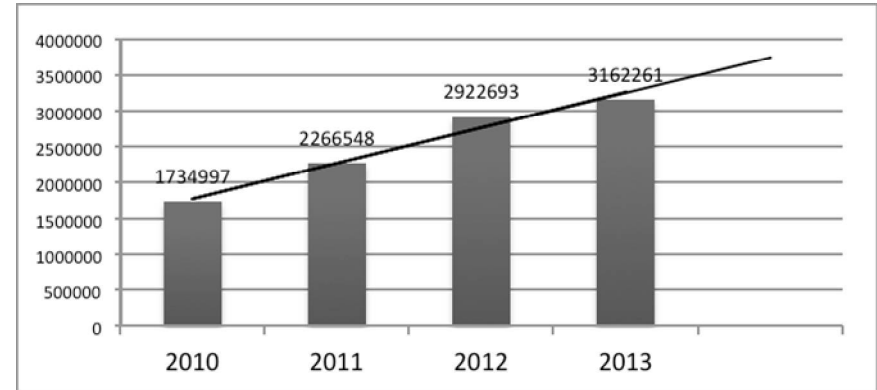
Pelayanan Kemoterapi cenderung meningkat karena adanya penambahan tenaga dokter spesialis onkologi. Banyaknya pasien kasus onkologi dari luar wilayah Jakarta Selatan (Bogor, Bekasi, Depok, Tangerang Selatan) datang dirujuk ke RSUP Fatmawati dan adanya kesulitan RSUP Fatmawati merujuk pasien ke RS Kanker Dharmais atau RSCM. Pertumbuhan pelayanan kemoterapi sebesar 2,00.

**m. Kegiatan Pelayanan Thallasaemia Tahun 2010 – 2013**



Pelayanan Thalassaemia dimulai pada tahun sejak 2012 dan cakupan pelayanan cenderung meningkat. Dengan kapasitas 6 TT, antrian pelayanan Thallasaemia saat ini sudah cukup panjang.

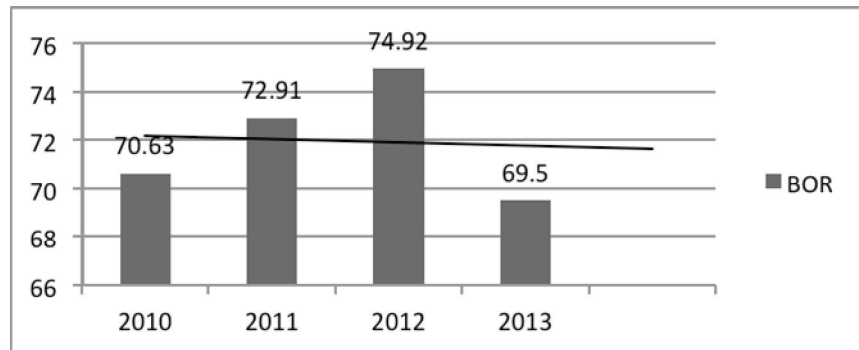
**n. Jumlah Resep Farmasi Tahun 2010-2013**



Jumlah resep dalam 4 tahun ini meningkat, kepatuhan penulisan resep sesuai formularium RSUP Fatmawati. Pertumbuhan pelayanan resep farmasi sebesar 1,82.

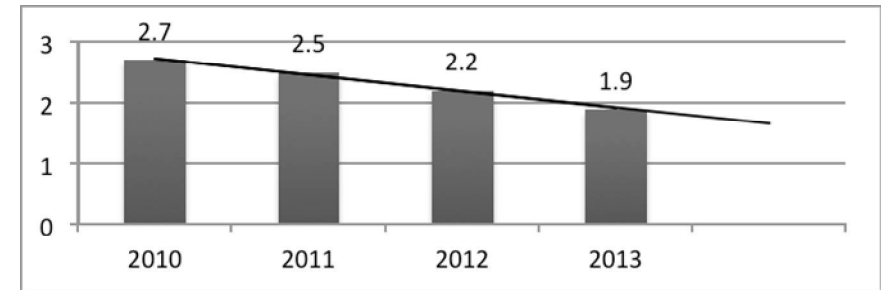
## B. Efektivitas Pelayanan

### a. BOR Tahun 2010-2013



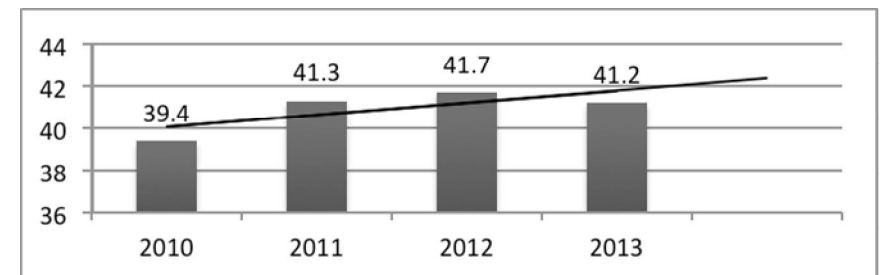
*Bed Occupancy Rate* (BOR) tingkat rumah sakit mengalami penurunan pada tahun 2013 disebabkan meningkatnya kebutuhan ruang rawat khusus seperti ICU, ICCU, NICU, PICU dan *High Care Unit* terkait RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit rujukan kelas A. Namun demikian capaian BOR masih dalam sesuai standar antara 60-80%.

### b. *Turn Over Interval* (TOI) Tahun 2010-2013



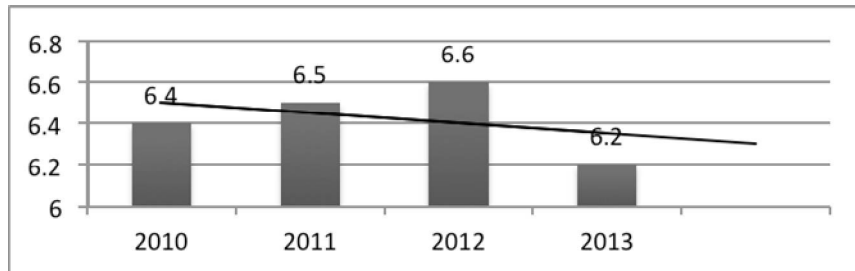
*Turn Over Interval* (TOI) tingkat rumah sakit mengalami penurunan dalam 4 tahun terakhir, namun demikian capaian TOI masih dalam batas standar 1-3.

### c. *Bed Turn Over* (BTO) Tahun 2010-2013



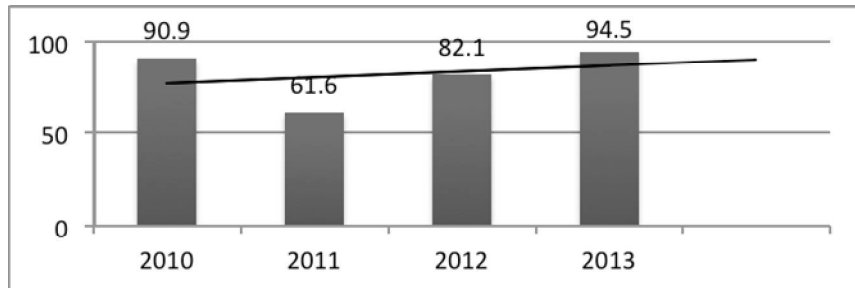
*Bed Turn Over (BTO)* tingkat rumah sakit mengalami peningkatan dalam 4 tahun terakhir, namun demikian capaian BTO masih dalam batas standar 40%.

**d. Average Length of Stay (ALOS) Tahun 2010-2013**



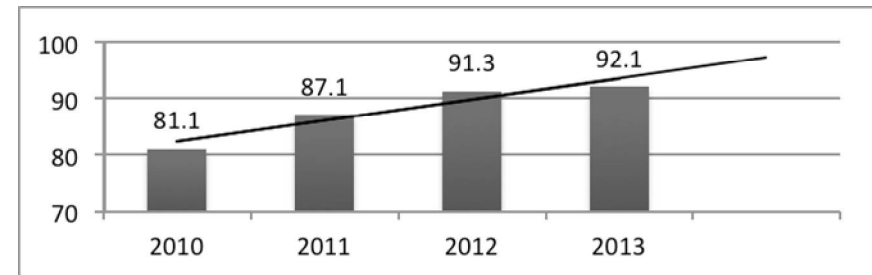
*Average length Of Stay (ALOS)* tingkat rumah sakit cenderung menurun dalam 4 tahun terakhir, namun demikian capaian ALOS masih dalam batas standar 40%.

**e. Kelengkapan Rekam Medis Tahun 2010-2013**



Grafik menggambarkan kualitas dari sisi pendokumentasian catatan medis, dalam grafik tersebut menunjukkan adanya kecenderungan yang meningkat kearah yang lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa upaya untuk melakukan pelayanan yang berfokus pada mutu dan keselamatan pasien telah dilakukan dengan baik namun harus lebih ditingkatkan kembali.

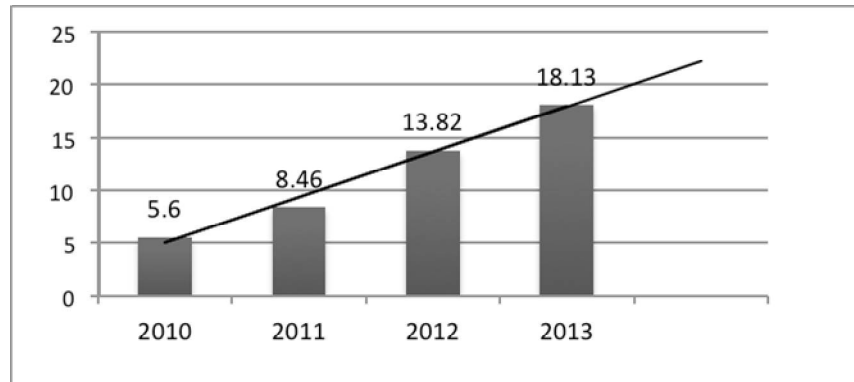
**f. Ketepatan Waktu Pengembalian Rekam Medis Tahun 2010-2013**



Ketepatan waktu pengembalian Rekam medis terlihat mengalami peningkatan dalam 4 tahun terakhir.

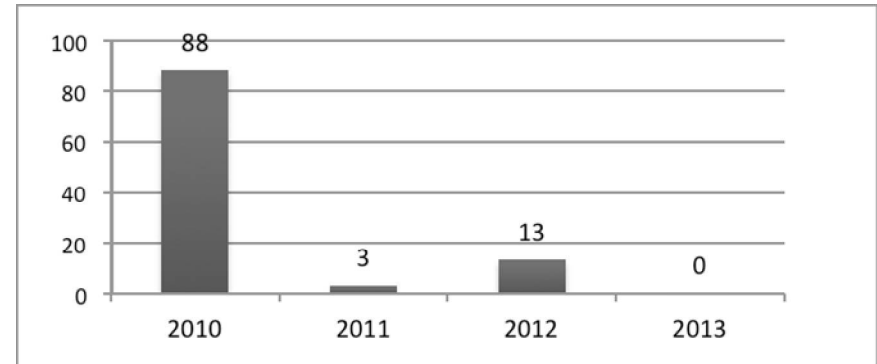
### C. Pendidikan dan Pelatihan

#### a. Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan



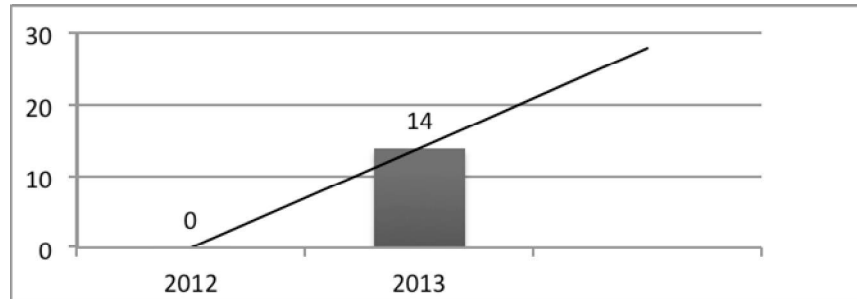
Rata-rata jam pelatihan karyawan tampak cenderung meningkat sampai pada tahun 2013 yaitu 18,13 jam per karyawan, namun demikian belum mencapai standar yaitu 20 jam per karyawan per tahun.

#### b. Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT



Jumlah Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT dalam kurun waktu 4 tahun terakhir total sebesar 104 orang dokter. Dokter Pendidik Klinis yang telah melaksanakan TOT sebanyak 33 orang.

### c. Persentase Penelitian Internal yang dipublikasikan



Jumlah penelitian internal dan eksternal tahun 2010 – 2013 adalah sebanyak 270 buah. Tidak didapatkan data penelitian yang dipublikasikan pada tahun 2010 – 2011. Data tahun 2012 menunjukkan adanya 1 buah penelitian internal dan tidak dipublikasikan.

Tahun 2013 terdapat 14 penelitian internal, 3 diantaranya dipublikasikan secara lokal di RSUP Fatmawati dan 6 penelitian dipublikasikan lokal di institusi pendidikan

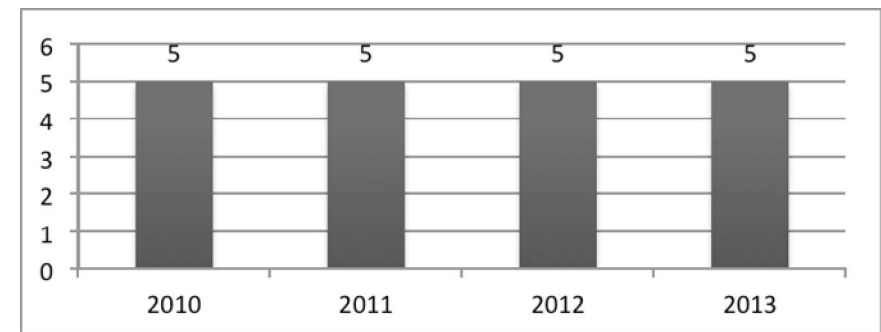
### d. Program *Reward and Punishment*

Program *Reward* dan *Punishment* telah dilaksanakan, dimana untuk *reward* diberikan berupa Penghargaan atas prestasi kerja

yang baik seperti promosi jabatan, kenaikan pangkat, Penghargaan berupa menunaikan ibadah umroh/haji atau ibadah lainnya, sedangkan untuk program *punishment* berupa sanksi ringan antara lain teguran lisan, tertulis, pernyataan tidak puas sampai dengan sanksi berat berupa pemberhentian dengan tidak hormat sebagai pegawai.

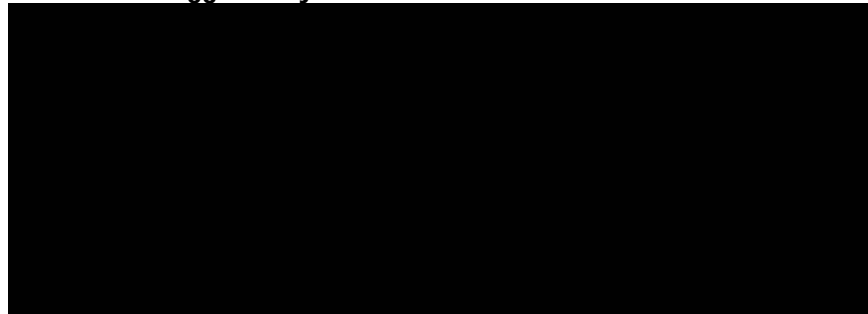
### D. Mutu Pelayanan

#### a. *Emergency Response Time Rate* Tahun 2010-2013



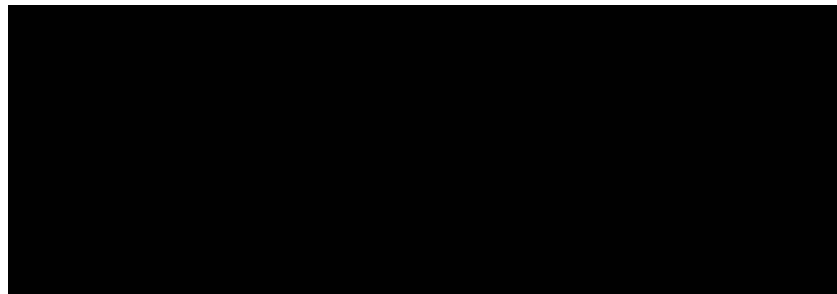
Rata-rata waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di ruangan gawat darurat mata pra dan post tindakan standar  $\leq 8$  menit.

**b. Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2010-2013**



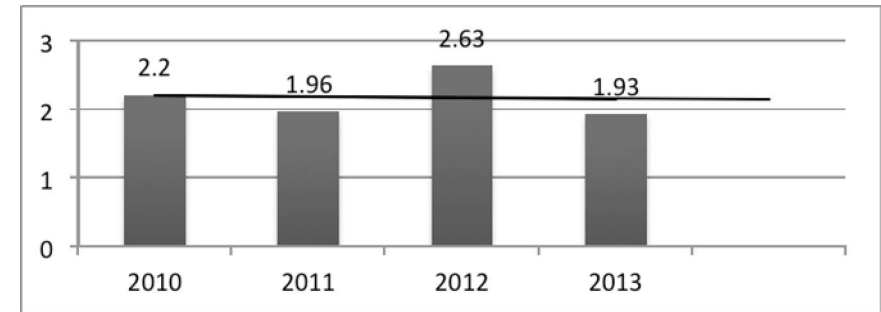
Waktu tunggu pelayanan rawat jalan dalam 4 tahun terakhir cenderung mengalami perbaikan dari 120 menit menjadi 90 menit. Namun hal ini belum sesuai standar waktu tunggu rawat jalan yaitu 30 menit.

**c. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi**



Waktu pelayanan resep obat jadi dalam 4 tahun terakhir cenderung menurun yang artinya mengalami perbaikan. Standar kecepatan pelayanan resep obat jadi yaitu <30 menit.

