

RENCANA STRATEGIS BISNIS (REVISI I) TAHUN 2015 - 2019

RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO

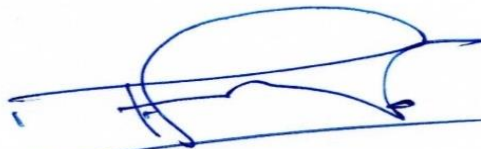
Jl. Perintis Kemerdekaan Makassar



**LEMBAR PENGESAHAN
RENCANA STRATEGIS BISNIS
RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE 2015 -2019**

Disusun dan Disetujui Oleh Direksi :

Direktur Utama



Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD-KKV, FINASIM, M.Kes

Direktur Medik dan Keperawatan



Prof. dr. Mansyur Arif, Ph.D, Sp.PK (K)

Direktur SDM dan Pendidikan

Drs. Jintan Ginting, Apt.,M.Kes



Direktur Keuangan



Agustinus Pasalli, SE, M.M

Direktur Umum dan Operasional



dr. Sriwati Palaguna, Sp.A, M.Kes



LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS



dr. Tri Hesty Widyastoeti Marwotosoeko, Sp.M, MPH
Ketua



Aries Tina Pulubuhu, M.A



dr. Farid W. Husain, Sp.B (K)
Anggota



Ngakan Putu Tagel, SE

Anggota



Dra. Marni Misnur, M.M
Anggota

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, bersama ini kami sajikan Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2015-2019 yang telah kami susun sedemikian rupa untuk disajikan dengan sebaik-baiknya.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2015-2019 berfungsi sebagai penilaian Kinerja Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dalam kurun waktu lima tahun, yang selanjutnya dijabarkan ke dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar guna menjadi landasan pokok penyusunan Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) Modal maupun Belanja Rutin serta Anggaran Pendapatan Operasional yang bersumber dari pendapatan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Sebagai Rumah Sakit yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU, diharapkan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan lebih mampu bersaing serta lebih leluasa dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen bisnis, guna memenuhi tuntutan pelayanan prima dari pelanggan/masyarakat.

Akhir kata, Rencana Strategis Bisnis ini diharapkan dapat memfasilitasi komunikasi dan partisipasi dapat dijadikan sebagai pedoman dalam melakukan tindakan sekaligus sebagai bahan evaluasi atas kinerja. Dan semoga niat baik ini bermanfaat bagi peningkatan pelayanan kesehatan pada RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada khususnya dan peningkatan derajat kesehatan Sulawesi Selatan pada umumnya.

Makassar, November 2018

Direktur Utama,



Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD-KKV, FINASIM, M.Kes

NIP 19610404 198612 1 001

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK.....	viii
DAFTAR GAMBAR	viii
Daftar Revisi RSB 2015-2019	ix
Voyage Plan	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis	2
1.3 Dasar Hukum	2
BAB II GAMBARAN KINERJA SAAT INI	4
2.1 Capaian <i>Key Performance Indicator</i> dan Layanan Unggulan.....	4
2.2 Kinerja Aspek Layanan.....	6
2.2.1 Produktivitas Layanan.....	6
2.2.2 Mutu Layanan & Mutu Klinis	8
2.2.3 SDM dan Organisasi	10
2.2.4 Sarana dan Prasarana	13
2.3 Kinerja Aspek Keuangan.....	15
2.2.1 Neraca Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah).....	16
2.2.2 Laporan Operasional Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah)	17
2.2.3 Laporan Arus Kas Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah).....	18
BAB III ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI.....	19
3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi & Tata Nilai	19
3.2 Aspirasi Stakeholder Inti.....	20

3.3	Tantangan Strategis.....	21
3.4	Benchmarking.....	21
3.5	Analisis SWOT.....	22
3.5.1	Analisis Internal	22
3.5.2	Analisis Eksternal.....	23
3.6	Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis	24
3.7	Analisa TOWS	25
3.8	Rancangan Peta Strategis <i>Balance Scorecard</i> (BSC)	26
BAB IV	INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS.....	27
4.1	Matriks IKU	27
4.2	Kamus IKU.....	29
4.3	Program Kerja Strategis	52
BAB V	ANALISA DAN MITIGASI RISIKO.....	56
5.1	Identifikasi Risiko	56
5.2	Penilaian Tingkat Risiko.....	59
5.3	Rencana Mitigasi Risiko.....	64
BAB VI	PROYEKSI KEUANGAN	69
6.1	Estimasi Pendapatan.....	69
6.2.	Rencana Kebutuhan Anggaran.....	70
6.2.1	Anggaran Program Kelangsungan Operasional	70
6.2.2	Anggaran Program Pengembangan.....	71
6.3	Rencana Pendanaan	73

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Capaian <i>Key Performance Indicator</i> terpilih Tahun 2011 - 2014.....	4
Tabel 2. Gambaran Kondisi Layanan Unggulan Tahun 2014	5
Tabel 3. Data Ketenagaan 2010 - 2013.....	10
Tabel 4. Data Ketenagaan 2010 – 2013 (Lanjutan)	11
Tabel 5. Data Luas Gedung	13
Tabel 6. Data Peralatan Medik dan Non Medik	14
Tabel 7. Kinerja Keuangan 2010 - 2013	15
Tabel 8. Neraca 2010 - 2013	16
Tabel 9. Laporan Operasional 2010 - 2013.....	17
Tabel 10. Laporan Arus Kas 2010 - 2013	18
Tabel 11. Aspirasi Stakeholder Inti	20
Tabel 12. Analisis Internal (Kekuatan).....	22
Tabel 13. Analisis Internal (Kelemahan)	22
Tabel 14. Analisis Eksternal (Peluang)	23
Tabel 15. Analisis Eksternal (Ancaman)	23
Tabel 16. Matriks TOWS	25
Tabel 17. Matriks Indikator Kinerja Utama 2015 - 2019	27
Tabel 18. Matriks Indikator Kinerja Utama 2015 – 2019 (Lanjutan).....	27
Tabel 19. Program Strategis 2015 – 2019	52
Tabel 20. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)	53
Tabel 21. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)	54
Tabel 22. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)	55
Tabel 23. Identifikasi Risiko	56
Tabel 24. Identifikasi Risiko (Lanjutan)	57
Tabel 25. Identifikasi Risiko (Lanjutan)	58
Tabel 26. Penilaian Tingkat Risiko.....	59
Tabel 27. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan).....	60
Tabel 28. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan).....	60
Tabel 29. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan).....	61
Tabel 30. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan).....	62
Tabel 31. Rencana Mitigasi Risiko.....	64
Tabel 32. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan).....	64
Tabel 33. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan).....	66
Tabel 34. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan).....	67
Tabel 35. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan).....	67
Tabel 36. Estimasi Pendapatan 2015 - 2019	69
Tabel 37. Estimasi Anggaran Operasional 2015 - 2019	70
Tabel 38. Estimasi Anggaran Program Pengembangan 2015 - 2019	71
Tabel 39. Estimasi Anggaran Mitigasi Risiko 2015 - 2019.....	72
Tabel 40. Tabel Urutan Tingkat Prioritas Program Kerja Strategis 2015 - 2019.....	78

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Kunjungan Rawat Jalan 2010-2014	6
Grafik 2. Hari Perawatan 2010-2014	6
Grafik 3. Kunjungan Gawat Darurat 2010-2013	6
Grafik 4. Tindakan Operasi 2010 - 2013	6
Grafik 5. Pemeriksaan Radiologi 2010 -2013	7
Grafik 6. Pemeriksaan Laboratorium Klinik 2010 - 2013	7
Grafik 7. Pemeriksaan Rehabilitasi Medik 2010 – 2013	7
Grafik 8. Jumlah Resep 2010 - 2013	7
Grafik 9. Bed Occupancy Rate 2010 - 2013	8
Grafik 10. Length of Stay 2010 - 2013	8
Grafik 11. Net Deah Rate 2010 -2013	8
Grafik 12. Angka Kematian IGD 2010 - 2013	8
Grafik 13. Emergency Respon Time I 2010 -2013	9
Grafik 14. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2010 - 2013	9
Grafik 15. Waktu Tunggu Obat Jadi 2010 – 2013	9
Grafik 16. Waktu Tunggu Operasi Elektif 2010 -2013	9
Grafik 17. Waktu Tunggu Laboratorium 2010 – 2013	9
Grafik 18. Waktu Tunggu Radiologi 2010 - 2013	9
Grafik 19. Jumlah Tempat Tidur Tahun 2014	15

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Voyage Plan	xix
Gambar 2. Struktur Organisasi RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar	12
Gambar 3. Diagram Kartesius	24
Gambar 4. Rancangan Peta Strategis	26

Daftar Revisi RSB 2015-2019

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
4.1	Matriks IKU		
	KPI :		
	% Kepuasan Pasien	Indeks Kepuasan Pasien	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
	% Kepuasan Peserta Didik	Indeks Kepuasan Peserta Didik	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
	% Kepuasan Staf	Indeks Kepuasan Staf	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
	KPI : Jumlah Modul SIM RS yang Terintegrasi	KPI : % Modul SIM RS yang Terintegrasi	Perubahan kata "Jumlah" menjadi "%"
	KPI : % Staf di Area Kritis yang tersertifikasi Bobot : 7	KPI : % Staf di Area Kritis yang tersertifikasi Bobot : 6	Perubahan Bobot dari 7 menjadi 6
	KPI : Jumlah Modul SIM RS yang terintegrasi Bobot : 4	KPI : % Modul SIMRS yang terintegrasi Bobot : 5	Perubahan Nama Indikator dari "Jumlah" menjadi "%" karena target yang ditetapkan bukan jumlah tetapi % Modul SIMRS yang terintgrasi dan perubahan nilai