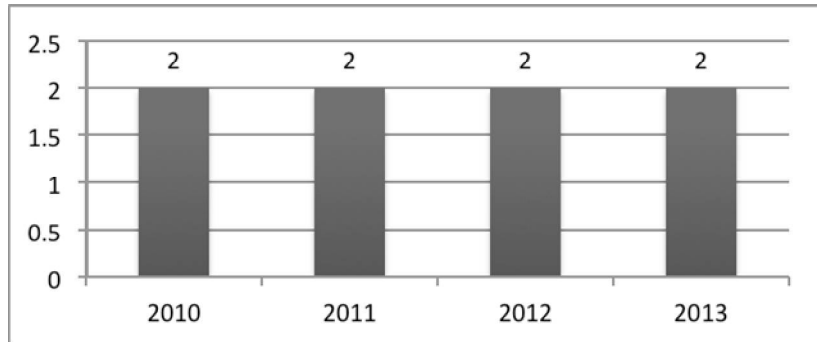
**d. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif**



Waktu tunggu sebelum operasi elektif dalam 4 tahun terakhir cenderung mengalami perbaikan mendekati / sesuai standar yaitu 2 hari

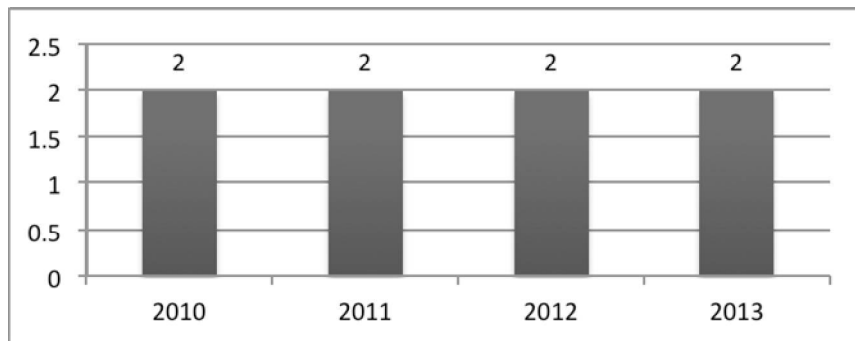


**e. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium**



Waktu tunggu hasil laboratorium untuk pelayanan *emergency* telah sesuai standar ( $\leq 3$  jam)

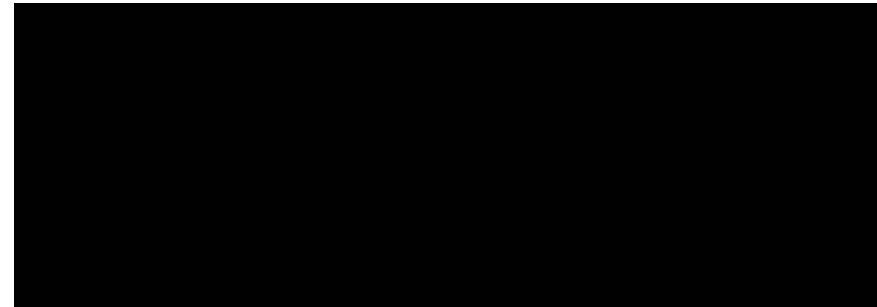
**f. Waktu Tunggu Hasil Radiologi**



Waktu tunggu hasil Radiologi untuk pelayanan *emergency* telah sesuai standar ( $\leq 3$  jam )

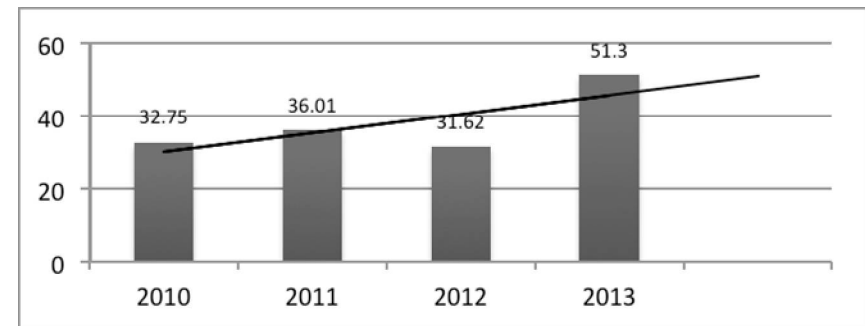
**E. Mutu Klinik**

**a. Angka Kematian di Gawat Darurat**



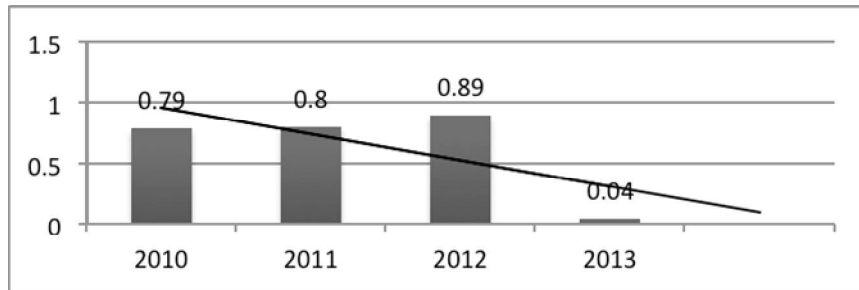
Terjadi peningkatan angka kematian di Gawat Darurat RSUP Fatmawati, seiring dengan peningkatan cakupan layanan Instalasi Gawat Darurat yang berfungsi sebagai rujukan wilayah Jakarta Selatan dan sekitarnya (Depok, Tangerang Selatan, Bogor)

**b. Angka Kematian > 48 jam**



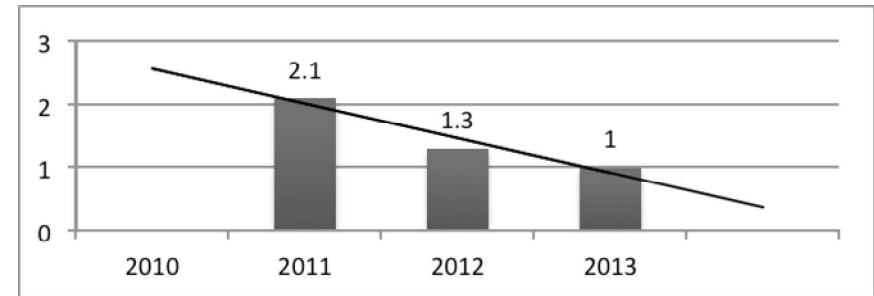
Terjadi peningkatan angka kematian >48 jam yang mencapai 51.3 per mil. Rata-rata jumlah kematian pasien di RSUP Fatmawati sekitar 10 orang per hari.

**c. Post Operative Death Rate**



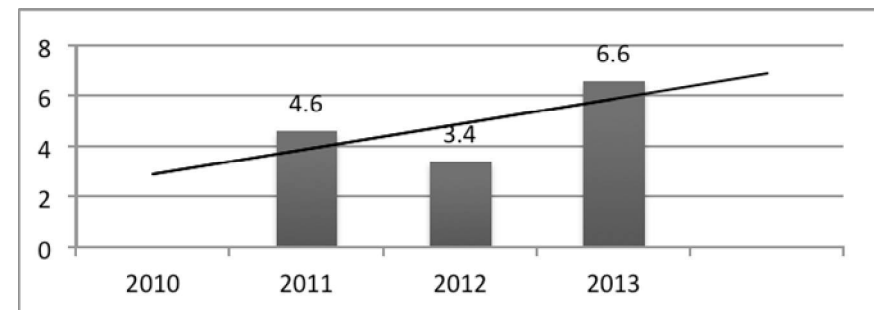
Terjadi penurunan angka *post operative death rate* menjadi 0,04 pada tahun 2014. Hal ini merupakan hasil dari upaya peningkatan mutu pelayanan operasi yang menerapkan "Safety Surgery"

**d. Angka Infeksi Luka Operasi**



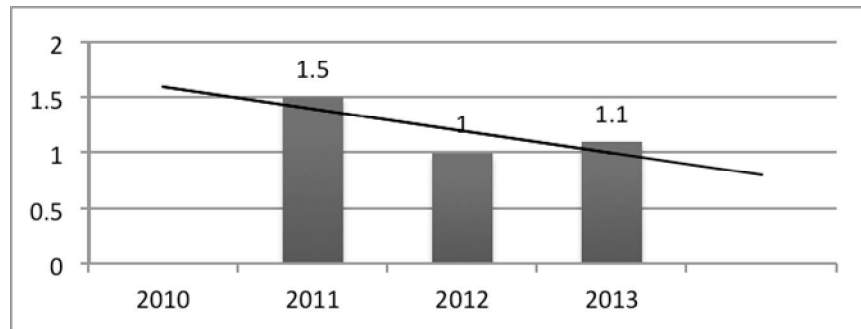
Pada tahun 2010, Angka infeksi luka operasi (ILO) belum termasuk indikator mutu klinis. Tampak cenderung perbaikan dengan adanya penurunan angka ILO di RSUP Fatmawati sampai 1% dibandingkan *benchmark* sebesar 0,8 %

**e. Angka Infeksi Jarum Infus / Phlebitis**



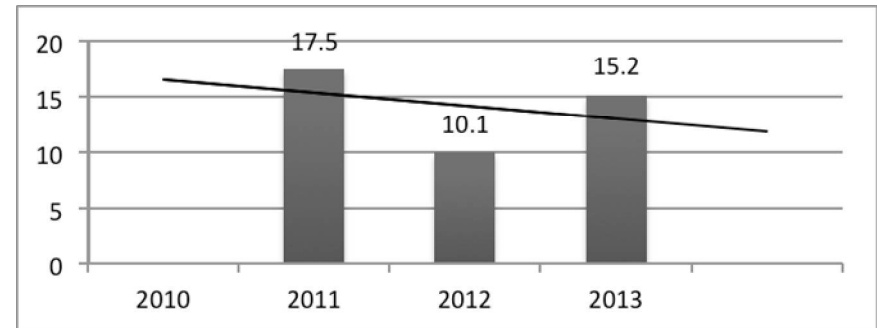
Pada tahun 2010, indikator ini belum termasuk indikator mutu klinis. Kecenderungan peningkatan angka phlebilits RSUP Fatmawati sampai 6,6 per mil tergolong tinggi dibandingkan *benchmark* sebesar 3 per mil

#### f. Angka Infeksi Saluran Kemih



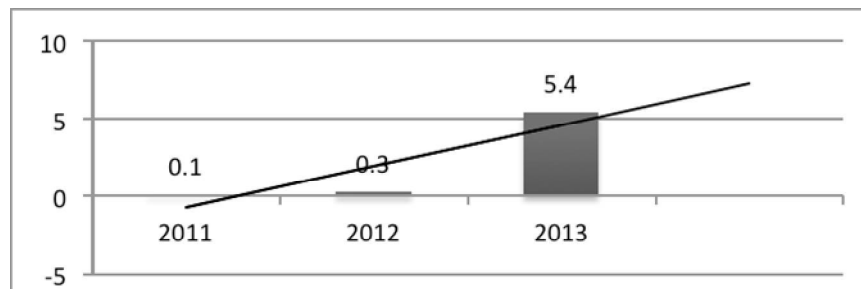
Pada tahun 2010, Angka Infeksi Salurah Kemih (ISK) belum termasuk indikator mutu klinis. Tampak cenderung perbaikan dengan adanya penurunan angka infeksi saluran kemih (ISK) di RSUP Fatmawati sampai 1.1 per mil dan masih tinggi dibandingkan *benchmark* sebesar 0,9 per mil

#### g. Angka Ventilator Associated Pneumonia



Angka *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) merupakan salah indikator infeksi nosokomial guna mengukur mutu klinis yang dievaluasi. Tampak pada grafik adanya penurunan angka VAP, namun masih lebih tinggi dibandingkan dengan angka *benchmark* sebesar 2,1 per mil

#### h. Angka Primary Blood Stream Infection (Infeksi Aliran Darah / IADP)



Angka IADP cenderung mengalami peningkatan. Salah satu indikator nasokomial ini masih tinggi dibandingkan dengan angka *benchmark* sebesar 0,6 per mil.

Dari grafik diatas tampak bahwa angka infeksi dari *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP), angka infeksi Luka Operasi (ILO), dan angka Infeksi Saluran Kemih (ISK) menggambarkan kecenderungan yang menurun. Sedangkan untuk angka Infeksi Aliran Darah Primer / *Primary Blood Stream Infection* (IADP) dan angka Phlebitis menggambarkan kecenderungan yang meningkat. Semua angka infeksi masih berada diatas nilai data pembandingan

dari CDC. Dengan demikian risiko infeksi yang bisa terjadi pada pasien harus lebih diperhatikan lagi dengan cara melakukan identifikasi di seluruh area khususnya yang memiliki kontak dengan pasien sehingga dapat dilakukan upaya upaya yang bisa menurunkan angka kejadian infeksi. Sedangkan untuk Indikator mutu klinis yang mulai pada tahun 2013 yaitu Angka Decubitus (1.1) dan Angka Kematian Ibu Melahirkan di Rumah Sakit (0,2) belum dapat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Meningkatnya angka IADP tahun 2013 disebabkan karena meningkatnya jumlah pemeriksaan kultur darah dibandingkan dengan tahun 2011 dan 2012. Dengan demikian diperlukan penerapan kaidah pencegahan infeksi yang lebih baik dari segi prosedur, tindakan, sarana maupun prasarana.

Demikian juga dengan angka Phlebitis, keterampilan petugas, kelengkapan sarana dan prasarana dan kondisi pasien turut menjadi faktor penyebab tingginya angka Phlebitis. Sehingga upaya menurunkan angka HAIS tersebut ditujukan pada hal-hal tersebut diatas. Walaupun angka infeksi masih diatas dari data CDC, tapi tampak adanya trend menuju sasaran yang lebih baik

khususnya pada angka ILO, ISK dan VAP, sehingga untuk tahun 2015 – 2019 diharapkan dapat mencapai sasaran.

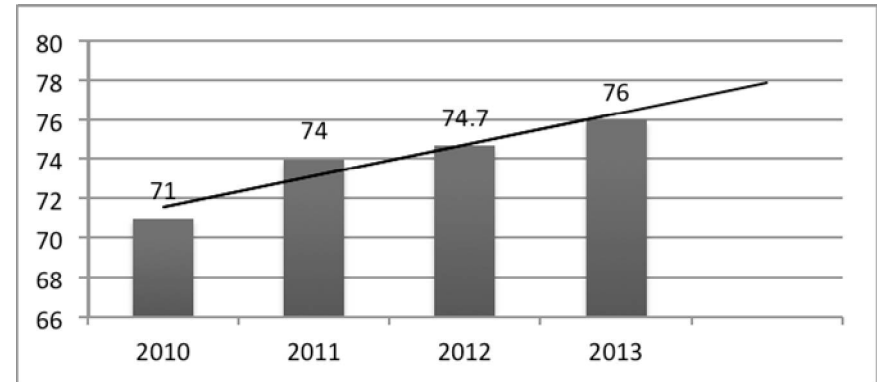
## F. Kepuasan Pelanggan

### a. Penanganan Komplain

Penanganan pengaduan/komplain merupakan indikator yang diukur mulai pada tahun 2013 dengan prosentase pengaduan yang ditindak lanjuti 96,6% (standar  $\geq 60\%$ )

### b. Indeks Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan merupakan hasil survei kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang ditetapkan Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi dalam Keputusan no : KEP / 25 / M.PAN / 2 / 2004.



Grafik diatas menggambarkan tingkat kepuasan pasien di RSUP Fatmawati selama tahun 2010 sampai 2013 menunjukkan ada kecenderungan yang meningkat walaupun masih belum mencapai target yang ditetapkan. Dengan gambaran ini diharapkan ada upaya lebih baik lagi untuk melakukan perbaikan disetiap lini pelayanan yang dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.

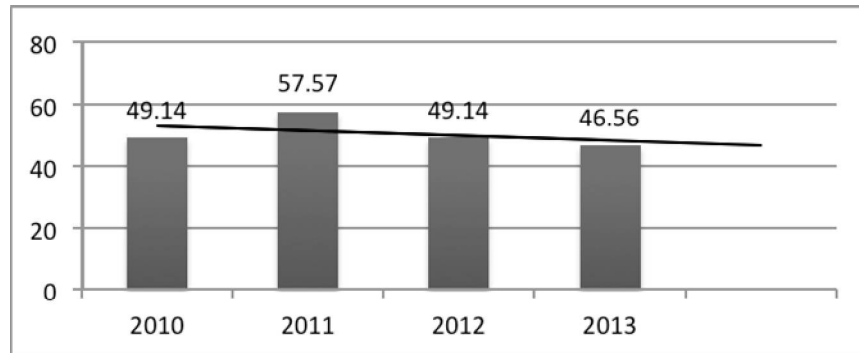
## G. Kepedulian kepada Masyarakat

Indikator Kepedulian kepada Masyarakat pada tahun 2010-2013 meliputi pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain, penyuluhan kesehatan (PKMRS), rasio tempat tidur kelas III.

Adapun pencapaian pada 4 tahun terakhir adalah sebagai berikut :

No	Indikator	Tahun			
		2010	2011	2012	2013
1	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	Ada program dilaksanakan	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua
2	Penyuluhan Kesehatan (PKMRS)	Ada Program dilaksanakan	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua
3	Rasio Tempat Tidur Kelas III	49.14%	57,57%	49,14 %	46,56 %

Untuk Rasio Tempat Tidur Kelas III kecenderungan penurunan tampak pada grafik dibawah ini :



Pada tahun 2011 rasio kelas III ditingkatkan sampai 57,57% dengan dibukanya *Charity Ward* di Instalasi Teratai. Namun trend menurun sampai pada tahun 2013 dengan adanya alih fungsi dan perubahan kapasitas tidur karena penyediaan ruang perawatan khusus seperti ICU, NICU, PICU, ICCU, *High Care Unit*, ruang isolasi, *Intermediate Ward* sehingga merubah komposisi rasio tempat tidur. Ruang perawatan khusus ini sebagian besar juga dipergunakan untuk merawat pasien tidak mampu (+25%), sehingga pada tahun 2013 rasio kapasitas tempat tidur kelas III mencapai ± 70%.

## 2.5 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

Tabel 2.2 menunjukkan gambaran capaian kinerja keuangan RSUP Fatmawati tahun 2010-2012.

NO	INDIKATOR	2010			2011			2012		
		BOBOT NILAI	HAPER	NILAI	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
1	Return On Investment ( ROI )	3	13,58%	2,40	2	13,16%	2,00	2	5,02%	1,00
2	Cash Ratio ( CAR )	3	76,21%	3,00	3	48,47%	3,00	3	57,16%	3,00
3	Current Ratio ( CR )	3	222,38%	3,00	3	157,59%	3,00	3	227,38%	3,00
4	Collection Period ( CP )	3	40,22	3,00	3	52,81	3,00	3	57,35	3,00
5	Perputaran Persediaan ( PP )	2	9,61	2,00	3	11,78	3,00	3	7,79	3,00
6	Perputaran Total Asset ( TATO )	2	141,11%	2,00	3	149,97%	3,00	3	33,43%	1,00
7	Rasio Modal Sendiriterhadap Total Aktiva	4	93,70%	2,70	3	73,42%	2,20	3	97,06%	1,80
	<b>TOTAL</b>	<b>20</b>		<b>18,10</b>	<b>20</b>		<b>19,20</b>	<b>20</b>		<b>15,80</b>

Apabila dilihat berdasarkan Hasil Kinerja Aspek Keuangan RSUP Fatmawati pada Tahun 2011 di dibandingkan dengan Tahun 2010 mengalami Kenaikan sebesar 1,10. Sedangkan Kinerja Aspek Keuangan pada Tahun 2012 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya sebesar 3,60. Hal ini disebabkan adanya Revaluasi Aset Tetap berupa Tanah sebesar Rp1.192.809.020.000 sehingga hasil perhitungan ROI dan TATO mengalami penurunan. Dilihat dari hasil perhitungan ROI tahun 2011 dibandingkan dengan tahun 2012 mengalami penurunan sebesar 8,14% dan hasil perhitungan TATO juga menurun sebesar 116,54%.

	INDIKATOR	2013		
		BOBOT	HAPER	NILAI
<b>A</b>	<b>RasioKeuangan</b>			
1.	RasioKas ( <i>Cash Ratio</i> )	2	88,03%	0,50
2.	RasioLancar ( <i>Current Ratio</i> )	2,50	379,88%	1,50
3.	PeriodePenagihanPiutang ( <i>Collection Period</i> )	2	49,25	1,00
4.	PerputaranAsetTetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )	2	24,11%	2,00
5.	ImbalanAtasAsetTetap ( <i>Return on Fixed Asset</i> )	2	2,35%	0,80

	INDIKATOR	2013		
		BOBOT	HAPER	NILAI
6.	ImbalanEquitas ( <i>Return on Equity</i> )	2	2,46%	0,80
7.	PerputaranPersediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )	2	5,59	0,50
8.	RasioPendapatan PNBPN terhadapBiayaOperasional	2,50	77,19%	2,50
9.	RasioSubsidiBiayaPasien	2	4,07%	1,00
<b>B.</b>	<b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>			
1.	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2		2,00
2.	Laporan Keuangan berdasarkan StandarAkuntansi Keuangan (SAK)	2		2,00
3.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)	2		2,00
4.	TarifLayanan	1		1,00
5.	SistemAkuntansi	1		1,00
6.	PersetujuanRekening	0,5		0,50
7.	SOP PengelolaanKas	0,5		0,50
8.	SOP PengelolaanUtang	0,5		0,50
9.	SOP PengelolaanPiutang	0,5		0,50



	INDIKATOR	2013		
		BOBOT	HAPER	NILAI
10.	SOP PengadaanBarang&Jasa	0,5		0,50
11.	SOP PengadaanBarangInventaris	0,5		0,50
	<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>21,60</b>

Dengan adanya perubahan parameter indikator keuangan pada tahun 2013 berdasarkan Peraturan Perbendaharaan Nomor 54 Tahun 2013 mengalami kenaikan menjadi 21,80 dengan perhitungan aspek keuangan dan aspek kepatuhan.

## 2. 6 Gambaran Sumber Daya Manusia RSUP Fatmawati saat ini

### a. Menurut Status Kepegawaian

No	Status Pegawai	Jumlah
1	Pegawai Negeri Sipil	1728
2	Pegawai BLU Non PNS	204
3	Kontrak / PTT	362
	<b>Total</b>	<b>2294</b>

### b. Menurut Jenis Tenaga

No	Jenis	PNS	PTT / Kontrak	BLU Non PNS	Jumlah
1	Medis	245	48	1	294
2	Keperawatan	705	204	22	931
3	Non Perawatan	285	21	22	328
4	Non Medis	493	89	159	741
	<b>Total</b>	<b>1728</b>	<b>362</b>	<b>204</b>	<b>2294</b>

## 2.7. Hasil Evaluasi Kinerja 2011-2014

Salah satu pencapaian kinerja yang sangat membanggakan adalah diperolehnya akreditasi JCI (*Joint Commission Internasional*) yang menandakan bahwa tatakelola klinis dan manajerial RSUP Fatmawati sudah berstandar internasional.

Terlepas dari telah diperolehnya akreditasi JCI dan semakin membaiknya pencapaian indikator-indikator utamanya, hasil evaluasi kinerja RSUP Fatmawati 2011-2014 menunjukkan beberapa hal:

- RSUP Fatmawati perlu lebih meningkatkan layanan-layanan unggulan, mengingat fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Umum Pusat dan diharapkan dapat menjadi rujukan nasional
- RSUP Fatmawati perlu lebih meningkatkan integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian sehingga fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Pendidikan dapat berjalan dengan optimal memuaskan semua stakeholdernya.

### III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

Suatu Rencana Strategis organisasi memberikan panduan arah dan prioritas strategis organisasi dalam waktu lima tahun mendatang. Arah ke mana sebuah institusi publik hendak diwujudkan di masa depan akan sangat tergantung pada dinamika tuntutan *stakeholders* kunci terhadap keberadaan institusi publik tersebut. Kondisi ini juga berlaku bagi RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi dan misi. Kemampuan mengidentifikasi harapan dan kekhawatiran *stakeholders* kunci sebagai bagian dari tuntutan utama *stakeholders* kunci merupakan salah satu tahap kritis awal dalam menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSUP Fatmawati di tahun-tahun mendatang. Selain itu, informasi tentang patok duga (*benchmark*) juga ikut menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSUP Fatmawati dalam menjalankan misi layanan,

pendidikan, dan penelitiannya di masa mendatang. Untuk kepentingan ini, bagian ini akan menyajikan informasi tentang proyeksi tuntutan *stakeholders* kunci dan *benchmark* yang kelak menentukan arah dan prioritas strategis RSB RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2015-2019.

#### 3.1 Tuntutan *Stakeholders* Kunci

Bagian ini menyajikan informasi tentang harapan dan kekhawatiran utama dari para *stakeholders* inti RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2015 – 2019. Tabel 3.1 menyajikan informasi harapan dan kekhawatiran utama para *stakeholders* inti terhadap RSUP Fatmawati.

**Tabel 3.1. Harapan dan Kekhawatiran Utama Stakeholder Kunci**

No	Komponen Stakeholder	Harapan	Kekhawatiran
1	Kemenkes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki Kinerja yang terukur dan baik</li> <li>2. Mempertahankan Akreditasi JCI</li> <li>3. Memiliki layanan rujukan unggulan</li> <li>4. Memiliki <i>Good Corporate Governance</i></li> <li>5. Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian (<i>Academic Health System</i>)</li> <li>6. Siap mendukung pelaksanaan Pendidikan Dokter Layanan Primer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya komitmen SDM</li> <li>2. Ketidaksiapan untuk menjalankan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian secara terintegrasi</li> <li>3. Sistem remunerasi belum optimal</li> </ol>
2	Kemenkeu	POBO (Rasio Penerimaan terhadap Biaya Operasional) yang semakin membaik	Belum optimalnya pemanfaatan fleksibilitas BLU
3	Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan tepat waktu</li> <li>2. Komunikasi interaktif dengan pasien</li> <li>3. Aksesibilitas pelayanan</li> <li>4. Sarana dan fasilitas umum yang baik</li> <li>5. Kelengkapan sarana medis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak adanya jaminan ketersediaan tempat rawat inap</li> <li>2. Mutu layanan berkurang karena sebagai pasien Jaminan Kesehatan Nasional</li> </ol>
4	Peserta Didik	Pelaksanaan pendidikan dan penelitian yang bermutu dengan standar internasional, suasana yang nyaman dan apresiatif	Lulus dengan waktu melebihi batas
5	Staf	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kesejahteraan</li> <li>2. Kesempatan peningkatan kompetensi berkesinambungan sehingga ada pengakuan keahlian</li> <li>3. Dukungan sarana dan prasarana yang mutakhir</li> <li>4. Kejelasan jenjang karir</li> </ol>	Beban kerja yang tidak merata antar individu
6	FK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fatmawati sebagai bagian dari <i>Academic Health System</i></li> <li>2. Jaminan mutu untuk wahana pendidikan (kualifikasi sebagai tenaga pendidik, sarana, kasus)</li> <li>3. Pelayanan yang berbasis Penelitian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lemahnya komitmen dan kualifikasi tenaga pendidik</li> <li>2. Supervisi pendidikan belum berjalan optimal</li> <li>3. Kemauan untuk melakukan penelitian masih rendah</li> </ol>
7	Pihak Ketiga	Pembayaran tepat waktu dengan administrasi yang mudah	Ketidakpastian pembayaran tepat waktu

### 3.2 Tantangan Strategis

Memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* kunci dan informasi dari *benchmark*, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 sebagai berikut:

1. Mempertahankan Akreditasi JCI
2. Meningkatkan Pelayanan yang ekselen (tepat waktu, komunikasi interaktif dengan pasien dan aksesibilitas pelayanan)
3. Meningkatkan Jaminan mutu untuk wahana pendidikan (kualifikasi sebagai tenaga pendidik, sarana, kasus)
4. Memiliki Sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu
5. Memiliki layanan rujukan unggulan yang berbasis Penelitian
6. Mewujudkan Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian (*Academic Health System*)
7. Mengoptimalkan sistem remunerasi dan meningkatkan kesejahteraan pegawai
8. Memantapkan sistem manajemen SDM (kompetensi berkesinambungan, kejelasan jenjang karir sehingga ada pengakuan keahlian)
9. Memiliki *Good Corporate Governance*
10. Meningkatkan sarana, fasilitas (medik dan umum) dan sistem informasi yang terpadu

### 3.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai

Rumusan **Visi** RSUP Fatmawati tahun 2019 adalah: ***Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan ekselen terpadu tahun 2019***

Tujuan :

1. Terealisasinya pengakuan dari Stakeholder sebagai Rujukan Nasional dalam bentuk Surat Keputusan
2. Terwujudnya rujukan Pasien yang berasal dari lintas propinsi
3. Terjadinya peningkatan proposal pasien dengan *severity level* 3 (hingga 30 – 40 % kasus)
4. Terwujudnya Pelayanan berbasis penelitian
5. Terwujudnya tiga pelayanan unggulan bertaraf nasional dan internasional untuk menjadi :
  - *Fatmawati Hospital Spine Center*
  - *Adolescence Health Center*
  - *Endometriosis Center*
6. Terwujudnya Layanan Ekselen yaitu layanan dengan kualitas terbaik dan Berbasis pendidikan dan penelitian
7. Terwujudnya Layanan Terpadu yaitu layanan yang melibatkan multidisiplin dalam satu area dan satu waktu

Rumusan **Misi** 2015-2019 RSUP Fatmawati adalah :

1. Memberikan pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang berkualitas dan terintegrasi
2. Meningkatkan kinerja, kompetensi dan kesejahteraan karyawan
3. Menyelenggarakan *good corporate governance*
4. Memberikan pelayanan berbasis *continoum of care throughout life cycle*

Rumusan **Tata Nilai** 2015-2019 RSUP Fatmawati adalah:

#### **PROAKTIF**

Yang terdiri dari enam nilai utama yakni: **P**eduli , **pRO**fesional, **i**ntegrit**As**, **K**omitmen, **T**eamwork, **i**novat**IF**.

### 3.4 Patok Duga (*Benchmark*)

RSUP Fatmawati telah menetapkan Institusi dibawah ini sebagai acuan patok duga kinerjanya.

Alasannya adalah kedua rumah sakit *benchmark* ini memiliki karakteristik yang sama dengan RSUP Fatmawati, yaitu sebagai rumah sakit pendidikan.

Dengan menggunakan Severance Hospital Korea Selatan sebagai *benchmark*, diharapkan RSUP Fatmawati dapat belajar dari rumah sakit ini bagaimana mengelola teknologi tinggi medik, meningkatkan pelayanan kemoterapi & haemodialisa, dan menurunkan angka infeksi dan penggunaan antibiotik. Hal ini karena Severance Hospital Korea Selatan merupakan rumah sakit dengan teknologi yang tinggi, unggul dalam bidang Kemoterapi dan bidang yang sama dengan yang ingin diunggulkan oleh RSUP Fatmawati, yaitu bidang Bedah Orthopedi dan Rehabilitasi Medis. Severance Hospital Korea Selatan juga merupakan rumah sakit rujukan yang menggunakan obat antibiotik rasional.

### Severance Hospital Seoul, Korea Selatan

Severance Hospital merupakan rumah sakit umum yang berafiliasi dengan Yonsei University Health System dalam pelayanan pendidikan dan penelitiannya sehingga rumah sakit ini bisa menjadi role model untuk RSUP Fatmawati yang juga akan mengarah menjadi *Academic Health Center*.

Posisi RSUP Fatmawati dibandingkan dengan Severance Hospital dari sisi sumber daya manusia bisa dianggap setara karena bila melihat perbandingan jumlah SDM dengan kapasitas tempat tidur di Severance Hospital dengan sumber daya yang ada di RSUP Fatmawati tidak terlalu beda. Di Severance Hospital jumlah SDM 5.470 dengan kapaitas TT 2294, dan di RSUP Fatmawati jumlah SDM 2471 dengan kapasitas TT 772. Tetapi bila melihat hasil capaian kinerja di Severance bisa lebih baik yaitu BOR mencapai 76 % sementara di RSUP Fatmawati mencapai 70%, kunjungan rawat jalan perhari di Severance Hospital 7.681 sementara di RSUP Fatmawati 1.326.

Demikian pula dari sisi hasil Indeks Kepuasan Pelanggan di Severance Hospital bisa mencapai 91 % sementara di RSUP

Fatmawati 76 %. Hal ini menunjukkan tingginya tingkat kualitas dan efektifitas dalam proses bisnis di Severance Hospital, hal seperti inilah yang perlu di tiru oleh RSUP Fatmawati. Hal yang memang tidak bisa dipungkiri adalah untuk teknologi informasi yang digunakan di Severance Hospital sudah sangat *advance* sementara di RSUP Fatmawati masih dalam taraf standar sehingga hal ini tentu berpengaruh terhadap kualitas beberapa proses salah satunya ketepatan waktu pelayanan.

Hal lain yang menonjol di Severance Hospital adalah kemudahan akses dan juga lingkungan yang sangat bersih, menyenangkan dan nyaman, hal ini mungkin yang membuat indeks kepuasan pelanggan menjadi tinggi. Untuk hal ini seharusnya bisa juga ditiru oleh RSUP Fatmawati, bagaimana caranya menciptakan lingkungan yang menyenangkan dan nyaman bagi pasien.

Severance hospital sudah mempunyai beberapa cluster dengan beberapa layanan unggulan (*7 specialized centers*), dimana pada setiap cluster akses dan komunikasi informasi berjalan dengan baik, hal ini juga perlu di contoh oleh RSUP Fatmawati dimana dalam setiap cluster pelayanan pasien dilayani secara holistic baik fisik maupun mentalnya. Disediakan berbagai media

informasi yang dapat menjelaskan tentang penyakit pasien dalam ruang khusus yang nyaman.

Dalam hal pendidikan dan penelitian Severance Hospital bekerjasama dengan Yonsei University telah melakukan beberapa penelitian, dan support untuk penelitian sangat tinggi baik dari sisi pemenuhan fasilitas untuk penelitian maupun membentuk jejaring dengan Institusi diluar Korea seperti Amerika, Jepang, Cina dan Norwegia. Hal ini mungkin yang bisa dicontoh oleh RSUP Fatmawati dalam pengembangannya untuk menjadi Rumah Sakit rujukan nasional.

### **3.5 Analisis SWOT**

Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya merepresentasikan berbagai faktor eksternal yang dinilai sebagian tidak sepenuhnya bisa dikendalikan dan bahkan sebagian sisa lainnya di luar kendali RSUP Fatmawati dan berbagai faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh RSUP Fatmawati dalam rangka mewujudkan visi organisasinya. Faktor eksternal direpresentasikan dalam analisis



SWOT melalui *OPPORTUNITIES* dan *THREATS*, sedangkan *STRENGTHS* dan *WEAKNESSES* merepresentasikan faktor internal RSUP Fatmawati.

Analisis dilakukan pertama-tama dengan menganalisa faktor-faktor eksternal organisasi yang akan memengaruhi jalannya roda organisasi RSUP Fatmawati dan kemudian berdasarkan pemahaman atas faktor eksternal tersebut dilanjutkan dengan menganalisa faktor internal organisasi RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015-2019.

Berikut ini disajikan analisis faktor eksternal dan internal yang dinilai faktor-faktor *OPPORTUNITIES* dan *THREATS* serta *STRENGTHS* dan *WEAKNESSES* dalam mewujudkan visi periode 2011-2015.

### Peluang

- Sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional
- Sistem kemitraan yang luas
- Fleksibilitas pengelolaan keuangan

- Kebijakan formularium sebagai alat kendali
- Menjadi RS Pendidikan spesialis & subspesialis
- Potensi pasar dan Kebijakan Kemkes tentang *continuum of care throughout life-cycle*
- Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan Nasional

### Ancaman

- Sistem rujukan belum berjalan baik
- Kebijakan Sistem pentarifan berubah-ubah
- RS pesaing
- Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi
- Ketergantungan yang tinggi pada produk impor
- Ketidakpastian kebijakan supra sistem
- *Foreign Direct Investment (FDI)*

### Kekuatan

- Rumah Sakit telah terakreditasi nasional (KARS) & internasional (JCI)

- Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung
- Sudah memiliki layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik
- Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll
- Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar
- Memiliki kerjasama dengan FK

#### Kelemahan

- Jumlah dan kompetensi SDM medik belum memadai (terutama tenaga pendidikan dan penelitian)
- Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi *Decision Support System*)
- Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi
- Sarana prasarana belum memadai
- Aksesibilitas masih rendah

- Sistem manajemen kinerja belum optimal

#### 3.6 Diagram Kartesian Pilihan Prioritas Strategis

Tujuan bagian ini adalah untuk menentukan posisi bersaing RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi periode tahun 2015 – 2019 untuk menentulan pilihan prioritas strategis. Penilaian posisi bersaing ini dilakukan dengan memperhatikan *benchmark* (patok duga). Posisi bersaing RSUP Fatmawati dilakukan dengan memperhatikan hasil analisa SWOT dan *benchmark*.

Berikut ini disajikan analisa posisi bersaing RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019.