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
			bobot dari 4 menjadi 6
4.2	Kamus IKU		
4.2.1	% Kepuasan Pasien	Indeks Kepuasan Pasien	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
4.2.2	% Kepuasan Peserta Didik	Indeks Kepuasan Peserta Didik	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
	Target di Kamus IKU : 2015 : 75% 2016 : 76,5%	Target Target di Kamus IKU : 2015 : 75 2016 : 77	Perubahan target pada kamus indicator

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
	2017 : 78% 2018 : 79,5% 2019 : 81%	2017 : 79 2018 : 80 2019 : 82	mengikuti target pada matriks IKU
4.2.3	% Kepuasan Staf	Indeks Kepuasan Staf	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
4.2.4	Tingkat Kesehatan Rumah Sakit		
	Formula : Hasil Perhitungan Indikator Keuangan + Hasil Perhitungan Indikator Area Klinis + Hasil Perhitungan Indikator Area Manajerial	Formula : Hasil Perhitungan Indikator Keuangan + Hasil Perhitungan Indikator Layanan + Hasil Perhitungan Indikator Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat	Perubahan item Indikator ini mengacu ke Perdirjen Perbendaharaan No. 24/PB/2018.
4.2.6	Tahapan Fungsi yang terintegrasi		
	Definisi : Tahapan Fungsi AHC yang Terintegrasi adalah Fungsi Organisasi antara RSWS, FKUH dan RS UNHAS yang terintegrasi	Definisi : Tahapan Fungsi AHC yang Terintegrasi adalah Fungsi organisasi antara RSWS, FKUH dan RS UNHAS yang terintegrasi. Board Management yang dimaksud adalah Badan yang dibentuk yang didalamnya terdapat perwakilan FKUH, RSP UNHAS dan RSWS	Bord Manajemen yang dimaksud adalah Komite Koordinasi

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
		untuk melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian secara terintegrasi	Pendidikan (Korkordik)
	Periode Pelaporan : Triwulanan	Periode Pelaporan : Tahunan	
4.2.7	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway (LOS)		
	Formula : $\frac{\text{LOS Clincial Pathway yang sesuai}}{\text{Jumlah Seluruh Clinical Pathway}} \times 100$	Formula : $\frac{\text{LOS Clincial Pathway yang sesuai}}{\text{Jumlah Seluruh Clinical Pathway}} \times 100\%$	Perubahan pada formula dari x 100 menjadi x 100%
	Target : 2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 90% 2019 : 95%	Target : 2015 : 70% 2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 80% 2019 : 80%	Capaian target selama 3 tahun tidak tercapai sehingga di rasionalisasikan
	Bobot : 4	Bobot : 3	Perubahan bobot KPI dari 4 ke 3 mengikuti matriks IKU
4.2.8	% Lulusan dengan Predikat Sangat Memuaskan		
	Formula : $\frac{\text{Jumlah lulusan Pendidikan Kedokteran dengan IPK minimal 3}}{\text{Jumlah seluruh lulusan Pendidikan Kedokteran}} \times 100$	Formula : $\frac{\text{Jumlah lulusan Pendidikan Kedokteran dengan IPK minimal 3}}{\text{Jumlah seluruh lulusan Pendidikan Kedokteran}} \times 100 \%$	Perubahan pada formula dari x 100 menjadi x 100%
	Target: 2015 : 17% 2016 : 18%	Target: 2015 : 17% 2016 : 18%	Target tahun 2018 dan 2019 direvisi karena

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
	2017 : 19% 2018 : 20% 2019 : 21%	2017 : 19% 2018 : 40% 2019 : 43%	capaian 3 tahun berturut-turut sudah melampaui target sehingga target di naikan.
4.2.10	KPI Reakreditasi Bobot : 5	KPI Reakreditasi Bobot : 6	Perubahan Bobot KPI dari 5 menjadi 6 mengikuti matriks IKU
4.2.11	Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik		
	Definisi : Unit Layanan Unggulan adalah Center of Excellent yang terdiri atas : 1. Cardiac Center 2. Private Care Center 3. Mother and Child Center 4. Gastroenterohepatology Center 5. Intensive Care Center 6. Infection Center Berkinerja Baik adalah Memenuhi kriteria yang ditetapkan yaitu : 1. Target Kegiatan 2. Target Keuangan 3. LOS 4. Pasien Jatuh	Definisi : Unit Layanan Unggulan adalah Center of Excellent yang terdiri atas : 1. Cardiac Center 2. Private Care Center 3. Mother and Child Center 4. Gastroenterohepatology Center 5. Intensive Care Center 6. Infection Center Berkinerja Baik adalah Memenuhi kriteria yang ditetapkan yaitu : 1. LOS 2. Pasien Jatuh	Target kegiatan dan pendapatan instalasi sudah tidak bisa diukur untuk pasien BPJS
4.2.13	% Kasus Severity Level 3		

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
	Target MATRIKS IKU : 2015 : 30% 2016 : 31% 2017 : 32% 2018 : 33% 2019 : 34%	Target MATRIKS IKU : 2015 : 30% 2016 : 31% 2017 : 32% 2018 : 21% 2019 : 22%	Targetnya terlalu ketinggian Karena sudah ada intervensi perbaikan rujukan lewat sistrute tetapi teap target tidak tercapai selama 3 tahun berturut turut
	Target KAMUS INDIKATOR: 2015 : 30% 2016 : 33% 2017 : 36% 2018 : 39% 2019 : 42%	Target MATRIKS INDIKATOR : 2015 : 30% 2016 : 31% 2017 : 32% 2018 : 21% 2019 : 22%	Targetnya terlalu ketinggian Karena sudah ada intervensi perbaikan rujukan lewat sistrute tetapi teap target tidak tercapai selama 3 tahun berturut turut
4.2.14	Jumlah RS Region yang dibina		
	Sasaran Strategis : Terwujudnya Sistem Rujukan dan Efektif	Sasaran Strategis : Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif	Perubahan redaksi kata “dan” menjadi kata “yang” agar

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
			tidak bermakna lain.
4.2.15	% Ketepatan Waktu Pelayanan		
	Formula : $\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan}} \times 100$	Formula : $\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan (9 layanan)}} \times 100\%$	Jumlah layanan pada pembagi disebutkan agar tidak multi tafsir dan x 100 menjadi x 100%
4.2.17	% Dodiknis yang tersertifikasi		
	Formula : $\frac{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis yang tersertifikasi}}{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis}} \times 100$	Formula : $\frac{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis yang tersertifikasi}}{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis}} \times 100\%$	Perubahan pada formula dari x 100 menjadi x 100%
4.2.18	% Staf dengan Kinerja Excellent		
	Formula : $\frac{\text{Jumlah staf dengan kinerja } \textit{excellent}}{\text{Jumlah seluruh staf}} \times 100$	Formula : $\frac{\text{Jumlah staf dengan kinerja } \textit{excellent}}{\text{Jumlah seluruh staf}} \times 100\%$	Perubahan pada formula dari x 100 menjadi x 100%
4.3	Program Kerja Strategis		
	KPI :		
	% Kepuasan Pasien	Indeks Kepuasan Pasien	Perubahan istilah persentase menjadi indeks

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
			mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
	% Kepuasan Peserta Didik	Indeks Kepuasan Peserta Didik	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan penulisan pada target KPI
	% Kepuasan Staf	Indeks Kepuasan Staf	Perubahan istilah persentase menjadi indeks mengikuti nomenkelatur Permenpan No. 14 tahun 2017 termasuk perubahan

BAB	SEMULA	MENJADI	PENJELASAN
			penulisan pada target KPI
	Jumlah Modul SIM RS yang terintegrasi	% Modul SIM RS yang terintegrasi	Perubahan kata "Jumlah" menjadi "%" karena progress permodul ada yang tidak bisa diselesaikan sekaligus dalam 1 tahun.
VI	PROYEKSI KEUANGAN		
6.1	Estimasi Pendapatan : Tahun 2017 : Rp. 664.531.193.852 Tahun 2018 : Rp. 703.425.094.956 Tahun 2019 : Rp. 747.875.650.530	Estimasi Pendapatan : Tahun 2017 : Rp. 541.633.178.000 Tahun 2018 : Rp. 547.369.191.000 Tahun 2019 : Rp. 546.867.026.000	Perubahan Nilai Estimasi Pendapatan dari menyesuaikan TR/PNBP dan alokasi APBN RM
6.2	Rencana Kebutuhan dan Anggaran :		
	Rencana Kebutuhan dan Anggaran 2015-2019	Rencana Kebutuhan dan Anggaran 2015-2019	Perubahan nilai rincian belanja menyesuaikan estimasi pendapatan

VOYAGE PLAN

TANTANGAN STRATEGIS :

1. Mewujudkan dan mempertahankan Akreditasi JCI sebagai Academic Medical Center
2. Peningkatan kemampuan (SDM dan fasilitas) dalam menangani kasus sulit untuk mewujudkan RSWS sebagai Rujukan Nasional di Indonesia Bagian Timur
3. Integrasi dengan Fakultas Kedokteran dan RS UNHAS menuju AHC
4. Kesiapan RS menghadapi Universal Coverage JKN
5. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
6. Mewujudkan Cost Containment
7. Mengoptimalkan sistem rujukan atas bawah
8. Peningkatan kesejahteraan karyawan dan lingkungan Kerja yang nyaman