**Tabel 3.2. Peluang (*Opportunity*)**

<b>OPPORTUNITY</b>	<b>BOBOT</b>	<b>Nilai</b>	<b>Skor</b>
Sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional	20	90	18
Sistem kemitraan yang luas	10	70	7
Fleksibilitas pengelolaan keuangan	10	80	8
Kebijakan formularium sebagai alat kendali	10	80	8
Menjadi RS Pendidikan spesialis & subspesialis	15	70	10.5
Potensi pasar dan Kebijakan Kemkes tentang <i>continuum of care throughout life-cycle</i>	15	60	9
Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan Nasional	20	70	14
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		<b>74.5</b>

**Tabel 3.3. Ancaman (*Threat*)**

<b>THREAT</b>	<b>BOBOT</b>	<b>Nilai</b>	<b>Skor</b>
Sistem rujukan belum berjalan baik	20	50	10
Kebijakan Sistem pentarifan berubah-ubah	10	50	5
RS pesaing	10	50	5
Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi	20	70	14
Ketergantungan yang tinggi pada produk impor	15	70	10.5
Ketidakpastian kebijakan supra sistem	10	50	5
Foreign Direct Invesment (FDI)	15	40	6
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		<b>55.5</b>

**Tabel 3.4. Kekuatan (*Strength*)**

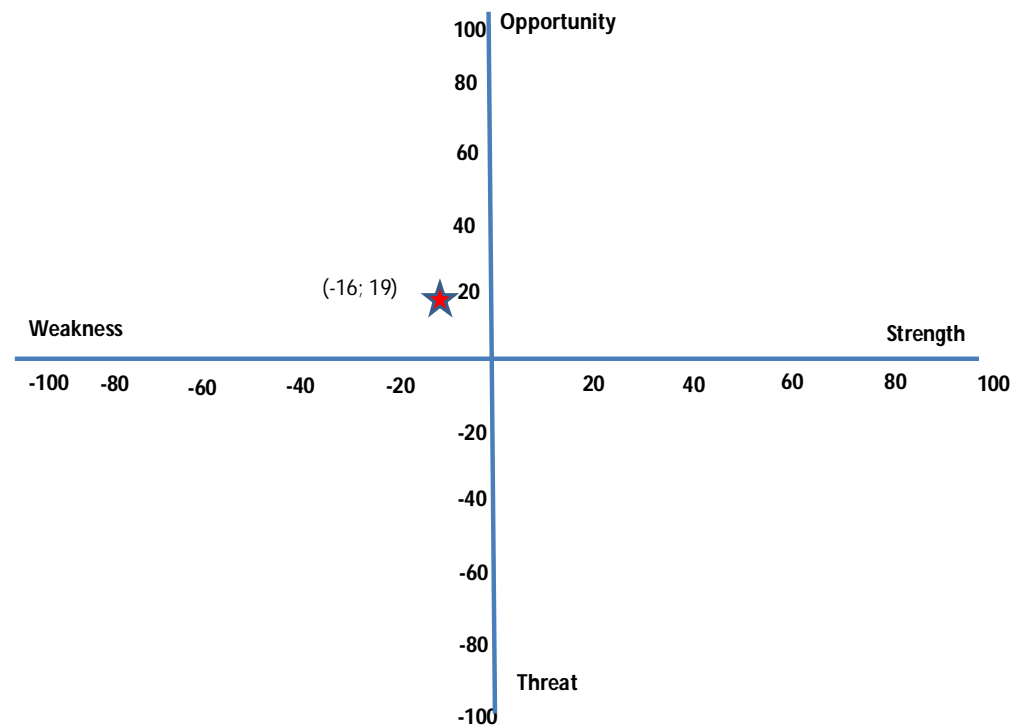
<b>STRENGTH</b>	<b>BOBOT</b>	<b>Nilai</b>	<b>Skor</b>
Rumah Sakit telah terakreditasi nasional (KARS) & internasional (JCI)	20	70	14
Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung	15	70	10.5
Sudah memiliki layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik	20	40	8
Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll	15	40	6
Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar	10	50	5
Memiliki kerjasama dengan FK	20	40	8
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		<b>51.5</b>

**Tabel 3.5. Kelemahan (*Weakness*)**

<b>WEAKNESS</b>	<b>BOBOT</b>	<b>Nilai</b>	<b>Skor</b>
Jumlah dan kompetensi SDM medik belum memadai (terutama tenaga pendidikan dan penelitian)	20	50	10
Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi Decision Support System)	20	70	14
Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi	15	80	12
Sarana prasarana belum memadai	15	70	10.5
Aksesibilitas masih rendah	20	70	14
Sistem manajemen kinerja belum optimal	10	70	7
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		<b>67.5</b>

Berdasarkan hasil perhitungan pada tabel 3.2 hingga 3.5, posisi bersaing RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 berada di kuadran II pada diagram kartesius (lihat gambar 3.1). Posisi yang ada memperlihatkan bahwa dari internal, RSUP Fatmawati memiliki kelemahan yang lebih besar dibandingkan

kekuatannya. Meskipun demikian, terdapat peluang yang lebih besar dibandingkan ancaman dari eksternal. Untuk itu, strategi yang sebaiknya dipilih adalah penguatan mutu kelembagaan dengan fokus pada perbaikan kelemahan dengan memanfaatkan peluang yang ada.



Gambar 3.1. Diagram Kartesius Pilihan Prioritas RSUP Fatmawati 2015-2019

### 3.7 Analisa TOWS

Berdasarkan posisi bersaing RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019, maka analisa TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaannya. Berikut disajikan hasil analisa TOWS (Tabel 3.6). Setiap sel matriks TOWS diisi oleh sasaran strategi yang menunjukkan prioritas strategis yang dipilih oleh RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2015 – 2019 dalam menghadapi salah satu dari 4 (empat) keadaan berikut:

- (i) Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*
- (ii) Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*
- (iii) Meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu
- (iv) Meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu



Tabel 3.6. Hasil Analisis TOWS

<h1>Analisis TOWS</h1>	<b>STRENGTH</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rumah Sakit telah terakreditasi nasional (KARS) &amp; internasional (JCI)</li> <li>2. Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung</li> <li>3. Sudah memiliki layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik</li> <li>4. Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll</li> <li>5. Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar</li> <li>6. Memiliki kerjasama dengan FK</li> </ol>	<b>WEAKNESS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah dan kompetensi SDM medik belum memadai (terutama tenaga pendidikan dan penelitian)</li> <li>2. Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi <i>Decision Support System</i>)</li> <li>3. Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi</li> <li>4. Sarana prasarana belum memadai</li> <li>5. Aksesibilitas masih rendah</li> <li>6. Sistem manajemen kinerja belum optimal</li> </ol>		
	<b>OPPORTUNITY</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional</li> <li>2. Sistem kemitraan yang luas</li> <li>3. Fleksibilitas pengelolaan keuangan</li> <li>4. Kebijakan formularium sebagai alat kendali</li> <li>5. Menjadi RS Pendidikan spesialis &amp; subspecialis</li> <li>6. Potensi pasar dan Kebijakan Kemkes tentang <i>continoum of care throughout life-cycle</i></li> <li>7. Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan Nasional</li> </ol>	<b>STRATEGI SO :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O1, O4, S1-6 : Usulan penyempurnaan pembiayaan untuk pelayanan terpadu</li> </ol>	<b>STRATEGI WO :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O2, O5 , W1 : Kemitraan pendidikan dan penelitian</li> <li>2. O2, W1 : Sister Hospital</li> <li>3. W3, O6 : Membangun cluster layanan terpadu</li> <li>4. W4, O2, O3 : Mengoptimalkan KSO</li> <li>5. W5, O6 : integrasi dan penyempurnaan proses bisnis</li> <li>6. W6,O3 : membangun sistem dan budaya kinerja</li> </ol>
	<b>THREAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem rujukan belum berjalan baik</li> <li>2. Kebijakan Sistem pentarifan berubah-ubah</li> <li>3. RS pesaing</li> <li>4. Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi</li> <li>5. Ketergantungan yang tinggi pada produk impor</li> <li>6. Ketidakpastian kebijakan supra sistem</li> <li>7. FDI (Foreign Direct Investment)</li> </ol>	<b>STRATEGI ST :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S5, T1 : Membina jejaring kesehatan</li> <li>2. T3,S3,S4 : memperkuat dan memperluas pelayanan unggulan</li> <li>3. T2, S3: Penyempurnaan dan implementasi Clinical Pathway terpadu</li> <li>4. T4, S1 : JCI <i>sustainability</i> dan budaya kinerja</li> <li>5. T7, S1, S2, S3 : Mengoptimalkan marketing</li> </ol>	<b>STRATEGI WT :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. W2, T2, T4, T6 : Pengembangan Sistem Informasi RS terintegrasi</li> </ol>

### 3.8 Peta Strategi

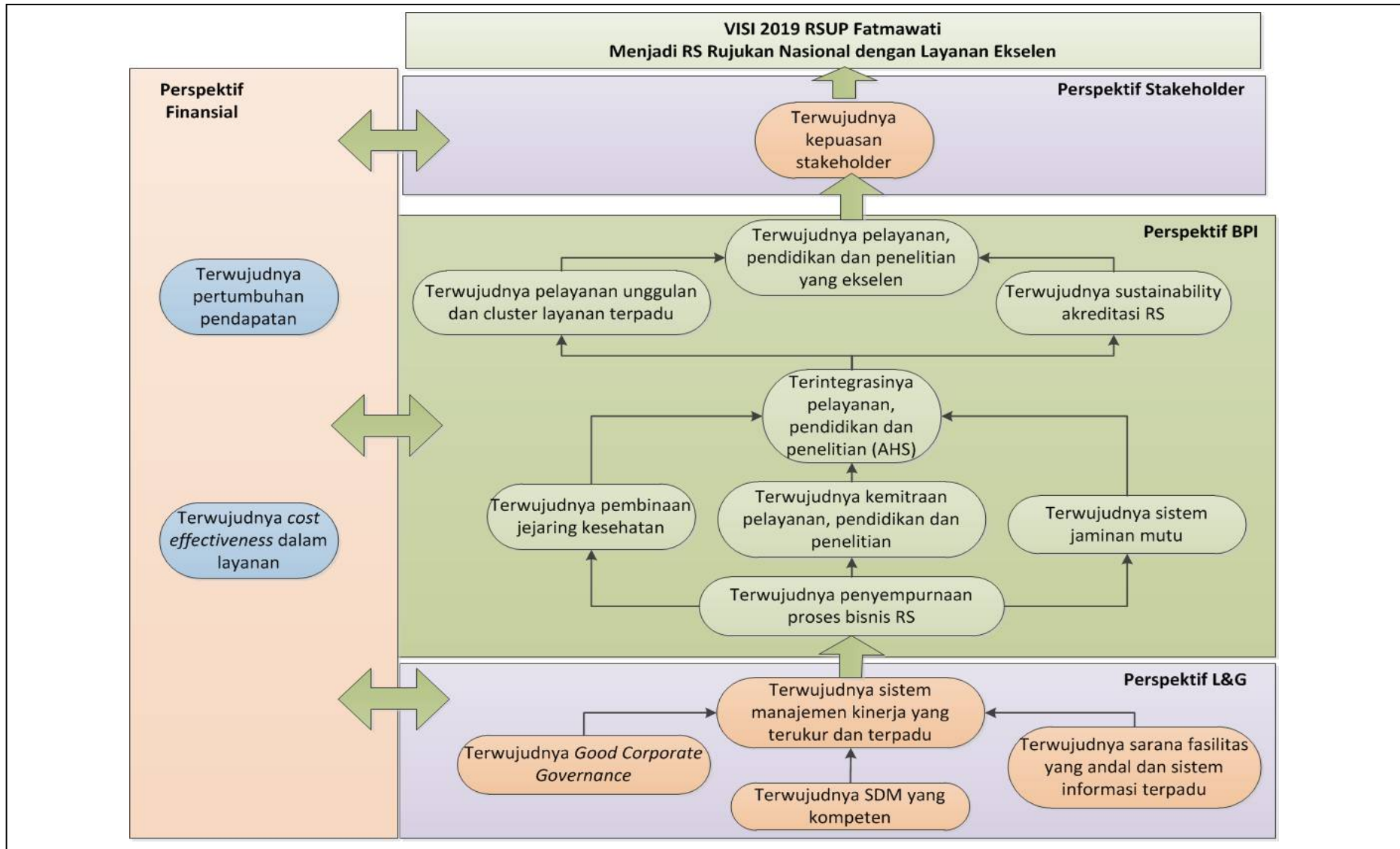
Berdasarkan hasil analisa posisi bersaing dan analisa TOWS, maka dapat disusun peta strategi. Dalam buku ini, peta strategi menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial. Peta strategi yang disusun diadaptasi dari pendekatan *Balanced Scorecard*. Peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2015 – 2019 disusun atas 15 (lima belas) jenis sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan pada analisa TOWS sebagai berikut:

1. Terwujudnya kepuasan *stakeholder*
2. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen
3. Tercapainya *sustainability* akreditasi RS
4. Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu

5. Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)
6. Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan
7. Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian
8. Terwujudnya sistem jaminan mutu
9. Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS
10. Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu
11. Terwujudnya *Good Corporate Governance*
12. Terwujudnya SDM yang berkompeten
13. Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu
14. Tercapainya pertumbuhan pendapatan
15. Terwujudnya *cost effectiveness* dalam layanan

Berikut ini disajikan peta strategi RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 (Gambar 3.2).





Gambar 3.2. Peta Strategi RSUP Fatmawati 2015-2019

Peta strategi tersebut dimaknai sebagai berikut. Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi RSUP Fatmawati 2019, yakni “Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan ekselen terpadu 2019”. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, sasaran strategis yang diperlukan pada perspektif *stakeholder* adalah terwujudnya kepuasan stakeholder, yang hanya bisa dicapai jika RSUP Fatmawati mewujudkan pelayanan yang ekselen berbasis pendidikan dan penelitian dan mampu mencapai JCI *sustainability*.

Untuk mewujudkan kedua sasaran strategis tersebut, perlu terlebih dahulu diwujudkan pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu yang terdapat pada perspektif bisnis dan proses internal. Pelayanan unggulan dan cluster pelayanan terpadu dapat diwujudkan dengan mengintegrasikan pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) dari terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan, terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan terwujudnya sistem

jaminan mutu. Ketiga sasaran strategis ini membutuhkan terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS.

Dari perspektif *learning and growth* atau bisa disebut juga pengembangan personal dan organisasi, RSUP Fatmawati perlu mewujudkan sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu. Sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu ini dapat dicapai melalui pencapaian tiga strategi bersamaan, yaitu mewujudkan *Good Corporate Governance*, SDM yang berkompeten, serta sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu.

Perspektif finansial pada peta strategi berfungsi sebagai *enabler* yang memungkinkan percepatan perwujudan ketiga jenis perspektif lainnya (perspektif stakeholder, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif *learning & growth*). Ada dua jenis sasaran strategis yang perlu direalisasikan oleh RSUP Fatmawati yaitu tercapainya pertumbuhan pendapatan dan terwujudnya *cost effectiveness*.

## IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

### 4.1 Matriks KPI

Berdasarkan peta strategi yang telah ditetapkan sebagai bingkai arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati demi mewujudkan visi di penghujung tahun 2019, maka dapat disusun Indikator Kinerja Utama atau KPI (*Key Performance Indicator*) dan target KPI serta bobot KPI dan PIC (*Person in Charge*) atas suatu KPI. Berbagai jenis KPI telah dirumuskan untuk RSB RSUP Fatmawati periode tahun 2015 – 2019. Sebagian jenis KPI adalah bertipe *outcome*, dan lainnya bertipe *output*, proses, dan *input*. KPI berfungsi untuk mengukur secara kualitatif tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. KPI berjenis *outcome* merupakan indikator kinerja utama yang mengukur keberhasilan RSUP Fatmawati untuk menghasilkan sasaran strategis tertentu. Jenis KPI *outcome* hanya bisa diwujudkan bila ditunjang oleh berbagai KPI berjenis *output*, yang berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan keluaran suatu

sasaran strategis pada peta strategis. Berbagai KPI bertipe proses merupakan kumpulan indikator keberhasilan sasaran strategis yang dibutuhkan untuk mewujudkan KPI bertipe *output*. Dalam buku ini, KPI bertipe proses hanya bisa diwujudkan bila RSUP Fatmawati mewujudkan KPI bertipe *input*, yang mengukur pencapaian keberhasilan RSUP Fatmawati dalam menyediakan sumber daya organisasi tertentu sebagai masukan untuk melakukan berbagai sasaran strategis pada proses bisnis internal.

Tabel 4.1 menggambarkan berbagai KPI untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2015 – 2019.

Tabel 4.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholder	1 Indeks Kepuasan Pasien
		2 Persentase Kepuasan Staf
		3 Persentase Kepuasan Peserta Didik
		4 Tingkat Kesehatan BLU
2	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen	5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisplin
		6 Persentase Jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)
		7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional / internasional
3	Tercapainya sustainability akreditasi RS	8 Capaian akreditasi Rumah Sakit
4	Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu	9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu
5	Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)	10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik
		11 Persentase AFI ( <i>Action for Improvement</i> ) terkait integrasi yang ditindak lanjuti
		12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan
6	Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan	13 Persentase rujukan tepat
		14 Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring
7	Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian	15 Jumlah KSO pengadaan peralatan
		16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub-spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat
		17 Jumlah kemitraan riset yang dilaksanakan
8	Terwujudnya sistem jaminan mutu	18 Persentase SIP yang ditindak lanjuti
		19 Persentase capaian kinerja medik

**Tabel 4.1.Indikator Kinerja Utama (KPI) (Lanjutan)**

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI
9	Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS	20 Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor integrasi
10	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu	21 Persentase capaian kinerja satker
11	Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i>	22 Indeks Persepsi GCG
12	Terwujudnya SDM yang berkompeten	23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)
13	Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu	24 Tingkat keandalan sarpras
		25 Tingkat integrasi sistem informasi
14	Tercapainya pertumbuhan pendapatan	26 Trend Peningkatan Pendapatan
15	Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan	27 POBO

KPI berfungsi sebagai alat ukur tingkat keberhasilan secara kuantitatif di tiap tahun atas kemajuan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. Target KPI yang ditetapkan tiap tahun diupayakan ada peningkatan secara kuantitatif hingga terwujudnya visi RSUP Fatmawati di tahun 2019.

Bobot KPI ditentukan untuk menunjukkan tingkat kepentingan relatif suatu jenis KPI dibandingkan dengan jenis KPI lainnya.

Total bobot semua jenis KPI adalah 100 (seratus) persen. Dengan demikian, bila ada suatu jenis KPI mempunyai nilai bobot lebih tinggi daripada jenis KPI lainnya, jenis KPI tersebut dinilai lebih menentukan dalam mewujudkan visi RSUP Fatmawati di akhir tahun 2019. Kondisi ini juga mengindikasikan bahwa bobot KPI yang lebih tinggi merepresentasikan keinginan kuat jajaran manajemen RSUP Fatmawati untuk merealisasikan suatu sasaran

strategis yang dinilai lebih penting dan mendesak untuk mewujudkan visi 2019.

PIC (*person in charge*) menggambarkan penanggung jawab utama terhadap pencapaian suatu jenis KPI dalam menilai tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2015 – 2019. PIC mengondisikan bahwa penanggung jawab tersebut akan memantau, mengukur, dan mengevaluasi secara berkala status pencapaian kemajuan atau keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi dan pada waktu tertentu bersama-sama dengan PIC lainnya, PIC terkait melakukan secara berkala koordinasi untuk mengendalikan status pencapaian visi RSUP Fatmawati.

Tabel 4.2 menggambarkan informasi bobot KPI, target KPI tiap tahun dan PIC terkait.

**Tabel 4.2. Matriks KPI**

	KPI	PIC	Baseline	TAHUN				
			2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Indeks Kepuasan Pasien	Direktur Medik & Keperawatan	76%	77%	80%	82%	85%	85%
2	Persentase Kepuasan Staf	Direktur Umum, SDM dan Pendidikan	74%	78%	82%	86%	90%	95%
3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	83%	84%	85%	86%	88%	90%
4	Tingkat Kesehatan BLU	Direktur Keuangan	80,21%	82%	85%	86%	88%	90%
5	Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin	Komite Medik	N/A	10%	15%	20%	25%	35%
6	Persentase Jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	0%	20%	40%	60%	80%	100%
7	Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional / internasional	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	2	3	5	6	7	8
8	Capaian Akreditasi Rumah Sakit	Komite Mutu & Manajemen Risiko	Ter-akreditasi	KARS	JCI		KARS	JCI
9	Persentase pengembangan cluster layanan terpadu	Direktur Utama	0	20%	40%	60%	80%	100%
10	Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik	Direktur Medik & Keperawatan	0	60%	70%	80%	90%	100%
11	Persentase AFI (Action for Improvement) terkait integrasi yang ditindak lanjuti	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	50%	75%	100%	100%	100%	100%
12	Jumlah riset translasional yang didokumentasikan	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	0	2	3	4	4	4
13	Persentase rujukan tepat	Direktur Medik & Keperawatan	40.90%	50%	60%	70%	80%	90%

**Tabel 4.2.Matriks KPI (Lanjutan)**

	KPI	PIC	Baseline	TAHUN				
			2014	2015	2016	2017	2018	2019
14	Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring	Direktur Utama	3	4	4	4	4	4
15	Jumlah KSO pengadaan peralatan	Direktur Keuangan	2	1	2	2	3	3
16	Jumlah staf yang mengikuti program Sub-Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat	Direktur Umum, SDM dan Pendidikan	3	10	10	10	10	10
17	Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan	Komite Penelitian & Pengembangan / Dir USP	1	2	2	3	4	4
18	Persentase SIP yang ditindak lanjuti	Komite Mutu & Manajemen Risiko	50%	75%	100%	100%	100%	100%
19	Persentase capaian kinerja medik	Komite Medik	50%	60%	65%	70%	80%	90%
20	Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor integrasi	Komite Mutu & Manajemen Risiko	75%	100%	100%	100%	100%	100%
21	Persentasi capaian kinerja staker	Komite Mutu & Manajemen Risiko	60%	60%	70%	80%	90%	95%
22	Indeks Persepsi GCG	Direktur Utama	50% (N/A)	55%	60%	70%	80%	90%
23	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)	Direktur Umum, SDM dan Pendidikan	70%	75%	80%	85%	90%	95%
24	Tingkat keandalan sarpras	Direktur Medik & Keperawatan	N/A	70%	72%	75%	78%	81%
25	Tingkat integrasi sistem informasi	Direktur Keuangan	50%	60%	70%	80%	90%	100%
26	Trend Peningkatan Pendapatan	Direktur Keuangan	5%	7%	8%	9%	10%	11%
27	POBO	Direktur Keuangan	75%	80%	82.50%	85%	87.50%	90%



## 4.2 Program Kerja Strategis

Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh RSUP Fatmawati pada periode tahun 2015 - 2019. Penentuan program kerja strategis RSUP Fatmawati untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

a) **Program kerja strategis yang bersifat pemantapan :**

Tujuan dari diusulkannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa-masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati pada periode tahun 2015 - 2019.

b) **Program kerja strategis yang bersifat perbaikan :**

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem

manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati.

c) **Program kerja strategis yang bersifat pengembangan :**

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati.

Berikut ini disajikan berbagai program kerja strategis untuk masing-masing perspektif peta strategi yang perlu dilakukan RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019

Tabel 4.3. Program Kerja Strategis

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	Indeks Kepuasan Pasien	Survei kepuasan pasien	Survei kepuasan pasien	Survei kepuasan pasien	Survei kepuasan pasien	Survei kepuasan pasien
2	Persentase Staf yang puas	Survei Kepuasan Staf	Survei Kepuasan Staf	Survei Kepuasan Staf	Survei Kepuasan Staf	Survei Kepuasan Staf
3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	Survei kepuasan peserta didik	Survei kepuasan peserta didik	Survei kepuasan peserta didik	Survei kepuasan peserta didik	Survei kepuasan peserta didik
4	Tingkat Kesehatan BLU	-	-	-	-	-
5	Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin	Peningkatan kinerja penanganan kasus sulit Spine	Peningkatan kinerja penanganan kasus sulit Spine dan Endometriosis	Peningkatan kinerja penanganan kasus sulit Spine dan Endometriosis	Peningkatan kinerja penanganan kasus sulit Spine, Endometriosis dan Kesehatan Remaja	Peningkatan kinerja penanganan kasus sulit Spine, Endometriosis dan Kesehatan Remaja
6	Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan modul terintegrasi</li> <li>• Implementasi modul</li> <li>• Monitoring&amp; evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan modul terintegrasi</li> <li>• Implementasi modul</li> <li>• Monitoring&amp; evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan modul terintegrasi</li> <li>• Implementasi modul</li> <li>• Monitoring&amp; evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan modul terintegrasi</li> <li>• Implementasi modul</li> <li>• Monitoring&amp; evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan modul terintegrasi</li> <li>• Implementasi modul</li> <li>• Monitoring&amp; evaluasi</li> </ul>

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
7	Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional / internasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Roadmap</i> penelitian</li> <li>• <i>Ethical Clearance</i> penelitian</li> <li>• Pendanaan penelitian</li> <li>• Pendanaan publikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksekusi <i>roadmap</i> penelitian</li> <li>• <i>Ethical Clearance</i> penelitian</li> <li>• Pendanaan penelitian</li> <li>• Pendanaan publikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksekusi <i>roadmap</i> penelitian</li> <li>• <i>Ethical Clearance</i> penelitian</li> <li>• Pendanaan penelitian</li> <li>• Pendanaan publikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev <i>roadmap</i> penelitian</li> <li>• <i>Ethical Clearance</i> penelitian</li> <li>• Pendanaan penelitian</li> <li>• Pendanaan publikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev <i>roadmap</i> penelitian</li> <li>• <i>Ethical Clearance</i> penelitian</li> <li>• Pendanaan penelitian</li> <li>• Pendanaan publikasi</li> </ul>
8	Capaian akreditasi Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Update standar JCI-2014</li> <li>• Implementasi AMC</li> <li>• Akreditasi KARS</li> <li>• Telaahan RS benchmark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mock Survey JCI Versi 2014</li> <li>• Survei JCI</li> <li>• Survey verifikasi KARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey verifikasi KARS</li> <li>• Telaahan RS benchmark</li> </ul>	Akreditasi KARS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey JCI</li> <li>• Survey verifikasi KARS</li> </ul>
9	Persentase pengembangan cluster layanan unggulan terpadu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Spine Centre</li> <li>• Pengembangan <i>minimal invasive surgery centre</i></li> <li>• Telaahan RS benchmark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Spine Centre + Endometriosis (Kebidanan)</li> <li>• Pengembangan <i>minimal invasive surgery centre</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Spine Centre + Endometriosis</li> <li>• Pengembangan <i>minimal invasive surgery centre</i></li> <li>• Telaahan RS benchmark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Spine Centre + Endometriosis + Kesehatan Remaja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan Spine Centre + Endometriosis (Kebidanan) + Kesehatan Remaja</li> <li>• Telaahan RS benchmark</li> </ul>
10	Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT</li> <li>• Monev supervisi DPJP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT</li> <li>• Monev supervisi DPJP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT</li> <li>• Monev supervisi DPJP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT</li> <li>• Monev supervisi DPJP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOT</li> <li>• Monev supervisi DPJP</li> </ul>

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
11	Persentase AFI (Action for Improvement) terkait integrasi yang ditindak lanjuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev AFI terintegrasi</li> <li>• Implementasi rencana tindak lanjut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev AFI terintegrasi</li> <li>• Implementasi rencana tindak lanjut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev AFI terintegrasi</li> <li>• Implementasi rencana tindak lanjut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev AFI terintegrasi</li> <li>• Implementasi rencana tindak lanjut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monev AFI terintegrasi</li> <li>• Implementasi rencana tindak lanjut</li> </ul>
12	Jumlah riset translasional yang didokumentasikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ethical Clearance</i> Penelitian</li> <li>• Pendokumentasian riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ethical Clearance</i> Penelitian</li> <li>• Pendokumentasian riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ethical Clearance</i> Penelitian</li> <li>• Pendokumentasian riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ethical Clearance</i> Penelitian</li> <li>• Pendokumentasian n riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ethical Clearance</i> Penelitian</li> <li>• Pendokumentasian riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>
13	Persentase rujukan tepat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendataan dengan IT terintegrasi</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi rujukan</li> <li>• <i>Round Table Discussion</i> dengan jejaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendataan dengan IT terintegrasi</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi rujukan</li> <li>• <i>Round Table Discussion</i> dengan jejaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendataan dengan IT terintegrasi</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi rujukan</li> <li>• <i>Round Table Discussion</i> dengan jejaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendataan dengan IT terintegrasi</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi rujukan</li> <li>• <i>Round Table Discussion</i> dengan jejaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendataan dengan IT terintegrasi</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi rujukan</li> <li>• <i>Round Table Discussion</i> dengan jejaring</li> </ul>
14	Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring	Kegiatan pembinaan jejaring	Kegiatan pembinaan jejaring	Kegiatan pembinaan jejaring	Kegiatan pembinaan jejaring	Kegiatan pembinaan jejaring
15	Jumlah KSO pengadaan peralatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Feasibility study</i> rencana KSO</li> <li>• Pelaksanaan KSO</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi KSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Feasibility study</i> rencana KSO</li> <li>• Pelaksanaan KSO</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi KSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Feasibility study</i> rencana KSO</li> <li>• Pelaksanaan KSO</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi KSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Feasibility study</i> rencana KSO</li> <li>• Pelaksanaan KSO</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi KSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Feasibility study</i> rencana KSO</li> <li>• Pelaksanaan KSO</li> <li>• Monitoring &amp; evaluasi KSO</li> </ul>

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
16	Jumlah staf yang mengikuti program Sub-Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping SDM</li> <li>• Program Pendanaan</li> <li>• Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping SDM</li> <li>• Program Pendanaan</li> <li>• Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping SDM</li> <li>• Program Pendanaan</li> <li>• Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping SDM</li> <li>• Program Pendanaan</li> <li>• Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping SDM</li> <li>• Program Pendanaan</li> <li>• Monitoring dan Evaluasi</li> </ul>
17	Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah terhadap RS jejaring &amp; benchmark</li> <li>• Kerjasama kemitraan riset</li> <li>• Publikasi riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah terhadap RS jejaring &amp; benchmark</li> <li>• Kerjasama kemitraan riset</li> <li>• Publikasi riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah terhadap RS jejaring &amp; benchmark</li> <li>• Kerjasama kemitraan riset</li> <li>• Publikasi riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah terhadap RS jejaring &amp; benchmark</li> <li>• Kerjasama kemitraan riset</li> <li>• Publikasi riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telaah terhadap RS jejaring &amp; benchmark</li> <li>• Kerjasama kemitraan riset</li> <li>• Publikasi riset</li> <li>• Monitoring &amp; Evaluasi</li> </ul>
18	Persentase SIP yang ditindak lanjuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SIP tingkat RS</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SIP tingkat RS</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SIP tingkat RS</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SIP tingkat RS</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SIP tingkat RS</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>
19	Persentase capaian kinerja medik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja medik</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja medik</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja medik</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja medik</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja medik</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>
20	Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor integrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan system jaminan mutu</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan system jaminan mutu</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan system jaminan mutu</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan system jaminan mutu</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan system jaminan mutu</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>
21	Persentase capaian kinerja staker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja satker</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja satker</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja satker</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja satker</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan kinerja satker</li> <li>• Monitoring dan evaluasi</li> </ul>

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
22	Indeks Persepsi GCG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survei GCG</li> <li>• Tindak lanjut hasil survey GCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survei GCG</li> <li>• Tindak lanjut hasil survey GCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survei GCG</li> <li>• Tindak lanjut hasil survey GCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survei GCG</li> <li>• Tindak lanjut hasil survey GCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survei GCG</li> <li>• Tindak lanjut hasil survey GCG</li> </ul>
23	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping kompetensi</li> <li>• Program peningkatan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping kompetensi</li> <li>• Program peningkatan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping kompetensi</li> <li>• Program peningkatan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping kompetensi</li> <li>• Program peningkatan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping kompetensi</li> <li>• Program peningkatan kompetensi</li> </ul>
24	Tingkat keandalan sarpras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping tingkat keandalan sarpras</li> <li>• Program peningkatan keandalan sarpras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping tingkat keandalan sarpras</li> <li>• Program peningkatan keandalan sarpras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping tingkat keandalan sarpras</li> <li>• Program peningkatan keandalan sarpras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping tingkat keandalan sarpras</li> <li>• Program peningkatan keandalan sarpras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapping tingkat keandalan sarpras</li> <li>• Program peningkatan keandalan sarpras</li> </ul>
25	Tingkat Integrasi Sistem Informasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan SDM ISIRS</li> <li>• Penambahan SDM Programmer dengan kompetensi teknologi Web</li> <li>• Pembuatan modul e-Resep</li> <li>• Implementasi Sistem Informasi Farmasi Baru</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan SDM jaringan dengan sertifikasi CISCO</li> <li>• Pengembangan lanjutan SIMRS Baru</li> <li>• Pembuatan Aplikasi persuratan RS</li> <li>• Pengadaan server antivirus</li> <li>• Inisiasi Integrasi Rekam Medis Online secara Nasional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peremajaan server utama Front office</li> <li>• Pengadaan server handkey</li> <li>• Peremajaan fiber optic ke ruang server</li> <li>• Penambahan bandwidth internet</li> <li>• Implementasi SMS Gateway</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementasi awal <i>Cloud</i> sebagai DRP tahap kedua</li> <li>• Pembagunan Sistem Interaksi Pasien lanjutan</li> <li>• Pembangunan Mobile Apps</li> <li>• Penggantian UPS ruang server</li> <li>• Peremajaan media simpan data</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisasi DRP dengan menggunakan sistem <i>Cloud</i></li> <li>• Peremajaan server Database dan Aplikasi</li> <li>• Virtualisasi Server</li> <li>• Pengadaan media penyimpanan server</li> </ul>

	KPI	TAHUN				
		2015	2016	2017	2018	2019
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembangunan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Baru</li> <li>• Pembuatan modul Laporan Operasi</li> <li>• Pembuatan modul Jadwal Operasi</li> <li>• Pembaruan Portal Fatmawati</li> <li>• Penambahan server mirroring Database</li> <li>• Pengadaan server back up DHCP</li> <li>• Penambahan media penyimpanan server</li> <li>• Pengembangan jaringan internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penambahan media penyimpanan server</li> <li>• Pengembangan jaringan internet</li> <li>• Pembangunan Ruang Server Cadangan (Bagian dari Disaster Recovery Plan tahap 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembangunan Sistem Kios Informasi <i>Self-Service</i> untuk pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengadaan media penyimpanan server</li> <li>• Penggantian switch utama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renovasi ruang server</li> </ul>
26	Trend Peningkatan Pendapatan	-	-	-	-	-
27	POBO	-	-	-	-	-

## V. ANALISIS DAN MITIGASI RISIKO

### 5.1 Analisis Risiko

Setiap sasaran strategis RSUP Fatmawati sebagaimana dijelaskan pada bagian terdahulu diperkirakan akan mengalami kemungkinan dapat tidak terwujud atau sebagian saja yang bisa diwujudkan karena potensi risiko yang dapat dialami organisasi, baik risiko finansial maupun non finansial. Untuk mengantisipasi potensi risiko yang akan dan tengah dihadapi oleh RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi 2019, maka diperlukan sebuah pemetaan resiko. Dalam buku ini, tujuan dari pemetaan risiko adalah untuk menentukan jenis risiko yang dinilai akan muncul dan diperkirakan kelak mempunyai dampak yang cukup signifikan dalam menggagalkan perwujudan visi 2019.

Adanya risiko yang diidentifikasi dan dipetakan ini akan menjadi dasar bagi RSUP Fatmawati dan pihak-pihak lain yang terkait untuk:

- (a) menyusun sebuah rencana mitigasi risiko sebagai rangkaian upaya untuk menghindari atau meniadakan atau mengurangi kemunculan suatu jenis risiko dan potensi tingkat dampak negatif yang dapat terjadi atas kemunculan suatu risiko dan
- (b) merekomendasikan suatu kebijakan agar pola penanganan suatu jenis risiko dinilai efektif apabila ada dukungan kepastian suatu payung hukum, yang berisi suatu kewenangan untuk diterapkan pada pengendalian risiko terkait.

Tanpa antisipasi berbagai risiko tersebut diperkirakan akan sulit di masa mendatang bagi jajaran manajemen RSUP Fatmawati untuk dapat mewujudkan berbagai sasaran strategisnya pada periode tahun 2015 - 2019. Dampak lanjutannya dapat diduga



bahwa target KPI RSUP Fatmawati pada suatu tahun dapat tidak dicapai.