MISI :

1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian bidang kesehatan berkualitas yang terintegrasi, holistik dan professional
2. Menumbuhkembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif
3. Mengampu RS Jejaring di wilayah Indonesia Timur



KONDISI SEKARANG



VISI :

"MENJADI ACADEMIC HEALTH CENTER TERKEMUKA DI INDONESIA TAHUN 2019"

INDIKATOR KINERJA 2019

INTERNAL BISNIS PROSES

- ✓Modul layanan dan pendidikan yang terintegrasi sebanyak 5 modul
- ✓RSWS-FKUH-RS UNHAS terintegrasi
- ✓95% Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway
- ✓Lulusan dengan predikat yang sangat memuaskan 21%
- ✓Penelitian yang dipublikasikan 70 buah
- ✓Reakreditasi oleh KARS dan JCI
- ✓6 Unit layanan unggulan berkinerja baik
- ✓Pertumbuhan rujukan RS Pemerintah/Sawasta yang bekerjasama sebesar 10%
- ✓42% kasus severity level 3
- ✓Jumlah RS Region yang dibina 5 RS
- ✓Ketepatan waktu layanan 89%

STAKEHOLDER

- ✓Persentase Kepuasan Pasien 84%
- ✓Persentase Kepuasan Peserta Didik 81%
- ✓Persentase Kepuasan Staf 84%
- ✓Tingkat Kesehatan RS "AA"

LEARNING & GROWTH

- ✓90% staf di area kritis tersertifikasi
- ✓95% Dodiknis tersertifikasi
- ✓10% staf dengan kinerja excellent
- ✓Indeks Budaya Korporat adalah 3,5
- ✓OEE Alat medik utama 87%
- ✓OEE prasarana utama 97%
- ✓100% Modul SIMRS terintegrasi

FINANCE

- ✓Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan sebesar 88%

KONDISI MASA DEPAN

Gambar 1. Voyage Plan

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi suatu organisasi pemerintah merupakan suatu kewajiban sebagai suatu upaya mewujudkan tatakelola sistem yang modern. RSB merupakan salah satu perangkat strategis bagi pimpinan organisasi pemerintah yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, berbagai unit kerja dibawahnya, dan mitra kerjanya untuk bergerak searah dan bersinergis menuju tujuan-tujuan keseluruhan organisasi. Dengan memusatkan organisasi pemerintah pada hal-hal yang sangat penting, RSB bertindak sebagai kompas yang membantu pengambil keputusan di berbagai tingkatan organisasi untuk mengetahui kapan “bertahan di jalur” dan kapan perlu mengubah strategi organisasi dalam menghadapi dinamika tuntutan *stakeholders* kunci organisasi.

RSB bagi sebuah organisasi pemerintah juga merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholder* kuncinya, dan sekaligus sebagai bentuk tanggungjawab utama pimpinan organisasi pemerintah terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders* kuncinya. Oleh karena itu, RSB organisasi seharusnya menjadi pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen puncak dari suatu organisasi pemerintah dalam menilai kemajuan status pencapaian visinya dan target kinerja organisasi jangka pendek dan panjangnya serta sekaligus mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasinya agar sejalan dengan tuntutan utama *stakeholder* kuncinya.

Dalam rangka memenuhi prinsip-prinsip tatakelola organisasi modern(*Good Governance*) dan menunjang inisiatif strategis transformasi kelembagaan pemerintahan, Direktorat Jenderal (Ditjen) Bina Upaya Kesehatan memandang perlu bahwa efektivitas pelaksanaan penetapan kinerja (Keputusan Dirjen BUK No.HK.02.04/1/1568/12) hendaknya berbasis RSB organisasi bagi Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) Vertikal (yang mencakup Rumah Sakit (umum dan khusus) dan Balai) yang dibawah binaan dan kendalinya.

Menindaklanjuti hal tersebut maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi dan unit kerja dibawahnya, serta mitra kerjanya untuk bergerak searah dan bersinergis menuju tujuan-tujuan keseluruhan organisasi.

1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis

1. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan yang sejalan dengan Rencana Aksi Bina Upaya Kesehatan.
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
4. Tersedianya rumusan program strategis dalam skala prioritas yang lebih tajam yang merupakan indikasi program APBN dan Anggaran Pendapatan Operasional.
5. Tersedianya indikator penilaian evaluasi kinerja Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
6. Mengarahkan semua unsur kekuatan dan faktor kunci keberhasilan dalam menyelenggarakan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dalam rangka peningkatan Upaya Kesehatan Perorangan yang berorientasi pada pelayanan *stakeholder oriented* prima berdasarkan pada prinsip-prinsip kepemimpinan yang baik dan bersih serta terwujudnya komitmen bersama antara RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, Departemen Kesehatan RI serta para stakeholder.

1.3 Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang PPK-BLU.
4. Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).
5. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1677/MENKES/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
7. Peraturan Menteri Kesehatan No. 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja & Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

BAB II

GAMBARAN KINERJA SAAT INI

Dengan adanya kebijakan penyeragaman periode Rencana Strategis Bisnis UPT vertikal, maka Rencana Strategis RS Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar yang seharusnya berakhir di tahun 2015 disesuaikan dengan dengan proses perencanaan jangka menengah tahun 2015 – 2019 berdasarkan Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.03.03/I/1032/2014 Tanggal 28 Mei 2014 tentang Rencana Strategis Bisnis UPT Vertikal Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Dalam kurun waktu periode Rencana Strategis RS Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar sampai dengan saat ini, pencapaian kinerja sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Periode Tahun 2010-2015 sebagai berikut :

2.1 Capaian *Key Performance Indicator* dan Layanan Unggulan

Visi yang tertuang dalam Rencana Strategis RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar **“Menjadi Rumah Sakit dengan Layanan Berstandar Internasional”** dengan kerja keras dan dukungan dari berbagai pihak termasuk Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan dapat dicapai di tahun 2014 dengan standar Academic Medical Center. Beberapa *Key Performance Indicator* terpilih diuraikan sebagai berikut :

Tabel 1. Capaian *Key Performance Indicator* terpilih Tahun 2011 - 2014

KEY PERFORMANCE INDICATOR	2011	2012	2013	2014
% staf dengan kompetensi yang sesuai	65%	88%	82,6%	91%
Jumlah unit unggulan yang berkinerja baik	N/A	1	2	3
Tahapan capaian sertifikasi	50%	75%	Akred. KARS	JCI - AMC
Tingkat pertumbuhan pendapatan	15,8%	38,50%	16,8%	34,71%

Pada saat ini RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar memiliki 6 layanan unggulan yang tergabung dalam *Center of Excellent* yang terdiri atas Cardiac Center, Private Care Center, Mother and Child Center, Intensive Care Center, Gastroenterohepatology Center dan Infection Center. Dalam tabel berikut akan diperoleh gambaran capaian kinerja layanan unggulan untuk tahun 2014.

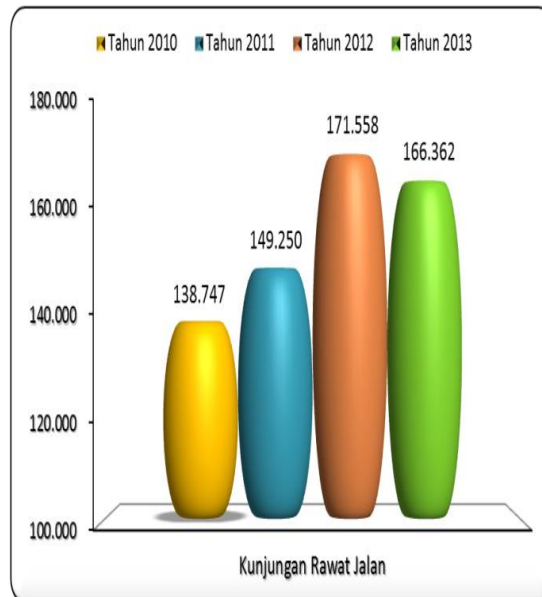
Tabel 2. Gambaran Kondisi Layanan Unggulan Tahun 2014

NO	URAIAN	CARDIAC CENTER	PRIVATE CARE CENTER	MOTHER AND CHILD	INTENSIVE CARE CENTER	INFECTION CENTER	GASTROHEPATOLOGI CENTER
1	SDM (Medis)	Diknas dan Kemkes	Diknas dan Kemkes	Diknas dan Kemkes	Diknas dan Kemkes	Diknas dan Kemkes	Diknas
2	SDM (Paramedis)	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak
3	Tenaga Kesehatan Lainnya	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak	PNS dan Kontrak
4	Kunjungan Rawat Jalan	67,66%	74,01%	96,81%	N/A	54,58%	100,7%
5	Kunjungan Emergency	N/A	N/A	69,6%	N/A	N/A	N/A
6	Hari Perawatan	N/A	83,83%	62,26%	N/A	69,16%	N/A
7	Hari Perawatan Intensif	76,77%	N/A	75,13%	67,83%	N/A	N/A
8	Tindakan Medik	71,66%	N/A	78,06%	N/A	N/A	N/A
9	Tindakan Penunjang	N/A	78,43%	N/A	N/A	N/A	109,25
10	BOR	86,94%	84,55%	69,34%	73,01%	53,11%	N/A
11	LOS	5,9	6,18	5,71	4,87	8,5	N/A
12	NDR	98,12‰	25,6‰	17,63‰	198,75‰	129,89‰	N/A

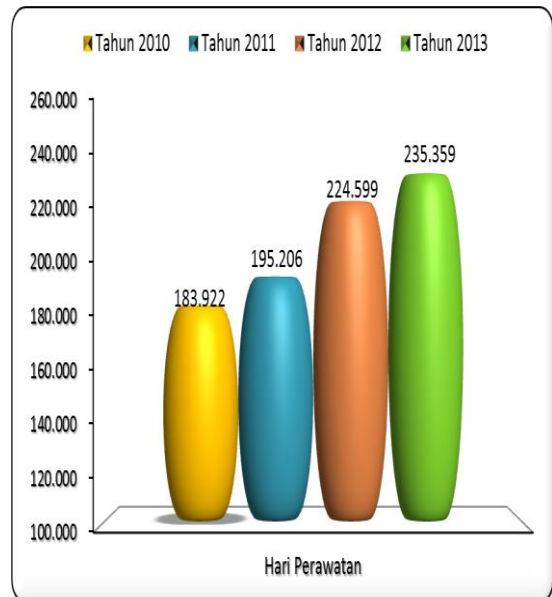
2.2 Kinerja Aspek Layanan

Kinerja untuk aspek layanan akan dijelaskan dengan uraian sebagai berikut :

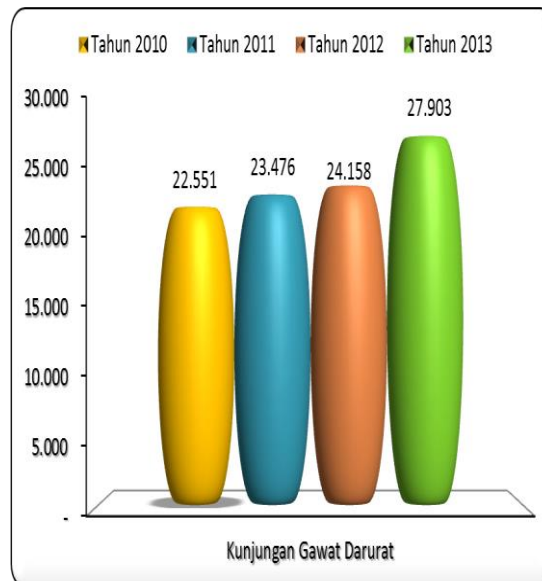
2.1.1 Produktivitas Layanan



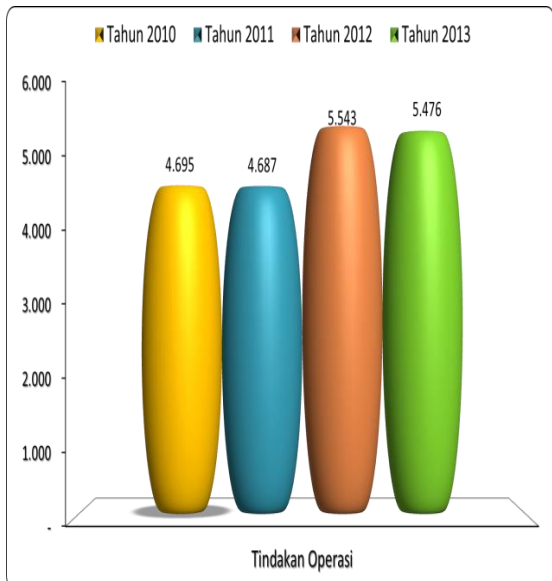
Grafik 1. Kunjungan Rawat Jalan 2010-2014



Grafik 2. Hari Perawatan 2010-2014



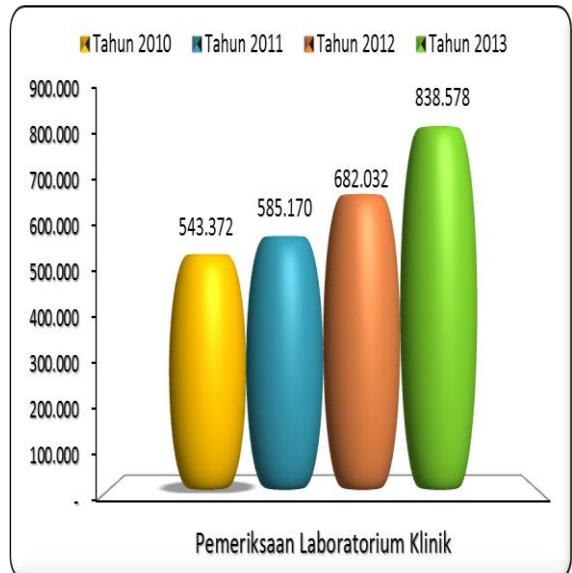
Grafik 3. Kunjungan Gawat Darurat 2010-2013



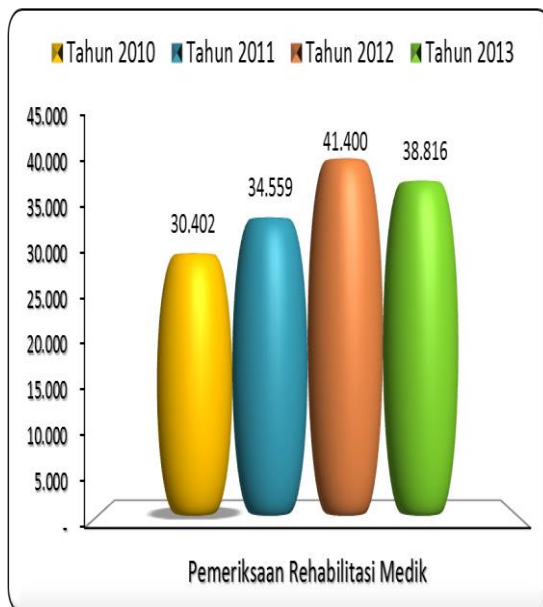
Grafik 4. Tindakan Operasi 2010 - 2013



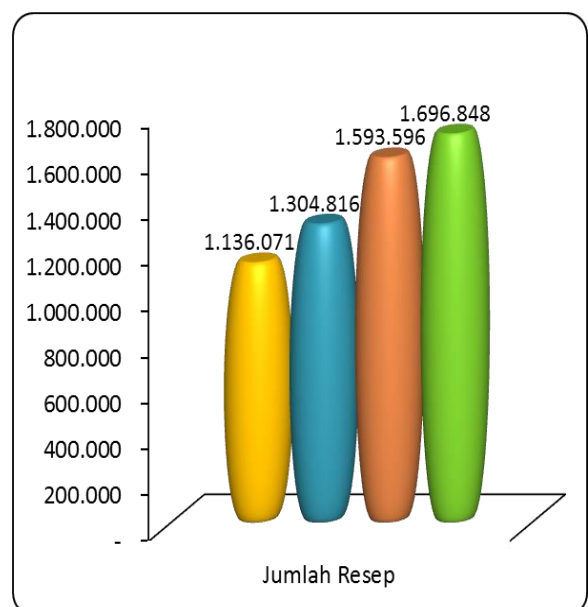
Grafik 5. Pemeriksaan Radiologi 2010 -2013