Dalam pemetaan risiko, sangatlah mungkin bahwa sebuah sasaran strategis RSUP Fatmawati dapat mengandung lebih dari satu jenis risiko. Jenis risiko yang dipetakan yang dinilai penting bersumber baik dari lingkungan eksternal maupun internal RSUP Fatmawati, yang diperkirakan akan mengancam perwujudan suatu sasaran strategis.

Setelah pemetaan resiko dilakukan, tahap selanjutnya adalah menganalisis atau menentukan tingkat risiko yang diidentifikasi. Upaya yang dilakukan untuk mendefinisikan tingkat (*level*) risiko adalah sebagai berikut:

- (i) Menentukan kemungkinan risiko terjadi dengan patokan sebagai berikut:
  - Kemungkinan **sangat besar** : dipastikan akan sangat mungkin terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran

strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar di atas 0,8 sampai 1,0

- kemungkinan **besar** : kemungkinan besar terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,6 sampai dengan 0,8
- kemungkinan **sedang** : kemungkinan sedang terjadinya risiko untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,4 sampai dengan 0,6
- kemungkinan **kecil** : kemungkinan kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,2 sampai dengan 0,4
- kemungkinan **sangat kecil** : kemungkinan sangat kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0 sampai dengan 0,2

(ii) Menentukan dampak risiko dengan patokan sebagai berikut:

- Dampak tidak signifikan : risiko mempunyai pengaruh sangat kecil pada suatu sasaran strategis, namun sasaran strategis masih bisa dicapai
- Dampak minor : risiko mempunyai pengaruh kecil pada suatu sasaran strategis dan memerlukan sedikit upaya penanganan
- Dampak medium : risiko mempunyai pengaruh sedang pada suatu sasaran strategis dan membutuhkan upaya cukup serius penanganannya
- Dampak mayor : risiko mempunyai pengaruh besar pada suatu sasaran strategis dan membutuhkan serius penanganannya
- Dampak malapetaka : risiko mempunyai pengaruh tidak terpenuhinya suatu sasaran strategis dan membutuhkan upaya sangat serius penanganannya

Berdasarkan pertemuan antara kemungkinan risiko terjadi dan jenis dampak risiko pada suatu sasaran strategis dapat dinilai suatu **level risiko** dengan kualifikasi sebagai berikut (tabel 5.1):

- (a) Risiko Rendah (kode R)
- (b) Risiko Moderat (kode M)
- (c) Risiko Tinggi (kode T, warna kuning)
- (d) Risiko Ekstrim (kode E, warna merah)

**Tabel 5.1. Acuan Penilaian Risiko**

Level KEMUNG - KINAN	Level DAMPAK				
	1. TDK Signf	2. MINOR	3. MEDIUM	4. MAYOR	5. MALA PETAKA
I. SANGAT BESAR	T	T	E	E	E
II BESAR	M	T	T	E	E
III SEDANG	R	M	T	E	E
IV KECIL	R	R	M	T	E
V SANGAT KECIL	R	R	M	T	T

Keterangan: R: Risiko Rendah M: Risiko Moderat T: Risiko Tinggi  
E: Risiko Ekstrim

Tabel 5.2 menyajikan hasil analisis risiko yang menggambarkan sasaran strategis, identifikasi risiko, tingkat kemungkinan, skala dampak, dan level risiko bagi RSUP Fatmawati dalam rangka mewujudkan visi 2019.

**Tabel 5.2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis**

NO	SASARAN STRATEGIS	IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO	PELUANG	DAMPAK	TINGKAT RISIKO
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholder	Semakin tingginya ekspektasi stakeholder	D	4	E
2	Terwujudnya pelayanan yang ekselen berbasis pendidikan dan penelitian	Rendahnya animo untuk meneliti	C	3	Tinggi
		Kurangnya fasilitas pendidikan	B	3	Medium
		Kurangnya penelitian yang dapat diimplementasikan sehari-hari	C	3	Tinggi
3	Tercapainya JCI sustainability	Belum mantapnya budaya JCI	C	4	Tinggi
4	Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu	Belum munculnya budaya Team Work	D	4	Ekstrim
		Kurang tersedianya SDM ahli	C	3	Tinggi
5	Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)	Belum jelasnya kebijakan supra sistem terhadap AHS	B	4	Tinggi
		Ketidak siapan para pelaku AHS	C	4	Tinggi
6	Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan	Ketidaksiapan sarana, fasilitas dan SDM jejaring	D	3	Tinggi
		Ketidak percayaan masyarakat terhadap kemampuan jejaring	C	3	Tinggi
7	Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian	Belum adanya pohon penelitian	B	2	Rendah
		Belum adanya roadmap kerjasama bidang pelayanan	C	3	Tinggi
		Lemahnya dukungan Kebijakan supra sistem	C	3	Tinggi
		Belum adanya kesepakatan bentuk kerjasama di bidang pendidikan	B	4	Tinggi
8	Terwujudnya sistem jaminan mutu	Belum optimalnya budaya kinerja	C	4	Tinggi
		Belum sempurnanya penerapan sistem jaminan mutu	B	3	Medium
		Belum efektifnya pengendalian mutu harian	B	3	Medium
		Belum efektifnya dukungan sistem IT untuk sistem jaminan mutu	D	4	Ekstrim
		Belum sempurnanya kemampuan analisa data mutu untuk pengambilan keputusan manajemen	D	3	Tinggi

**Tabel 5.2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis (Lanjutan)**

NO	SASARAN STRATEGIS	IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO	PELUANG	DAMPAK	TINGKAT RISIKO
9	Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS	Belum adanya keterlibatan aktif satker dalam pengendalian penyempurnaan proses bisnis	C	4	Tinggi
		Belum terintegrasinya upaya penyempurnaan proses bisnis dengan penataan sistem IT	D	4	Ekstrim
		Penempatan SDM yang belum sesuai dengan tuntutan jabatan / pekerjaan	D	3	Medium
10	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu	Penginputan data ke dalam database tidak konsisten	C	3	Tinggi
		Belum efektifnya monev pencapaian kinerja	B	3	Medium
		Belum terbangunnya sistem manajemen kinerja berbasis IT	D	4	Ekstrim
11	Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i>	Belum efektifnya peran Dewas	C	4	Tinggi
		Belum konsistennya kebijakan suprasistem	C	4	Tinggi
		Belum optimalnya peran SPI mulai dari P-O-A-C	C	4	Tinggi
12	Terwujudnya SDM yang berkompeten	Kurangnya kemauan SDM (demotivasi)	C	4	Tinggi
		Belum sinkronnya rencana pengembangan SDM Kemenkes RI dan RSUP Fatmawati	C	4	Tinggi
		Belum efektifnya monev kompetensi SDM	B	4	Tinggi
13	Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu	Tidak adanya anggaran	C	4	Tinggi
		Keterbatasan SDM IT	B	3	Medium
		Kebijakan yang berubah-ubah	B	3	Medium
		Ketidak disiplin penginputan data	C	4	Tinggi

## 5.2 Rencana Mitigasi Risiko

Berdasarkan hasil pada tahap sebelumnya, rencana mitigasi risiko didefinisikan. Rencana mitigasi risiko menggambarkan upaya nyata yang dibutuhkan oleh RSUP Fatmawati untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategis di peta strategi. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk menangani berbagai jenis risiko yang dinilai EKSTRIM dan TINGGI bagi RSUP Fatmawati.

Tabel 5.3 berikut menyajikan sasaran strategis, risiko, level risiko, dan rencana mitigasinya, khususnya untuk menangani level risiko yang berstatus **ekstrim(E)** atau **tinggi (T)**.

Tabel 5.3. Rencana Mitigasi Risiko

NO	SASARAN STRATEGIS	IDENTIFIKASI RISIKO	RISIKO	Program Mitigasi (Khusus untuk Level E dan T)
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholder	Semakin tingginya ekspektasi stakeholder	E	Perbaikan mutu <i>continuum of care</i>
2	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen	Rendahnya animo untuk meneliti	T	Reward bagi peneliti
		Kurangnya penelitian yang dapat diimplementasikan dalam sehari-hari	T	Reward bagi peneliti
3	Tercapainya sustainability akreditasi RS	Belum mantapnya budaya JCI	T	Transformasi budaya safety
				Update standar JCI
4	Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu	Belum munculnya budaya Team Work	E	Capacity building
		Kurang tersedianya SDM ahli	T	Rekrutmen tenaga ahli Peningkatan kompetensi
5	Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)	Belum jelasnya kebijakan supra sistem terhadap AHS	T	Kesepakatan kebijakan
		Ketidak siapan para pelaku AHS	T	Kesepakatan kebijakan
6	Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan	Ketidaksiapan sarana, fasilitas dan SDM jejaring	T	Advokasi
				Capacity building jejaring
		Ketidak percayaan masyarakat terhadap kemampuan jejaring	T	Advokasi
				Penetapan Road Map Pelayanan
		Belum adanya roadmap kerjasama bidang pelayanan	T	Penataan Infra struktur
				Peningkatan koordinasi dengan supra sistem
Belum adanya dukungan Kebijakan supra system	T	Kesepakatan kebijakan		
8	Terwujudnya sistem jaminan mutu	Belum optimalnya budaya kinerja	T	Reward and punishment
		Belum efektifnya dukungan sistem IT untuk sistem jaminan mutu	E	Membangun sistem jaminan mutu berbasis IT
		Belum sempurnanya kemampuan analisa data mutu untuk pengambilan keputusan manajemen	T	Penambahan kompetensi untuk analisa data Membudayakan pemutakhiran data mutu

Tabel 5.3.Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

NO	SASARAN STRATEGIS	IDENTIFIKASI RISIKO	RISIKO	Program Mitigasi (Khusus untuk Level E dan T)
9	Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS	Belum adanya keterlibatan aktif satker dalam pengendalian penyempurnaan proses bisnis	T	Membudayakan satker agar terlibat aktif dalam penyempurnaan proses bisnis
		Belum terintegrasinya upaya penyempurnaan proses bisnis dengan penataan sistem IT	E	Perbaikan proses bisnis pada SMF dan satker lainnya berbasis IT Penyusunan blue print IT sesuai proses bisnis
10	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu	Penginputan data ke dalam database tidak konsisten	T	Reward and punishment Membudayakan pemutakhiran data mutu
		Belum terbangunnya sistem manajemen kinerja berbasis IT	E	Membangun dashboard kinerja berbasis IT
11	Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i>	Belum efektifnya peran Dewas	T	Workshop berkala untuk perbaikan implementasi GCG Adanya board manual yang diterapkan
		Belum konsistennya kebijakan suprasistem	T	Advokasi
		Belum optimalnya peran SPI mulai dari P-O-A-C	T	Capacity building SPI
12	Terwujudnya SDM yang berkompeten	Kurangnya kemauan SDM (demotivasi)	T	Menyempurnakan reward dan konsekuensi
		Belum sinkronnya rencana pengembangan SDM Kemenkes RI dan RSUP Fatmawati	T	Peningkatan kompetensi
		Belum efektifnya monev kompetensi SDM	T	Monev kompetensi secara rutin
13	Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu	Tidak adanya anggaran	T	Sewa beli
		Ketidaksiplinan penginputan data	T	Reward and punishment

## VI. PROYEKSI FINANSIAL

### 6.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan RSUP Fatmawati dapat dilihat pada tabel 6.1.

Tabel 6.1. Estimasi pendapatan 2015-2019

No	Sumber pendapatan	Baseline 2014	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	Dana Pemerintah	171.325.567.000	233.300.000.000	226.700.000.000	238.300.000.000	259.900.000.000	284.600.000.000
	a. Belanja Operasional	120.325.567.000	154.300.000.000	169.700.000.000	188.300.000.000	209.900.000.000	234.600.000.000
	b. Belanja Modal	51.000.000.000	79.000.000.000	57.000.000.000	50.000.000.000	50.000.000.000	50.000.000.000
2	Pendapatan PNBP (BLU)	500.969.471.281	507.233.225.140	547.673.953.496	607.657.130.241	692.384.271.963	809.786.541.878
	a. Pelayanan Operasional RS	492.000.000.000	502.000.000.000	542.200.000.000	601.800.000.000	686.000.000.000	802.700.000.000
	b. Pendapatan Hasil Kerjasama	8.377.614.841	4.784.393.677	5.004.475.787	5.354.789.092	5.836.720.110	6.478.759.322
	c. Pendapatan Jasa Layanan Perbankan	591.856.440	448.831.462	469.477.710	502.341.149	547.551.853	607.782.557
3	Pendapatan Hibah, dll	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000
	<b>TOTAL</b>	<b>677.295.038.281</b>	<b>745.533.225.140</b>	<b>779.373.953.496</b>	<b>850.957.130.241</b>	<b>957.284.271.963</b>	<b>1.099.386.541.878</b>



Hasil dari pelaksanaan kegiatan sebagaimana diuraikan dalam bab-bab sebelumnya, diproyeksikan pada tahun 2015 RSUP Fatmawati akan memperoleh Pendapatan Pelayanan sebesar Rp502 Milyar dan Pendapatan Usaha Lainnya sebesar Rp5,23 Milyar yang terdiri dari Pendapatan Hasil Kerjasama sebesar Rp4,87 Milyar dan Pendapatan Jasa Layanan Perbankan sebesar Rp0,45 Milyar . Dengan harapan pada tahun 2015 akan diperoleh Hibah sebesar Rp5 Milyar dan alokasi APBN Rp233,3 Milyar, maka Total Pendapatan Usaha yang diproyeksikan akan diperoleh adalah sebesar Rp745,53 Milyar. Sedangkan Total Pendapatan Usaha di luar alokasi APBN adalah sebesar Rp512,23 Milyar (Rp745,53 Milyar - Rp233,30 Milyar).

Pada 4 tahun berikutnya diproyeksikan Total Pendapatan Usaha RSUP Fatmawati selalu meningkat dengan trend kenaikan yang semakin tinggi dibandingkan tahun sebelumnya, dari 4,54% hingga 14,84% pada tahun 2019 atau mencapai Rp1.099,38 Milyar.

Apabila diperhatikan berdasarkan jenis pendapatannya, trend kenaikan pendapatan tertinggi terjadi pada Pendapatan Pelayanan, yakni dari 8,01% hingga 17,01%. Trend kenaikan tertinggi berikutnya terjadi pada Pendapatan Usaha Lainnya yang berkisar antar 4,60% sampai dengan 11,00%. Sedangkan Pendapatan APBN memiliki trend kenaikan yang paling rendah, yakni berkisar antar -2,83% hingga 9,50%.

## 6.2 Estimasi Kebutuhan Anggaran

Rencana kebutuhan anggaran terdiri atas dua kelompok, yakni kegiatan operasional dan program pengembangan. Anggaran kegiatan operasional ditujukan untuk menjaga kegiatan operasional yang tidak dapat ditangguhkan. Anggaran program pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program-program strategis yang bersumber dari:

- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU

- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi risiko. Program kerja strategis yang dipilih adalah yang ditujukan untuk mitigasi risiko.

Estimasi kebutuhan anggaran RSUP Fatmawati 2015-2019 dapat dilihat pada tabel 6.2

**Tabel 6.2. Estimasi kebutuhan anggaran 2015-2019**

No	Kelompok Anggaran	Base Line 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
<b>1</b>	<b>Kegiatan Operasional</b>						
	- Belanja Gaji dan Tunjangan	259,056,328,000	310,071,500,000	318,000,000,000	329,800,000,000	340,000,000,000	359,600,000,000
	- Belanja Barang RS	68,750,000,000	92,600,000,000	96,220,000,000	96,700,000,000	99,950,000,000	102,100,000,000
	- Belanja Jasa	10,020,000,000	13,045,000,000	14,035,000,000	15,035,000,000	16,035,000,000	17,035,000,000
	- Belanja Obat-Obatan	60,700,000,000	77,000,000,000	83,000,000,000	90,000,000,000	95,000,000,000	110,000,000,000
	- Belanja Pemeliharaan	72,763,389,000	22,600,000,000	28,950,000,000	28,950,000,000	32,000,000,000	31,000,000,000
	- Belanja Perjalanan	300,000,000	400,000,000	500,000,000	500,000,000	500,000,000	750,000,000
	- Belanja Barang dan Jasa BLU lainnya	70,500,000,000	101,795,000,000	104,195,000,000	110,015,000,000	117,015,000,000	121,515,000,000
<b>2</b>	<b>Program Pengembangan &amp; Mitigasi Resiko</b>						
	a. Belanja Modal Gedung & Bangunan	80,000,000,000	104,000,000,000	20,000,000,000	40,000,000,000	30,000,000,000	25,000,000,000
	b. Belanja Modal Peralatan Medik	24,430,500,000	15,000,000,000	100,000,000,000	70,000,000,000	70,500,000,000	70,500,000,000
	c. Belanja Modal Peralatan Non Medik	3,200,000,000	24,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000
	d. Belanja Modal Software dan Hardware	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000
	e. Belanja Modal Kendaraan Bermotor	500,000,000	-	500,000,000	-	-	-
		<b>653,220,217,000</b>	<b>763,511,500,000</b>	<b>771,400,000,000</b>	<b>787,000,000,000</b>	<b>807,000,000,000</b>	<b>843,500,000,000</b>

**Tabel 6.3 Estimasi Kebutuhan Program Mitigasi Risiko**

PERSPEKTIF	Nama Program Strategis		TAHUN ANGGARAN					
			2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>A. Pencapaian IKU</b>								
<b>KEUANGAN</b>	1	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	211,283,389,000	250,580,000,000	263,500,000,000	271,200,000,000	278,500,000,000	292,900,000,000
	2	% Tingkat Pertumbuhan	261,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
<b>PELANGGAN</b>	3	% Kepuasan Pelanggan	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
<b>PROSES BISNIS INTERNAL</b>	4	% Penanganan Komplain	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
	5	% Efisiensi Pelayanan	1,090,000,000	1,242,000,000	1,293,700,000	1,317,500,000	1,340,000,000	1,451,500,000
	6	% Mutu Pelayanan	261,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
	7	% Mutu Klinis	261,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
	8	% Pembinaan Sebagai RS Rujukan	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	9	% Supervisi DPJP terhadap kegiatan klinis PPDS	4,200,000,000	4,200,000,000	4,200,000,000	4,800,000,000	4,800,000,000	4,800,000,000
	10	Jumlah Penelitian Yang Terpublikasi	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
<b>PERTUMBUHAN &amp; PEMBELAJARAN</b>	11	% Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai Best Practice	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000

	12	% Pemenuhan Pelatihan SDM 20 Jam per tahun	2,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000
<b>MITIGASI RESIKO</b>	1	Percepatan penagihan piutang	211,283,389,000	250,580,000,000	263,500,000,000	271,200,000,000	278,500,000,000	292,900,000,000
	2	Penyempurnaan system manajemen arus kas	4,600,000,000	8,000,000,000	8,000,000,000	8,000,000,000	10,000,000,000	10,000,000,000
	3	Pengendalian biaya operasional	211,283,389,000	250,580,000,000	263,500,000,000	271,200,000,000	278,500,000,000	292,900,000,000
	4	Pengembangan jenis layanan baru	24,400,000,000	15,000,000,000	20,000,000,000	20,000,000,000	20,500,000,000	20,500,000,000
	5	Optimalisasi pelayanan	256,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
	6	Survei Kepuasan Pelanggan internal dan eksternal	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
	7	Komplain yang ditindak lanjuti	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000
	8	Penerapan Clinical Pathway/ Panduan Praktik Klinik	211,283,389,000	250,580,000,000	263,500,000,000	271,200,000,000	278,500,000,000	292,900,000,000
	9	Peningkatan Program Mutu dan Keselamatan Pasien	256,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
	10	Penurunan angka kematian	256,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000
	11	Pengendalian angka infeksi	256,983,389,000	296,580,000,000	300,000,000,000	307,200,000,000	315,000,000,000	322,000,000,000

	12	Pembinaan jejaring	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	13	Monitoring dan evaluasi Rujukan	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	14	Membangun pusat penelitian	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	15	Standarisasi sarana dan prasarana	24,400,000,000	15,000,000,000	20,000,000,000	20,000,000,000	20,500,000,000	20,500,000,000
	16	Sistem Informasi terintegrasi	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000
	17	Peningkatan kompetensi SDM	1,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000
	18	Pemenuhan kebutuhan SDM	154,845,484,000	197,720,000,000	200,000,000,000	204,800,000,000	209,000,000,000	219,600,000,000

Anggaran yang disusun berdasarkan kebutuhan yang diperlukan dalam penyusunan program strategis untuk periode tersebut. Dalam pengembangan yang diperlukan pada tahun 2015-2018, dihitung dengan cara sebagai berikut :

1. Untuk kebutuhan rutin diambil berdasarkan data-data historis yang ada serta volume kegiatan yang akan dikembangkan pada kurun waktu tersebut.