Grafik 6. Pemeriksaan Laboratorium Klinik 2010 - 2013

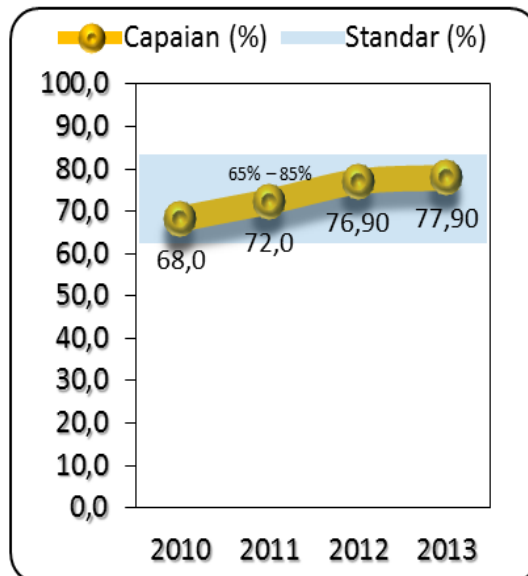


Grafik 7. Pemeriksaan Rehabilitasi Medik 2010 – 2013

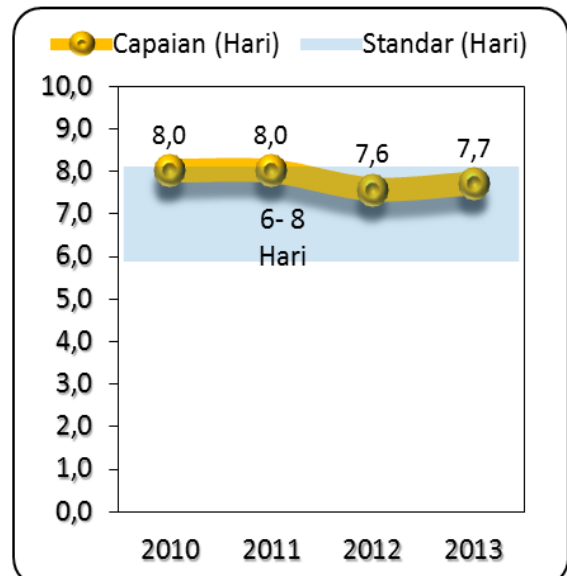


Grafik 8. Jumlah Resep 2010 - 2013

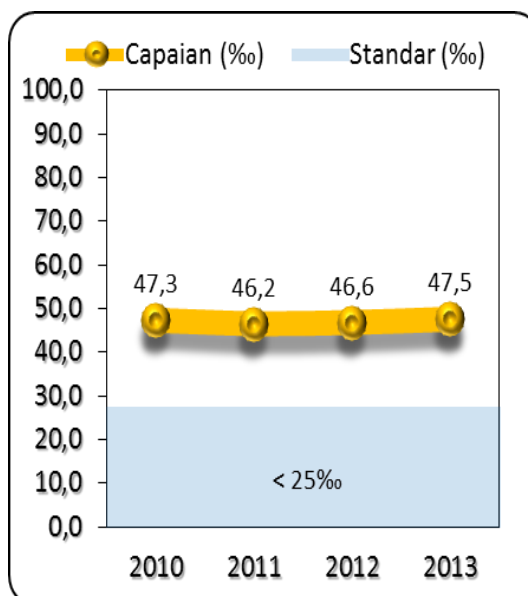
2.1.2 Mutu Layanan & Mutu Klinis



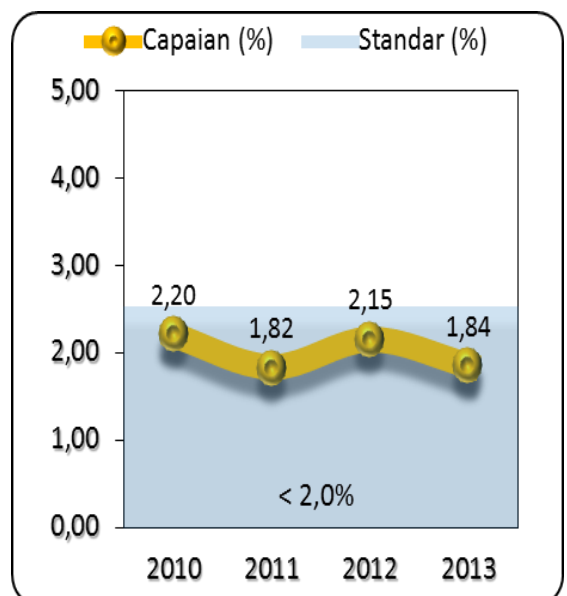
Grafik 9. Bed Occupancy Rate 2010 - 2013



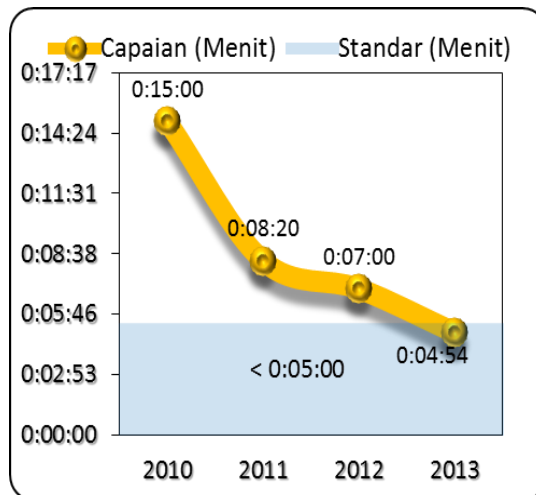
Grafik 10. Length of Stay 2010 - 2013



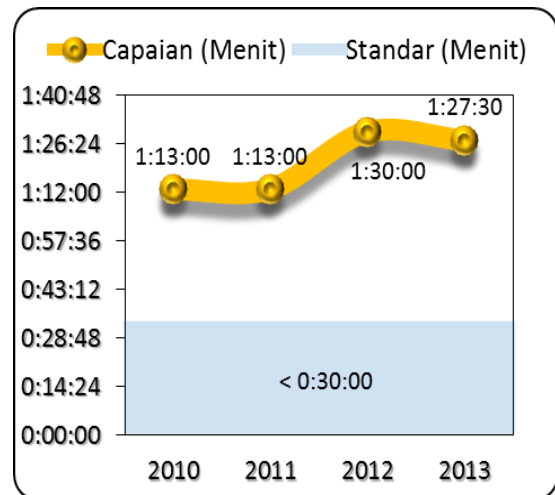
Grafik 11. Net Death Rate 2010 - 2013



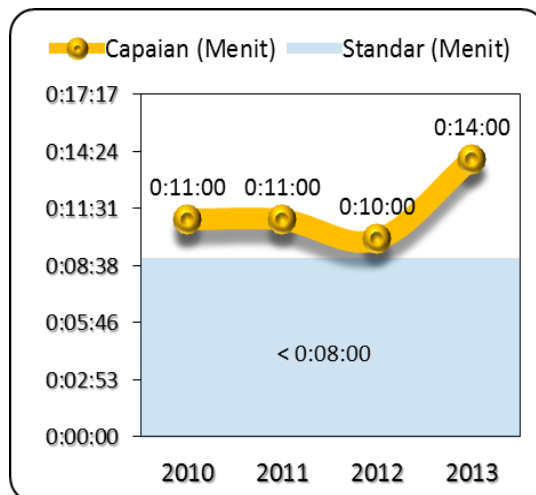
Grafik 12. Angka Kematian IGD 2010 - 2013



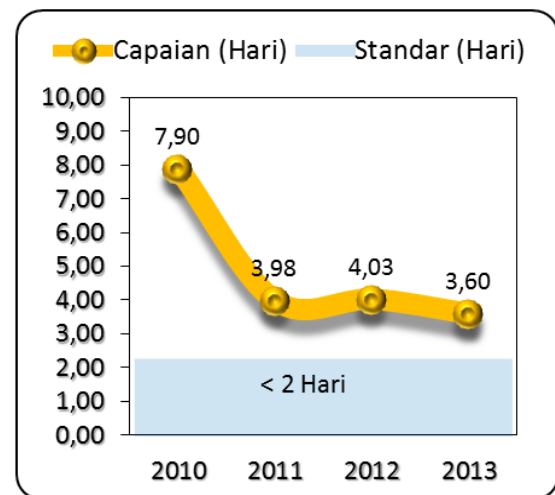
Grafik 13. Emergency Respon Time I 2010 -2013



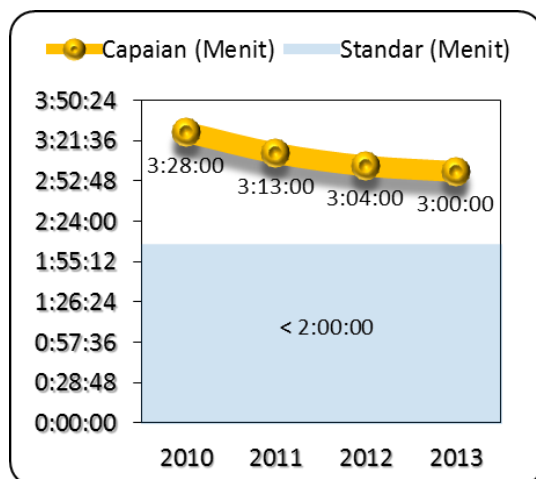
Grafik 14. Waktu Tunggu Rawat Jalan 2010 - 2013



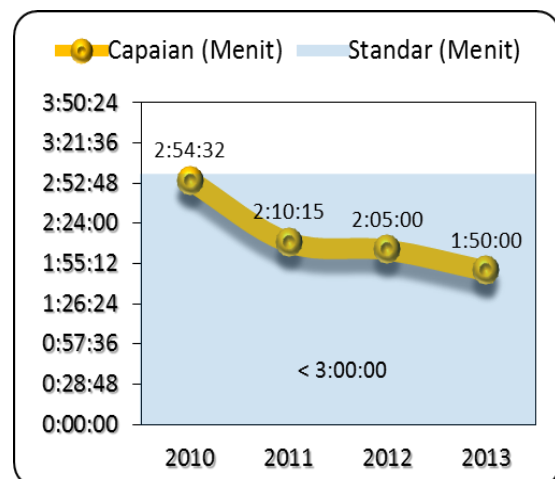
Grafik 15. Waktu Tunggu Obat Jadi 2010 - 2013



Grafik 16. Waktu Tunggu Operasi Elektif 2010 -2013



Grafik 17. Waktu Tunggu Laboratorium 2010 - 2013



Grafik 18. Waktu Tunggu Radiologi 2010 - 2013

2.1.3 SDM dan Organisasi

Jumlah tenaga yang dimiliki oleh RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo cukup banyak dengan kompetensi yang cukup tinggi. Adapun uraian tenaga yang dimiliki adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Data Ketenagaan 2010 - 2013

KUALIFIKASI		2010		2011		2012		2013	
		KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS
A	Tenaga Medis								
1	Dokter Umum	28		36		27		26	
2	Dokter Gigi	8		9		11		9	
3	Dokter Ahli	87	85	96	118	89	77	96	135
	Sp. Penyakit Dalam	14	13	16	14	13	6	13	23
	Sp. Paru	2		1	2	3		3	
	Sp. Jantung	2	2	2	5	1	4	1	6
	Sp. Bedah	2		5		3		5	
	Sp. Bedah Onkologi	3	1	4	1	4	1	4	1
	Sp. Bedah Anak	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sp. Bedah Urologi	3	1	3	2	3	1	4	2
	Sp. Bedah Digestif	3		1		2	1	3	1
	Sp. Bedah Orthopedi	3	2	4	4	3	1	3	4
	Sp. Bedah Saraf	2	1	2	2	2	2	2	3
	Sp. Bedah Thorax Kardio.	1		1					
	Sp. Obgyn	9	7	11	7	9	7	9	8
	Sp. THT	3	6	4	8	3	8	3	10
	Sp. Mata	3	4	2	4	2	4	2	9
	Sp. Anak	11	7	14	12	12	8	11	16
	Sp. Kulit & Kelamin	5	4	6	6	4	5	7	4
	Sp. Syaraf	5	6	4	6	6	6	6	6
	Sp. Anastesi	2	5	2	6	2	5	3	10
	Sp. Forensik	3	8			1		1	
	Sp. Bedah Plastik		2		3		3		1
	Sp. Patologi Klinik	3	3	3	4	5	3	5	3
	Sp. Patologi Anatomi			3	12	2	2	2	10
	Sp. Radiologi	3	4	3	5	3	4	3	7
	Sp. Rehabilitasi Medik	2		1		2		2	1
	Sp. Farmakologi Klinik					1		1	
	Sp. Gizi Klinik		4		7		2		4
	Sp. Jiwa dan Stres		3		6		3		5

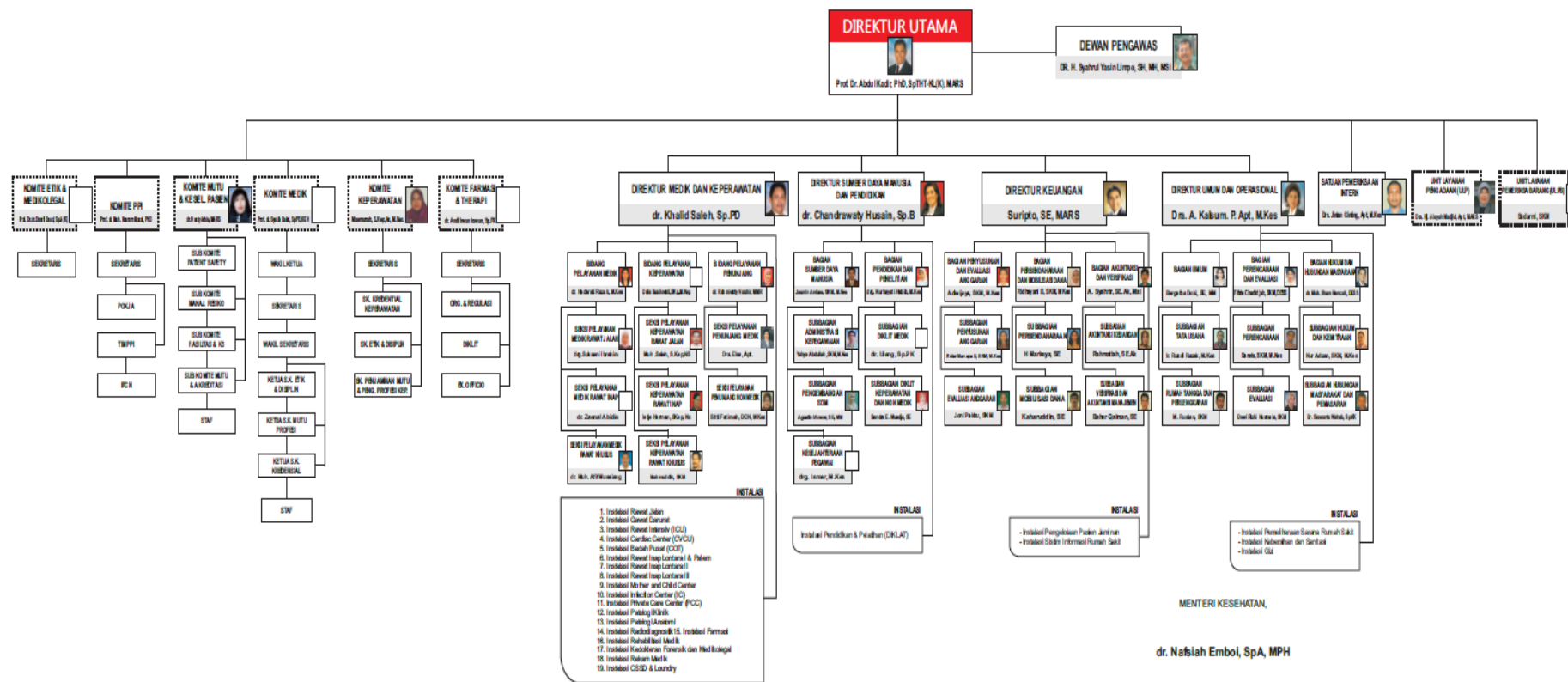
Tabel 4. Data Ketenagaan 2010 – 2013 (Lanjutan)

KUALIFIKASI		2010		2011		2012		2013	
		KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS	KEMKES	DIKNAS
	Sp. Bedah Mulut				1				
	Sp. Orthodonsia	2		2		2		2	
	Sp. Prostodonsia								
	Sp. Pedodontik			1					
	Sp. Mikrobiologi Klinik		1						
	S3 Kedokteran Gigi			1				1	
B	Paramedis :								
1	Paramedis Perawatan	536	0	580		584		567	
	Magister Keperawatan	1		1		1		1	
	NERS	59		67		98		109	
	Ners Sp. Kardiovaskuler								
	Sarjana Keperawatan	21		36		37		57	
	Sarjana Sains Terapan	1				6		6	
	D.IV Keperawatan	42		30		36		33	
	D.IV Kep. Gawat Darurat			3		3		3	
	D.IV Kebidanan	2		2		4		3	
	D.IV Perawat Anak Pend.			2					
	D.IV Maternatis Pendidik			2					
	D.IV Kesehatan Gigi	1		1		1		1	
	D.III Perawat Umum	281		347		337		307	
	D.III Kebidanan	16		21		18		19	
	D.III Anastesi	6		2		1		1	
	D.III Keperawatan Gigi	2		5		3		3	
	D.I Kebidanan			6		5		4	
	D.I Teknik Gigi			1				1	
	SPK/SPR	85		46		28		14	
	Bidan + Perawat Bidan	15		4		3		2	
	SPRG	4		3		3		3	
	SLTP Keperawatan			1					
2	Paramedis Non Perawatan	219		304		226		237	
C	Non Medis /Administrasi	284		245		314		296	
	JUMLAH	1.162	85	1.271	118	1.251	77	1.232	135

LAMPIRAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR : 1677/Menkes/Per/XII/2005
TANGGAL : 27 Desember 2005



STRUKTUR ORGANISASI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR



Gambar 2. Struktur Organisasi RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar EDIT

2.1.4 Sarana dan Prasarana

2.1.4.1 Gedung

RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo saat ini memiliki luas Tanah sebesar 8,4 Ha dan bangunan yang terdiri dari beberapa gedung dengan uraian sebagai berikut:

Tabel 5. Data Luas Gedung

NO	NAMA GEDUNG	LUAS (M ²)	KETERANGAN
1	Palem	1,875.50	2 Lantai
2	Lontara 1	2,426.00	2 Lantai
3	Lontara 2	2,838.00	2 Lantai
4	Lontara 3	2,755.00	2 Lantai
5	Lontara 4	2,906.00	2 Lantai
6	Pinang	2,130.00	2 Lantai
7	Rehabilitasi Medik	893.00	1 Lantai
8	CSSD dan Laundry	607.00	1 Lantai
9	ICU	1,180.00	1 Lantai
10	COT	971.00	1 Lantai
11	Hiperbaric Chamber	411.50	1 Lantai
12	Kitchen	566.00	1 Lantai
13	Radiologi	1,289.00	1 Lantai
14	Laboratorium	1,164.00	1 Lantai
15	Poliklinik Mother & Child	1,078.00	1 Lantai
16	Farmasi	450.00	1 Lantai
17	Workshop	581.50	1 Lantai
18	Cardiac Center	1,136.50	1 Lantai
19	Poliklinik	5,116.50	1 Lantai
20	Emergency	4,282.00	3 Lantai
21	Forensik dan Medikolegal	224.00	1 Lantai
22	MRI	108.00	1 Lantai
23	Pakis	271.00	1 Lantai
24	Kantin	216.00	1 Lantai
25	Ruang Tunggu ICU	65.00	1 Lantai
26	Sanitasi	88.00	1 Lantai
27	Gastroenterologi Center	416.00	3 lantai
28	Infection Center	5,472.00	3 Lantai
29	Selasar	2,181.00	2 Lantai
30	Rabat	2,181.00	
31	Mesjid	450.00	1 Lantai
32	Private Care Canter	10,050.00	5 Lantai
Total		60,902.50	