2. Sedangkan untuk program pengembangan dan mitigasi risiko RSUP Fatmawati telah menyusun perencanaan berdasarkan master plan yang ada sehingga kebutuhan tersebut menyesuaikan dengan perencanaan yang ada di master plan tersebut.
3. Sedangkan untuk mitigasi risiko anggaran yang dibutuhkan akan diambil dari belanja operasional dan apabila diperlukan untuk pembangunan akan diambil dari anggaran yang sudah termuat dalam belanja modal tersebut.

# LAMPIRAN KAMUS KPI

**KPI-1. Indeks Kepuasan Pasien**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Indeks Kepuasan Pasien

**Dasar Pemilihan Indikator** : Merupakan indikator yang obyektif untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya kepuasan stakeholder

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Harapan pelanggan teridentifikasi dan dapat dipenuhi

**Definisi Operasional** : Indeks kepuasan pasien diukur dengan menggunakan Indikator Kepuasan Konsumen yang direkomendasikan oleh Menpan (Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instalasi Pemerintah). Survey dilakukan di layanan Rawat Inap, Rawat Jalan, Gawat Darurat dan Layanan Penunjang

**Numerator** : Jumlah nilai rata-rata tertimbang masing-masing unsur pelayanan yang diukur

**Denominator** : Seluruh unsur yang dinilai yang terisi

**Formula** :  $\frac{\text{Jumlah Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Jumlah Unsur yang terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$

**Kriteria Inklusi** : Pasien atau keluarga diatas usia 18 tahun, bisa membaca dan mendengar

**Kriteria Eksklusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulanan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
77 %	80 %	82 %	84 %	85 %

**Penanggung Jawab** : Ka. Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-2. Indeks Kepuasan Staf**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Presentase Kepuasan Staf

**Dasar Pemilihan Indikator** : Belum teridentifikasi tingkat kepuasan staf secara akurat

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya cost effectiveness dalam pelayanan

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Teridentifikasinya kebutuhan Staf dan dapat dipenuhi

**Definisi Operasional** : Jumlah staf (PNS dan Non PNS) yang puas dan sangat puas berdasarkan survey

**Numerator** : Staf yang puas dan sangat puas

**Denominator** : Seluruh staf yang mengisi kuesioner

**Formula** :  $\frac{\text{Jumlah staf yang puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh staf yang mengisi kuesioner}} \times 100 \%$

**Kriteria Inklusi** : Staf yang bekerja aktif di RSUP Fatmawati

**Kriteria Eksklusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
78 %	82 %	83 %	84 %	85 %

**Penanggung Jawab** : Ka. Bag SDM

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan



### KPI-3. Persentase Kepuasan Peserta Didik

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase Kepuasan Peserta Didik										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Untuk bisa menilai pemenuhan kebutuhan Peserta Didik										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input type="checkbox"/> Proses Bisnis <input checked="" type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Out put <input checked="" type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya Kepuasan Stakeholder										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Harapan peserta didik teridentifikasi dan dapat dipenuhi										
<b>Definisi Operasional</b>	: Persentase kepuasan peserta didik adalah persentase jumlah peserta didik yang puas dan sangat puas berdasarkan hasil survey. Yang disebut peserta didik adalah program pendidikan Dokter, program Pendidikan Dokter Spesialis dan Pendidikan Tenaga Kesehatan Lainnya										
<b>Numerator</b>	: Peserta Didik yang puas dan sangat puas										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh peserta didik yang mengisi kuesioner										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah Peserta Didik yang puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh Peserta Didik yang mengisi kuesioner}} \times 100\%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Peserta Didik yang sedang menjalani pendidikan di RSF										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input checked="" type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>84 %</td> <td>80%</td> <td>82 %</td> <td>84 %</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	84 %	80%	82 %	84 %	85%
2015	2016	2017	2018	2019							
84 %	80%	82 %	84 %	85%							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian Diklit										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

### KPI-4. Tingkat Kesehatan BLU

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Tingkat Kesehatan BLU										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Penilaian kinerja sebagai RS BLU										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Out put <input checked="" type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input checked="" type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terwujudnya pelayanan yang produktif, bermutu, efektif dan efisien										
<b>Definisi Operasional</b>	: Perhitungan kinerja satker BLU bidang layanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum mengacu pada Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI no PER-34/PB/2014, meliputi penilaian aspek keuangan, dan aspek pelayanan										
<b>Numerator</b>	: Tidak Ada										
<b>Denominator</b>	: Tidak Ada										
<b>Formula</b>	: Penjumlahan nilai skor dari aspek kinerja keuangan dan kinerja aspek pelayanan yang terdiri dari layanan, mutu dan manfaat kepada masyarakat										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AA/80</td> <td>AA/82</td> <td>AA/83</td> <td>AA/84</td> <td>AA/85</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	AA/80	AA/82	AA/83	AA/84	AA/85
2015	2016	2017	2018	2019							
AA/80	AA/82	AA/83	AA/84	AA/85							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ka. Bag Akuntansi dan Ka. Instalasi Rekam Medik dan Pusat Data										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input checked="" type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-5. Tingkat Keberhasilan Penanganan Kasus Sulit Multidisiplin**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Belum tercatatnya keberhasilan penanganan kasus sulit secara terintegrasi										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pelayanan yang ekselen berbasis pendidikan dan penelitian										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Tercapainya proses pembelajaran untuk perbaikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien										
<b>Definisi Operasional</b>	: Kasus Sulit adalah kasus dengan kriteria : 1. Sulit untuk menegakkan diagnosis pasti 2. Sulit dalam menjalankan tata laksana perawatan pasien 3. Memerlukan tindakan khusus 4. Melibatkan beberapa disiplin ilmu Keberhasilan penanganan kasus sulit ditentukan oleh Komite Medik										
<b>Numerator</b>	: Jumlah kasus sulit yang berhasil ditangani										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh kasus sulit yang dibahas										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah seluruh kasus sulit yang berhasil ditangani}}{\text{jumlah seluruh kasus sulit yang dibahas}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Masalah terkait administrasi dan keuangan										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input checked="" type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 %</td> <td>15 %</td> <td>25 %</td> <td>35 %</td> <td>50 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	10 %	15 %	25 %	35 %	50 %
2015	2016	2017	2018	2019							
10 %	15 %	25 %	35 %	50 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ka. Komite Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input checked="" type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-6. Persentase jumlah modul perprogram studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase jumlah modul perprogram studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Belum adanya modul pendidikan yang dibuat RSF untuk Residen yang digunakan secara mandiri										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pelayanan yang ekselen berbasis pendidikan dan penelitian										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Dimilikinya modul pendidikan Residen yang ada di RS										
<b>Definisi Operasional</b>	: Modul pendidikan mandiri adalah program pendidikan yang digunakan untuk proses pembelajaran Residen di RS yang dibuat oleh RS dan sudah disepakati bersama Institusi pendidikan (FKUI) untuk dilaksanakan saat Residen melakukan proses pembelajaran di RSUP Fatmawati										
<b>Numerator</b>	: Jumlah Modul pendidikan mandiri yang sudah digunakan										
<b>Denominator</b>	: Jumlah modul pendidikan yang ditetapkan FKUI sebagai Kompetensi Residen di RSUP Fatmawati										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah Modul pendidikan mandiri yang sudah digunakan}}{\text{jumlah modul pendidikan yang ditetapkan FKUI sebagai kompetensi Residen di RSUP Fatmawati}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Modul pendidikan untuk program studi Orthopaedi, Rehabilitasi Medik dan Kebidanan										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 %</td> <td>40 %</td> <td>60 %</td> <td>80 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %
2015	2016	2017	2018	2019							
20 %	40 %	60 %	80 %	100 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian Diklit										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-7. Jumlah Penelitian yang Terpublikasi secara Nasional / Internasional**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional/internasional

**Dasar Pemilihan Indikator** : Belum tercatatnya penelitian yang terpublikasi secara nasional/internasional

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya Pelayanan yang ekseen berbasis pendidikan dan penelitian

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Tersedianya data penelitian yang terpublikasi secara nasional/internasional

**Definisi Operasional** : Penelitian yang terpublikasi adalah penelitian yang dilakukan oleh staf RSUP Fatmawati sebagai peneliti utama dan hasil penelitian sudah dimasukkan dalam jurnal

**Numerator** : Tidak Ada

**Denominator** : Tidak Ada

**Formula** : Jumlah penelitian yang sudah masuk dalam jurnal nasional/internasional

**Kriteria Inklusi** : Tidak Ada

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
3 %	5 %	6 %	7 %	8 %

**Penanggung Jawab** : Kepala Bagian Diklit

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-8. Capaian Akreditasi**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Capaian Akreditasi RS

**Dasar Pemilihan Indikator** : Mempertahankan status akreditasi

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Tercapainya Sustainability

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Terjaminnya mutu dan keselamatan pasien sesuai standar akreditasi

**Definisi Operasional** : Akreditasi adalah proses penilaian kualitas layanan RS yang dilakukan oleh Badan Sertifikasi Nasional (KARS) dan atau Internasional (JCI). Disebut tercapai bila hasil penilaian yang didapat adalah lulus paripurna untuk KARS atau Lulus langsung dari JCI

**Numerator** : Tidak Ada

**Denominator** : Tidak Ada

**Formula** : Pengakuan secara tertulis dalam bentuk sertifikasi hasil penilaian dari survey akreditasi oleh Badan Sertifikasi Nasional maupun Internasional

**Kriteria Inklusi** : Tidak Ada

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
KARS	JCI	KARS	KARS	JCI

**Penanggung Jawab** : Ketua Komite Mutu Manajemen Resiko

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-9. Persentase pengembangan cluster layanan terpadu**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase pengembangan cluster layanan terpadu										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Masih belum maksimal layanan terpadu RSF										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan tepadu										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas <input type="checkbox"/> Kesinambungan										
<b>Tujuan</b>	: Tersedianya layanan terpadu dalam bentuk cluster										
<b>Definisi Operasional</b>	: Persentase Pengembangan Cluster layanan unggulan terpadu adalah jumlah pengembangan cluster layanan terintegrasi yang melibatkan multidisiplin dan didukung oleh proses bisnis . Contoh : Spine center, tumbuh kembang, kesehatan remaja dll. Target : 2015 : Spine Center 2016 : Spine Center + Endometriosis 2017 : Spine Center + Endometriosis 2017 : Spine Center + Endometriosis + Kesehatan Remaja 2019 : Spine Center + Endometriosis + Kesehatan Remaja										
<b>Numerator</b>	: Tidak ada										
<b>Denominator</b>	: Tidak ada										
<b>Formula</b>	: Nilai capaian sesuai dengan persentase tahapan tahun berjalan, nilai tambah 2,5% bila dapat melampaui tahapan yang ditargetkan dan dikurangi 2% bila tidak dapat memenuhi tahapan yang ditargetkan										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Layanan Unggulan Orthopaedi ( Spine ) dan Kebidanan (endometriosis)										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 %</td> <td>40 %</td> <td>60%</td> <td>80 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	20 %	40 %	60%	80 %	100 %
2015	2016	2017	2018	2019							
20 %	40 %	60%	80 %	100 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bidang Pelayanan Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-10. Persentase supervisi DPJP terhadap Peserta Didik**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase supervisi DPJP terhadap Peserta Didik										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Proses supervisi DPJP terhadap peserta Didik masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pelayanan yang ekseenl berbasis pendidikan dan penelitian										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektivitas <input type="checkbox"/> Kesinambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terjaminnya keselamatan pasien dan mutu pelayanan yang dilakukan oleh Peserta Didik										
<b>Definisi Operasional</b>	: Supervisi terhadap peserta Didik adalah pendampingan DPJP kepada Residen dalam proses pelayanan yang dilakukannya di rumah sakit. Untuk pelayanan Rawat Inap dan Gawat Darurat dikatakan supervisi terlaksanan bila dalam catatan Rekam Medis yang ditulis ada bukti verifikasi oleh DPJP. Untuk Pelayanan di Ruang Operasi, dikatakan supervisi terlaksanan bila saat Residen melakukan tindakan di beri arahan oleh DPJP Operator.										
<b>Numerator</b>	: Jumlah Supervisi yang dilakukan DPJP terhadap Peserta Didik										
<b>Denominator</b>	: Jumlah Sampling Catatan Rekam Medis yang dibuat oleh Residen ditambah jumlah sampling Operasi yang dilakukan oleh Residen										
<b>Formula</b>	: Jumlah Supervisi yang dilakukan DPJP terhadap Peserta Didik dibagi Jumlah Sampling Catatan Rekam Medis yang dibuat oleh Residen ditambah jumlah sampling Operasi yang dilakukan oleh Residen dikali 100%										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Pasien Baru di Rawat Inap dan IGD, Pasien Operasi di IBS yang dilakukan oleh Residen										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Pasien Rawat Jalan										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input checked="" type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	60%	70%	80%	90%	100%
2015	2016	2017	2018	2019							
60%	70%	80%	90%	100%							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bidang Pelayanan Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-11. Persentase AFI (Action For Improvement) terkait integrasi yang ditindaklanjuti**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Persentase AFI (*Action For Improvement*) terkait integrasi yang ditindaklanjuti

**Dasar Pemilihan Indikator** : Masih belum optimal upaya perbaikan yang dilakukan terkait temuan terhadap proses integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesenambungan

**Tujuan** : Terlaksanakannya upaya perbaikan yang dilakukan terhadap temuan terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian

**Definisi Operasional** : Temuan integrasi adalah ketidaksesuaian terhadap standar prosedur yang terjadi dalam pelayanan terkait dengan proses pembelajaran yang dilakukan oleh Peserta Didik.  
Dikatakan di tindaklanjuti bila ketidaksesuaian yang terjadi dilakukan penilaian dengan cara melakukan proses investigasi untuk mencari akar masalah secara terintegrasi dengan pihak terkait sampai dengan ditetapkan rekomendasi upaya perbaikannya dalam format Perencanaan Perbaikan Strategi (PPS)

**Numerator** : Jumlah PPS yang dibuat untuk temuan terkait pelayanan, pendidikan dan penelitian yang dilakukan oleh Peserta Didik

**Denominator** : Jumlah seluruh temuan terkait pelayanan, pendidikan dan penelitian yang dilakukan oleh Peserta Didik

**Formula** : 
$$\frac{\text{Jumlah PPS yang dibuat untuk temuan terkait pelayanan, pendidikan dan penelitian yang dilakukan oleh Peserta Didik}}{\text{Jumlah seluruh temuan terkait pelayanan, pendidikan dan penelitian yang dilakukan oleh Peserta Didik}} \times 100\%$$

**Kriteria Inklusi** : Temuan yang dibuat laporan insidennya

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
75 %	100 %	100 %	100 %	100 %

**Penanggung Jawab** : Kepala Bagian Diklit

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-12. Jumlah riset translasional yang didokumentasikan**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Jumlah riset translasional yang didokumentasikan

**Dasar Pemilihan Indikator** : Belum ada data tentang riset Translasional

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesenambungan

**Tujuan** : Termotivasinya SDM melakukan Riset Translasional di RSF

**Definisi Operasional** : Riset translasional adalah riset yang berdasarkan basic science dan epidemiologi yang dapat diimplementasikan untuk meningkatkan mutu pelayanan di RS.  
Didokumentasikan dalam arti hasil riset yang diserahkan di bagian diklit sudah sesuai dengan standar atau kriteria penulisan yang ditetapkan oleh bagian Diklit.