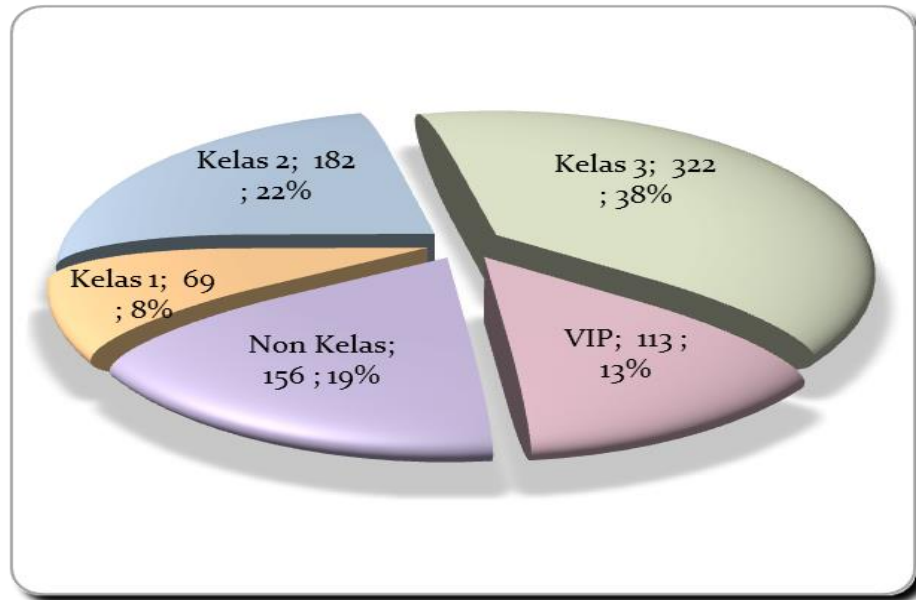
2.1.4.2 Peralatan Medik dan Non Medik

Tabel 6. Data Peralatan Medik dan Non Medik

NO	NAMA BARANG	VOLUME	SATUAN
PERALATAN MEDIK			
1	Alat Kedokteran Umum	3255	Unit
2	Alat Kedokteran Keluarga Berencana	3	Unit
3	Alat Kedokteran Kulit Kelamin	55	Unit
4	Peralatan Bedah	368	Unit
5	Alat Kedokteran Bedah Kebidanan	439	Unit
6	Alat Kedokteran Bedah Ortopedi	11	Unit
7	Peralatan Unit Gawat Darurat	303	Unit
8	Alat Kedokteran Anesthesi	23	Unit
9	Alat Kedokteran Mata	33	Unit
10	Alat Kedokteran Penyakit Dalam	322	Unit
11	Alat Kedokteran Syaraf	113	Unit
12	Alat Kedokteran THT	206	Unit
13	Peralatan Radiologi	102	Unit
14	Alat Kedokteran Laboratorium Kimia	12	Unit
15	Alat Kedokteran Laboratorium PA	18	Unit
16	Alat Laboratorium Hematorolgi	21	Unit
17	Alat Laboratorium Mikrobiologi	20	Unit
18	Alat Laboratorium Immunologi	7	Unit
19	Alat Kedokteran Anak	103	Unit
20	Alat Kedokteran Gigi	36	Unit
21	Alat Kedokteran Urologi		Unit
22	Alat Kedok. Peralatan Jantung	181	Unit
23	Alat Rehabilitasi Medik	124	Unit
PERALATAN NON MEDIK			
1	Alat Penyimpanan Perlengkapan Kantor (APPK)	1782	Buah
2	Meubelair	5476	Buah
3	Alat Kantor	182	Buah
4	Alat Bengkel	35	Buah
5	Pompa	34	Buah
6	Alat Studio Video	20	Buah
7	Alat Pendingin	937	Buah
8	Alat Rumah Tangga Lainnya	469	Buah
9	Instalasi Pembangkit Listrik Tenaga Diesel	3	Unit
10	Alat Pengolahan Air Limbah	1	Unit
11	Jaringan Gas	1	Unit
12	Alat Komunikasi	60	Unit
13	Alat Dapur	56	Buah
14	Alat CCSD	4	Unit

2.1.4.3 Fasilitas Tempat Tidur

Fasilitas Tempat Tidur dengan jumlah total 842 TT dengan uraian sebagai berikut :



Grafik 19. Jumlah Tempat Tidur Tahun 2014

2.3 Kinerja Aspek Keuangan

Laporan kinerja keuangan RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar selama kurun waktu dari tahun 2010 – 2013 mengalami peningkatan berdasarkan hasil evaluasi dari tim auditor independen (KAP) sebagai berikut:

Tabel 7. Kinerja Keuangan 2010 - 2013

No	Tahun	Capaian Kinerja	Tingkat Kesehatan
1	2010	74,15	(A)
2	2011	74,80	(A)
3	2012	75,30	(A)
4	2013	81,92	(AA)

Gambaran keuangan RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar sampai dengan tahun 2013 adalah sebagai berikut:

2.2.1 Neraca Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah)

Tabel 8. Neraca 2010 - 2013

NO	URAIAN	REALISASI TB 2010 - 2013			
		2010	2011	2012	2013
I	AKTIVA LANCAR				
1	Kas dan Setara Kas	56.357	69.906	85.052	105.671
2	Piutang Pelayanan	36.787	58.605	65.967	50.111
	Penyisihan Piutang Pelayanan	(907)	(401)	(737)	(755)
	Piutang Pelayanan Bersih	35.880	58.204	65.230	49.356
3	Piutang Lain – lain				21
	Penyisihan Lain - Lain Bersih	-	-	-	21
4	Uang Muka Kerja (UMK)				
5	Persediaan	9.480	10.213	16.853	15.440
	Jumlah Aktiva Lancar	101.717	138.323	167.135	170.467
II	AKTIVA TAK LANCAR				
	Aktiva Pajak Tangguhan – Bersih				
	Aktiva Tetap				
1	Tanah	85.777	85.777	85.777	85.777
2	Gedung / Bangunan	231.792	239.946	221.153	228.244
3	Mesin dan Peralatan Mesin	157.855	247.976	298.217	356.775
4	Fisik Lainnya	40.651	36.714	47.282	52.024
	Nilai Perolehan Aktiva Tetap	516.075	610.413	652.429	722.820
	Penyusutan Aktiva Tetap	(48.205)	(83.050)	(140.671)	(280.908)
	Nilai Buku Aktiva Tetap	467.870	527.363	511.758	441.912
III	AKTIVA TAK BERWUJUD				
1	Pendapatan Yang akan diterima				28.110
2	Aktiva Tak Berwujud		80	501	993
3	Akumulasi Amortisasi Aktiva Tak Berwujud				(198)
	Nilai Aktiva Tak Berwujud	-	80	501	795
IV	AKTIVA LAIN – LAIN	-	-	420	2.251
	Jumlah Aktiva Lain - Lain			420	2.251
	Jumlah Aktiva	569.587	665.766	79.814	643.535
V	KEWAJIBAN LANCAR	16.661	26.942	45.405	37.792
1	Hutang Usaha	16.661	26.942	45.405	37.792
2	Pendapatan Diterima di muka	25.762	36.371	10.351	233
3	Pendapatan Sewa Diterima Dimuka		94	22	
4	Beban Yang Masih Harus Dibayar	4.825	7.773	22.288	8.441
5	Kewajiban Jangka Pendek Lainnya				
	Jumlah Kewajiban Lancar	47.248	71.180	78.066	46.466
VI	EKUITAS AWAL				
1	Ekuitas Awal	271.639	71.639	271.639	01.748
2	Surplus dan Defisit Tahun Lalu	140.273	86.316	58.514	1.151
3	Surplus dan Defisit Tahun Berjalan	46.043	72.247	7.211	(5.830)
4	Ekuitas Donasi	64.384	64.384	64.384	
	Jumlah Aktiva Bersih	522.339	94.586	601.748	597.069
	Jumlah Kewajiban dan Aktiva Bersih	569.587	665.766	679.814	643.535

2.2.2 Laporan Operasional Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah)

Tabel 9. Laporan Operasional 2010 - 2013

NO	URAIAN	REALISASI TB 2009 - 2013			
		2010	2011	2012	2013
I	PERUBAHAN AKTIVA BERSIH TIDAK TERIKAT				
	1. Pendapatan Operasional Rawat Jalan	131.695	157.463	224.747	135.849
	2. Pendapatan Operasional Rawat Inap	79.347	87.135	89.237	239.167
	3. Pendapatan Operasional Instalasi Gawat Darurat	13.704	7.531	9.308	14.346
	4. Pendapatan Operasional Lainnya	13.704	7.531	9.308	14.346
	Jumlah Penghasilan Operasional Sebelum Kerugian	224.746	252.129	323.292	389.362
	5. Hibah/Donasi/Sumbangan Non Pemerintah		601	743	3.449
	Penghasilan Bersih	224.746	252.730	324.035	392.811
	Jumlah Penghasilan Operasional (Fungsional)	224.746	252.730	324.035	392.811
	Pendapatan Non Operasional				
	Pendapatan APBN	117.225	157.476	116.346	157.642
	Jumlah Penghasilan & Sumbangan Tidak Terikat	341.971	410.206	440.381	550.453
II	BEBAN				
1	Beban Pelayanan				
	1.1. Beban Pegawai	45.081	49.468	58.297	65.475
	1.2. Beban Bahan / Obat / Alkes	76.798	85.374	107.641	122.004
	1.3. Beban Jasa Pelayanan	51.846	56.003	85.538	86.706
	1.4. Beban Langganan Daya dan Jasa	2.978	4.566	5.659	6.379
	1.5. Beban Subsidi Pasien	60.540	61.976	70.673	82.028
	1.6. Beban Penyusutan	20.441	28.288	51.695	104.349
	1.7. Beban Suku Cadang dan Pemel. Sarana Medik	1.878	937	1.634	3.548
	1.8. Beban Pelatihan Tenaga Medis	700	710	845	1.017
	1.9. Beban Lain - Lain		6.845		
	Total Beban Pelayanan	239.821	265.879	330.287	367.157
2	Beban Umum dan Administrasi				
	2.1. Beban Pegawai	3.275	4.264	6.497	8.764
	2.2. Beban Pemel. Sarana Non Medis (suku cad. Listr)	5.065	4.126	5.144	6.766
	2.3. Beban Langganan Daya dan Jasa	729	1.141	998	1.125
	2.4. Beban Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	2.835	2.064	3.777	3.575
	2.5. Beban Sanitasi & Kebersihan	138	642	771	1.180
	2.6. Beban Penyisihan Kerugian Piutang	401	505	632	93
	2.7. Beban Penyusutan	5.973	6.460	5.875	35.887
	2.8. Beban Umum dan Adm. Lainnya	17.250	24.590	20.395	26.770
	2.9. Beban Amortisasi				198
	Total Beban Umum dan Administrasi	29.693	37.332	38.214	48.471
	Jumlah Beban	269.514	303.211	368.501	415.628
III	SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS KEUNTUNGAN /(KERUGIAN) LAIN - LAIN	72.457	106.995	71.880	134.825
	Keuntungan (Kerugian) Lain - lain				
	3.1. Keuntungan (Kerugian) Penj./Pelepasan				
	3.2. Keuntungan (Kerugian) Perubahan Nilai Aset			7.099	419
	3.3. Keuntungan (Kerugian) Perubahan Met.Peng.				
	3.4. Keuntungan (Kerugian) Lainnya				
	Surplus / (Defisit) Non Operasional			7.099	419
	SURPLUS/(DEFISIT) TAHUN BERJALAN	72.457	106.995	64.781	134.406
	SURPLUS/(DEFISIT) TAHUN BERJALAN DILUAR PENDAPATAN APBN	(44.768)	(50.481)	(44.466)	(22.817)

2.2.3 Laporan Arus Kas Tahun 2010 - 2013 (dalam jutaan rupiah)

Tabel 10. Laporan Arus Kas 2010 - 2013

NO	URAIAN	REALISASI TB 2009 - 2013			
		2010	2011	2012	2013
I	Aliran Kas dari Aktivitas Operasi				
	Kas dari Pendapatan Jasa	129.263	154.145	235.651	280.357
	Kas dari Penyumbang/Hibah		601	743	787
	Penerimaan APBN	117.225	157.479	116.346	157.645
	Pendapatan Usaha Lainnya	13.705	13.779	9.307	5.063
	Dana Jamkesmas	25.763	72.025	40.352	60.731
	Penerimaan Lainnya				8.847
	Kas Bersih yang Diterima (digunakan) untuk aktivitas Operasi	285.956	398.029	402.399	513.430
II	Aliran Kas dari Aktivitas Investasi				
	Pembelian Aktiva Tetap dan Terikat Berwujud	(47.625)	(89.898)	(47.409)	(68.316)
	Kas Bersih yang Diterima (digunakan) untuk aktivitas Investasi	(47.625)	(89.898)	(47.409)	(68.316)
III	Aliran Kas Untuk Aktivitas Pelayanan				
	Beban Layanan	(99.350)	(197.965)	(172.982)	(308.047)
	Beban Umum & Administrasi	(106.220)	(34.566)	(100.451)	(45.387)
	Beban Lainnya	(3.156)	(62.050)	(66.411)	(71.083)
	Penggunaan Panjar	-			
	Arus Kas Untuk Aktivitas Pelayanan	208.726	294.581	(339.844)	(424.517)
IV	Kenaikan (Penurunan) bersih dalam Kas & Setara Kas				
	Kenaikan (Penurunan) Neto Kas	29.605	13.550	15.146	20.597
	Kas & Setara Kas Pada Awal Tahun	26.751	56.356	69.906	85.052
	Kas & Setara Kas Pada Akhir Tahun	56.356	69.906	85.052	105.649

BAB III

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGI

3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi & Tata Nilai

Mengacu pada visi Rencana Aksi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan yaitu Akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat, dan semakin tingginya tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan khususnya RS Pemerintah serta isu-isu strategis dan aspirasi stakeholder inti yang kemudian dilakukan proses analisis lingkungan baik internal maupun eksternal melalui Analisis SWOT, maka dirumuskan visi RS Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah :

***“MENJADI *ACADEMIC HEALTH CENTER* TERKEMUKA DI INDONESIA
TAHUN 2019”***

Untuk mencapai visi RS Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar dan mendukung tercapainya Visi dan Misi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan maka dirumuskan

Misi RS Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah :

- 1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian bidang kesehatan berkualitas yang terintegrasi, holistik dan profesional**
- 2. Menumbuhkembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif**
- 3. Mengampu RS Jejaring di wilayah Indonesia Timur**

3.2 Aspirasi Stakeholder Inti

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

Tabel 11. Aspirasi Stakeholder Inti

NO	STAKEHOLDERS INTI	HARAPAN	KEKHAWATIRAN
1	Kementerian Kesehatan	Rujukan Nasional, dokter layanan primer, kemudahan akses dan kualitas Terwujudnya Academic Health Center	Pencapaian target kinerja
2	Dewan Pengawas	RSWS sebagai RS Pendidikan terkemuka, pelayanan berstandar internasional dan menghasilkan tenaga kesehatan profesional dan mengembangkan iptek kedokteran yang dapat dimanfaatkan di klinik	Komitmen pimpinan RSWS & FKUH
3	FK UNHAS	Mendukung kegiatan pendidikan dan penelitian yang menunjang pelayanan	Komitmen SDM (RSWS & FK UNHAS)
4	Dinas Kesehatan Propinsi	Pembina bagi RS yang ada di Sulsel	Akselerasi Pemenuhan Permintaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan
5	Dinas Kesehatan Kota	RSWS memberikan pelayanan dengan mengutamakan hak-hak pasien	Kesanggupan RSWS Bersaing dengan RS lain
6	Pasien	Pelayanan yang berkualitas dan mengutamakan keselamatan pasien	Pelayanan administrasi yang berbelit-belit dan pasien sebagai subjek pendidikan, pelayanan yang kurang ramah
6	LSM (Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia)	RSWS memperhatikan pemenuhan Hak-hak Pasien seperti Hak Informasi, Kenyamanan, Privasi, dll	Kemampuan RSWS melakukan pelayanan dengan Standar Internasional
7	Peserta Didik	Keseimbangan antara pendidikan dan pelayanan	Rasio peserta didik dengan dodiknis yang masih kurang
8	Karyawan RSWS	Budaya, Sistem Kerja yang nyaman dan peningkatan kesejahteraan karyawan	Komitmen SDM

3.3 Tantangan Strategis

- 1. Mewujudkan dan mempertahankan Akreditasi JCI sebagai Academic Medical Center**
- 2. Peningkatan kemampuan (SDM dan fasilitas) dalam menangani kasus sulit untuk mewujudkan RSWS sebagai Rujukan Nasional di Indonesia Bagian Timur**
- 3. Integrasi dengan Fakultas Kedokteran dan RS UNHAS menuju AHC**
- 4. Kesiapan RS dalam menghadapi Universal Coverage JKN**
- 5. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway**
- 6. Mewujudkan Cost Containment**
- 7. Mengoptimalkan sistem rujukan atas bawah**
- 8. Peningkatan kesejahteraan karyawan dan lingkungan kerja yang nyaman**

3.4 Benchmarking

1. RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO

Pusat Rujukan Nasional dan RS Vertikal Pertama yang terakreditasi JCI

2. NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL (NUH)

Terakreditasi JCI, Academic Health Center dengan Integrasi beberapa institusi

3.5 Analisis SWOT

3.5.1 Analisis Internal

Analisis internal dilihat dari 2 aspek sebagai berikut :

3.5.1.1 Kekuatan (Strength)

Tabel 12. Analisis Internal (Kekuatan)

NO	KEKUATAN (STRENGTH)	BOBOT	RATING	SKOR
1	RS Pusat rujukan nasional untuk KTI	0,200	70	14,00
2	Terakreditasi paripurna nasional	0,200	60	12,00
3	Terakreditasi Internasional sebagai AMC oleh JCI	0,200	70	14,00
4	Memiliki dokter spesialis dan subspesialis	0,100	50	5,00
5	Memiliki tenaga keperawatan spesialis	0,025	30	0,75
6	Memiliki SIMRS yang mandiri	0,100	40	4,00
7	Remunerasi berbasis kinerja	0,100	40	4,00
8	Memiliki 7 pusat pelayanan unggulan	0,075	70	5,25
		1,00		59,00

3.5.1.2 Kelemahan (Weakness)

Tabel 13. Analisis Internal (Kelemahan)

NO	KELEMAHAN (WEAKNESS)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Disiplin dan komitmen SDM masih rendah	0,200	70	14,00
2	Terbatasnya dana untuk pemeliharaan dan pengembangan fasilitas	0,075	60	4,50
3	Terbatasnya dana untuk pengembangan SDM	0,075	70	5,25
4	Sistem manajemen belum efektif dan belum berjalan sebagaimana mestinya	0,100	60	6,00
5	Clinical pathway belum dilaksanakan secara maksimal	0,200	70	14,00
6	Proporsi peserta didik terhadap jumlah pasien belum berimbang	0,100	70	7,00
7	Proporsi tenaga pendidik terhadap peserta didik belum berimbang	0,100	70	7,00
8	Belum maksimalnya integrasi proses pendidikan dan pelayanan	0,150	60	9,00
		1,00		66,75

3.5.2 Analisis Eksternal

3.5.2.1 Peluang (Opportunity)

Tabel 14. Analisis Eksternal (Peluang)