**Numerator** : Tidak Ada

**Denominator** : Tidak Ada

**Formula** : Jumlah Riset translasional yang didokumentasikan dan di registri di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

**Kriteria Inklusi** : Riset yang dilakukan di RSUP Fatmawati

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
2	3	4	4	4

**Penanggung Jawab** : Kepala Bagian Diklit

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-13. Persentase Rujukan Tepat**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase Rujukan Tepat										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Sistem rujukan masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input checked="" type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesinambungan										
<b>Tujuan</b>	: Meningkatnya rujukan yang tepat										
<b>Definisi Operasional</b>	: Rujukan tepat adalah kesesuaian diagnosis/jenis kasus pasien yang diterima di RSUP Fatmawati dari fasilitas pelayanan kesehatan jejaring dengan diagnosis yang berbeda di severity level 2 dan 3. tingkat/level severity adalah peringkat kompleksitas kasus berdasarkan aplikasi INA CBGs										
<b>Numerator</b>	: Jumlah kasus / diagnosis dengan severity level 2 dan 3										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh kasus rujukan yang diterima RS										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah kasus severity level 2 dan 3}}{\text{jumlah total seluruh kasus rujukan yang diterima}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Pasien BPJS										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 %</td> <td>60 %</td> <td>70 %</td> <td>80 %</td> <td>90 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
2015	2016	2017	2018	2019							
50 %	60 %	70 %	80 %	90 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bidang Pelayanan Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-14. Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Program pembinaan kepada jejaring RS masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Kesinambungan										
<b>Tujuan</b>	: Meningkatnya rujukan yang tepat										
<b>Definisi Operasional</b>	: Program pengampuan pembinaan adalah program yang dibuat dalam upaya meningkatkan kemampuan fasyankes jejaring dalam hal klinis maupun manajerial. Program yang ditetapkan untuk pembinaan adalah : 1. Round Table Discussion 2. Transfer Knowledge 3. Visitasi Dokter Spesialis 4. Meningkatkan sistem komunikasi dan informasi. Fasyankes Jejaring Kesehatan yang dimaksud adalah terdiri atas RSUD, RS Swasta, Klinik Satelit, dan Puskesmas										
<b>Numerator</b>	: Tidak Ada										
<b>Denominator</b>	: Tidak Ada										
<b>Formula</b>	: Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring Fasyankes yang dilaksanakan										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Fasyankes yang sudah ditetapkan dengan surat KMK										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	4	4	4	4	4
2015	2016	2017	2018	2019							
4	4	4	4	4							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian Diklit										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-15. Jumlah KSO Pengadaan Peralatan**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Jumlah KSO Pengadaan Peralatan										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Kebutuhan Peralatan medik yang belum terpenuhi										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terpenuhinya kebutuhan peralatan medik yang diperlukan dalam proses pelayanan pasien										
<b>Definisi Operasional</b>	: Kerjasama operasional yang dimaksud adalah pengadaan peralatan medik dengan paket yang bernilai investasi minimal 5 Milyar per Paket, dengan tujuan meningkatkan kapasitas dan mutu layanan										
<b>Numerator</b>	: -										
<b>Denominator</b>	: -										
<b>Formula</b>	: Jumlah KSO Pengadaan peralatan Medik yang nilai investasinya minimal 5 Milyar										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: -										
<b>Kriteria Eksklusi</b>	: -										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	1	2	2	3	3
2015	2016	2017	2018	2019							
1	2	2	3	3							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bidang Fasilitas Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-16. Jumlah Staf yang mengikuti program sub spesialisasi, S3 dan spesialisai**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan spesialisasi perawat										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemenuhan kompetensi SDM sesuai kebutuhan										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya Kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terpenuhinya kualifikasi SDM yang diperlukan										
<b>Definisi Operasional</b>	: Staf adalah SDM yang aktif bekerja di RSUP Fatmawati dan telah terdaftar dalam rencana strategi diklat. Program pendidikan Sub Spesialis atau S3 dan Spesialisasi Perawat adalah sesuai dengan rencana Pengembangan layanan subspecialis dari masing masing KSM										
<b>Numerator</b>	: Tidak Ada										
<b>Denominator</b>	: Tidak Ada										
<b>Formula</b>	: Jumlah staf yang dikirim pendidikan Sub Spesialis, S3 dan Spesialisasi Perawat sesuai rencana strategi diklat SDM yang sudah ditetapkan per tahun										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Eksklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Laporan <input checked="" type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 %</td> <td>10 %</td> <td>10 %</td> <td>10 %</td> <td>10 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
2015	2016	2017	2018	2019							
10 %	10 %	10 %	10 %	10 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ka. Bagian SDM										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-17. Jumlah Riset Kemitraan yang dilaksanakan**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Jumlah Riset Kemitraan yang dilaksanakan

**Dasar Pemilihan Indikator** : Keterbatasan Sumber daya manusia RS untuk melakukan riset mandiri

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya Kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesenambungan

**Tujuan** : Meningkatnya jumlah penelitian di RS

**Definisi Operasional** : Riset kemitraan adalah kerjasama penelitian yang dilakukan oleh RS dengan institusi mitra baik didalam maupun luar negeri dalam bentuk MOU yang direalisasikan

**Numerator** : Tidak Ada

**Denominator** : Tidak Ada

**Formula** : Jumlah riset kemitraan yang dilakukan

**Kriteria Inklusi** : Tidak Ada

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
2	2	3	4	4

**Penanggung Jawab** : Kepala Bagian Diklit

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-18. Persentase Strategis Improvement Plan (SIP) yang ditindaklanjuti**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Persentase Strategis Improvement Plan (SIP) yang ditindaklanjuti

**Dasar Pemilihan Indikator** : Upaya Perbaikan untuk temuan ketidaksesuaian standar masih belum optimal

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya sistem jaminan mutu

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesenambungan

**Tujuan** : Meningkatnya upaya perbaikan yang dilakukan untuk temuan yang tidak sesuai standar

**Definisi Operasional** : SIP adalah suatu perencanaan upaya perbaikan hasil temuan yang didapat saat dilakukan penilaian akreditasi oleh KARS atau JCI. Dikatakan di tindak lanjuti bila ketidaksesuaian yang terjadi dilakukan penilaian dengan cara melakukan proses investigasi untuk mencari akar masalah secara terintegrasi dengan pihak terkait sampai dengan ditetapkannya rekomendasi upaya perbaikannya, yang dibuat dalam format SIP (untuk temuan JCI) dan PPS (untuk temuan KARS)

**Numerator** : Jumlah temuan yang ditindak lanjuti

**Denominator** : Jumlah seluruh temuan yang didapat saat dilakukan penilaian akreditasi oleh KARS/JCI

**Formula** : Jumlah Temuan yang di tindak lanjuti **di bagi** jumlah seluruh temuan yang didapat saat dilakukannya penilaian akreditasi oleh KARS/JCI **dikali 100%**

**Kriteria Inklusi** : Ketidaksesuaian yang ditemukan oleh KARS dan JCI

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
75 %	100%	100 %	100 %	100 %

**Penanggung Jawab** : Ketua Komite Mutu dan Manajemen Resiko

**Periode Laporan** :  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan



**KPI-19. Persentase Capaian Kinerja Medik**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase capaian kinerja medik										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemantauan terhadap Kinerja Medik belum Optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya sistem jaminan mutu										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Meningkatnya Kinerja Medik dari masing-masing KSM										
<b>Definisi Operasional</b>	: Kinerja Medik diukur berdasarkan rerata dari 3 Indikator Medik Terpilih dari masing-masing KSM yang sifatnya spesifik untuk setiap KSM										
<b>Numerator</b>	: Jumlah rerata capaian Indikator Medik dari seluruh KSM										
<b>Denominator</b>	: Jumlah KSM										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah rerata capaian Indikator Medik dari seluruh KSM}}{\text{jumlah KSM}} \times 100$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Eksklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	60	65	70	80	90
2015	2016	2017	2018	2019							
60	65	70	80	90							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ketua Komite Mutu Manajemen Resiko										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-20. Persentase tindak lanjut hasil rakor terintegrasi**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase tindak lanjut hasil rakor terintegrasi										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Upaya Perbaikan untuk temuan ketidak sesuaian masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Meningkatnya proses upaya perbaikan yang dilakukan untuk temuan yang tidak sesuai standar										
<b>Definisi Operasional</b>	: Temuan hasil rapat koordinasi terintegrasi adalah ketidaksesuaian layanan dengan standar mutu dan keselamatan pasien yang disampaikan pada saat rapat lintas fungsi, dikatakan di tindak lanjuti bila ketidaksesuaian yang terjadi dilakukan penilaian dengan cara melakukan proses investigasi untuk mencari akar masalah secara terintegrasi dengan pihak terkait sampai dengan ditetapkannya rekomendasi upaya perbaikannya yang dibuat dalam format PPS										
<b>Numerator</b>	: Jumlah temuan yang ditindak lanjuti										
<b>Denominator</b>	: seluruh jumlah ketidak sesuaian yang ditemukan										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah Temuan yang di tindak lanjuti}}{\text{di bagi seluruh jumlah ketidak sesuaian yang ditemukan}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Temuan yang dilaporkan pada rapat morning report										
<b>Kriteria Eksklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input checked="" type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100 %</td> <td>100%</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	100 %	100%	100 %	100 %	100 %
2015	2016	2017	2018	2019							
100 %	100%	100 %	100 %	100 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ketua Komite Mutu Manajemen Resiko										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-21. Persentase Capaian Kinerja Satker**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Persentase Capaian Kinerja Satker										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemantauan terhadap Kinerja Satuan Kerja masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input checked="" type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Meningkatnya Kinerja masing-masing satuan kerja										
<b>Definisi Operasional</b>	: Kinerja satker dinilai dari hasil pemantauan terhadap indikator yang sudah di tetapkan oleh masing-masing yang ditentukan berdasarkan hasil cascading KPI RSB Rumah Sakit dan juga sesuai tupoksi masing-masing satker. Target Kinerja untuk masing- masing satuan kerja ditetapkan minimal mencapai 85 %										
<b>Numerator</b>	: Jumlah Satuan kerja yang mencapai target										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh Satuan Kerja										
<b>Formula</b>	: Jumlah Satuan kerja yang mencapai target <b>dibagi</b> jumlah seluruh satuan kerja <b>dikali</b> 100 %										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Indikator sesuai yang ada di kontrak kinerja satuan kerja										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60 %</td> <td>70 %</td> <td>80 %</td> <td>90 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
2015	2016	2017	2018	2019							
60 %	70 %	80 %	90 %	100 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ketua Komite Mutu Manajemen Resiko										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-22. Indeks Persepsi GCG**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Indeks Persepsi GCG										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemahaman staf terhadap Good Corporate Governance masih belum optimal										
<b>Perspektif</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Learning & Growth <input type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya Good Corporate Governance										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input checked="" type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terlaksananya tata kelola RS yang baik										
<b>Definisi Operasional</b>	: Indeks persepsi GCG berdasarkan prinsip TARIF yaitu Transparansi, Akuntabel, Responsibel, Independensi dan Fairness yang diukur menggunakan kuesioner terhadap staf dan Mitra Kerja RS. Pengukuran GCG menggunakan instrumen kuesioner yang sudah teruji dan bisa diimplementasikan di RS										
<b>Numerator</b>	: Tidak Ada										
<b>Denominator</b>	: Tidak Ada										
<b>Formula</b>	: Rerata Indeks persepsi dari Staf dan Mitra RS										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Sensus <input checked="" type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>55 %</td> <td>60 %</td> <td>70 %</td> <td>75 %</td> <td>85 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	55 %	60 %	70 %	75 %	85 %
2015	2016	2017	2018	2019							
55 %	60 %	70 %	75 %	85 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian Umum										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-23. Presentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Presentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemenuhan standar pelayanan										
<b>Perspektif</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Learning & Growth <input type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya SDM yang berkompeten										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terpenuhinya kompetensi SDM sesuai dengan standar yang ditetapkan										
<b>Definisi Operasional</b>	: Kesesuaian kompetensi mengacu kepada peta kebutuhan kompetensi setiap jabatan struktural maupun fungsional. Kompetensi terdiri dari kompetensi soft skill, teknis (Hard Skill) maupun manajerial.										
<b>Numerator</b>	: Jumlah SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh SDM										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai}}{\text{Jumlah seluruh SDM}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85 %</td> <td>85 %</td> <td>90 %</td> <td>92 %</td> <td>95 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	85 %	85 %	90 %	92 %	95 %
2015	2016	2017	2018	2019							
85 %	85 %	90 %	92 %	95 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian SDM										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-24. Tingkat Keandalan Sarpras**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: Tingkat Keandalan Sarpras										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemenuhan standar pelayanan										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input checked="" type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input checked="" type="checkbox"/> Out put <input type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesenambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terpenuhinya sarana prasarana yang sesuai standar										
<b>Definisi Operasional</b>	: Tingkat keandalan sarpras adalah Alat Medik yang terpelihara dan dapat digunakan sesuai dengan fungsi dan kapasitas/kemampuan alat. Terpeliharaan adalah bila Alat Medik berfungsi baik dan aman dibuktikan dengan pelaksanaan Kalibrasi Alat sesuai jadwal.										
<b>Numerator</b>	: Jumlah alat medik yang andal										
<b>Denominator</b>	: Jumlah seluruh alat medik yang dipantau										
<b>Formula</b>	: $\frac{\text{Jumlah alat medik yang andal}}{\text{Jumlah seluruh alat medik yang dipantau}} \times 100 \%$										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Alat medik dengan nilai diatas 1 Milyar										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70 %</td> <td>72 %</td> <td>75 %</td> <td>80 %</td> <td>85 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	70 %	72 %	75 %	80 %	85 %
2015	2016	2017	2018	2019							
70 %	72 %	75 %	80 %	85 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Ka. Bidang Fasilitas Medik										
<b>Periode Laporan</b>	: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan										

**KPI-25. Tingkat Integrasi Sistem Informasi**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Tingkat Integrasi Sistem Informasi

**Dasar Pemilihan Indikator** : Merupakan kunci dari sistem informasi yang saling berkaitan antar sub sistem hingga menghasilkan sebuah data

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Terwujudnya cost effectiveness dalam pelayanan

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Untuk melihat tingkat interaksi dan penggunaan data antar satuan kerja

**Definisi Operasional** : Tingkat Integrasi Sistem Informasi menggambarkan jumlah modul-modul (*front office* dan *back office*) yang terintegrasi dengan aplikasi RS

**Numerator** : Jumlah modul yang sudah terintegrasi

**Denominator** : Total jumlah modul

**Formula** : 
$$\frac{\text{Jumlah modul yang sudah terintegrasi}}{\text{Total Jumlah Modul}} \times 100 \%$$

**Kriteria Inklusi** : Modul yang sudah terintegrasi adalah aplikasi yang salingterkait minimal 2 satuan kerja. Total jumlah modul adalah jumlah seluruh modul yang digunakan di RSUP Fatmawati dan yang akan dikembangkan

**Kriteria Ekslusi** : Modul yang dibuat oleh pihak ketiga baik yang berikatan kerjasama maupun tidak bekerjasama

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
60 %	70 %	75 %	80 %	85 %

**Penanggung Jawab** : Ka. Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit

**Periode Laporan** :  Bulanan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-26. Trend Peningkatan Pendapatan**

**Area** :  Keselamatan Pasien  Klinis  Manajerial

**Nama Indikator** : Trend Peningkatan Pendapatan

**Dasar Pemilihan Indikator** : Pemantauan target pendapatan rumah sakit

**Perspektif** :  Learning & Growth  Proses Bisnis  Customer  Finance

**Jenis Indikator** :  Input /Struktur  Proses  Out put  Outcome

**Sasaran Strategi** : Tercapainya pertumbuhan pendapatan

**Dimensi Mutu** :  Kelayakan  Ketepatan waktu  Manfaat  
 Ketersediaan  Keselamatan  Efisiensi  
 Efektifitas  Kesinambungan

**Tujuan** : Meningkatnya pertumbuhan pendapatan RS

**Definisi Operasional** : Trend peningkatan pendapatan adalah kenaikan pendapatan yang diperoleh RS bila dibandingkan dengan pendapatan tahun sebelumnya baik dari jasa pelayanan maupun non pelayanan

**Numerator** : Selisih jumlah pendapatan tahun berjalan dengan tahun sebelumnya

**Denominator** : Jumlah pendapatan tahun sebelumnya

**Formula** : 
$$\frac{\text{Selisih jumlah pendapatan tahun berjalan dengan tahun sebelumnya}}{\text{Jumlah pendapatan tahun sebelumnya}} \times 100 \%$$

**Kriteria Inklusi** : Tidak Ada

**Kriteria Ekslusi** : Tidak Ada

**Frekuensi Pengumpulan data** :  Harian  Bulan  Triwulan  Semester  Tahunan

**Cara pengumpulan data** :  Sensus  Sampling

**Sumber Data** :  Rekam Medis  Laporan  Catatan Data  
 Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner

**Target** : 

2015	2016	2017	2018	2019
7 %	6%	5 %	5 %	6 %

**Penanggung Jawab** : Kepala Bagian Akuntansi

**Periode Laporan** :  Bulanan  Triwulan  Semester  Tahunan

**KPI-27. POBO**

<b>Area</b>	: <input type="checkbox"/> Keselamatan Pasien <input type="checkbox"/> Klinis <input checked="" type="checkbox"/> Manajerial										
<b>Nama Indikator</b>	: POBO ( Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional										
<b>Dasar Pemilihan Indikator</b>	: Pemantauan biaya operasional RS yang harus di kontrol										
<b>Perspektif</b>	: <input type="checkbox"/> Learning & Growth <input type="checkbox"/> Proses Bisnis <input type="checkbox"/> Customer <input checked="" type="checkbox"/> Finance										
<b>Jenis Indikator</b>	: <input type="checkbox"/> Input /Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Out put <input checked="" type="checkbox"/> Outcome										
<b>Sasaran Strategi</b>	: Terwujudnya Cost Effectiveness dalam layanan										
<b>Dimensi Mutu</b>	: <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketepatan waktu <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> Efisiensi <input checked="" type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Kesinambungan										
<b>Tujuan</b>	: Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien										
<b>Definisi Operasional</b>	: Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang diperlukan dalam memberi pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.										
<b>Numerator</b>	: Jumlah pendapatan BLU										
<b>Denominator</b>	: Biaya Operasional										
<b>Formula</b>	: Jumlah pendapatan BLU dibagi Biaya Operasional dikali 100 %										
<b>Kriteria Inklusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Kriteria Ekslusi</b>	: Tidak Ada										
<b>Frekuensi Pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										
<b>Cara pengumpulan data</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Sensus <input type="checkbox"/> Sampling										
<b>Sumber Data</b>	: <input type="checkbox"/> Rekam Medis <input checked="" type="checkbox"/> Laporan <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) : Kuesioner										
<b>Target</b>	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80 %</td> <td>82,5%</td> <td>75 %</td> <td>75 %</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	80 %	82,5%	75 %	75 %	80 %
2015	2016	2017	2018	2019							
80 %	82,5%	75 %	75 %	80 %							
<b>Penanggung Jawab</b>	: Kepala Bagian Akuntansi										
<b>Periode Laporan</b>	: <input checked="" type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan										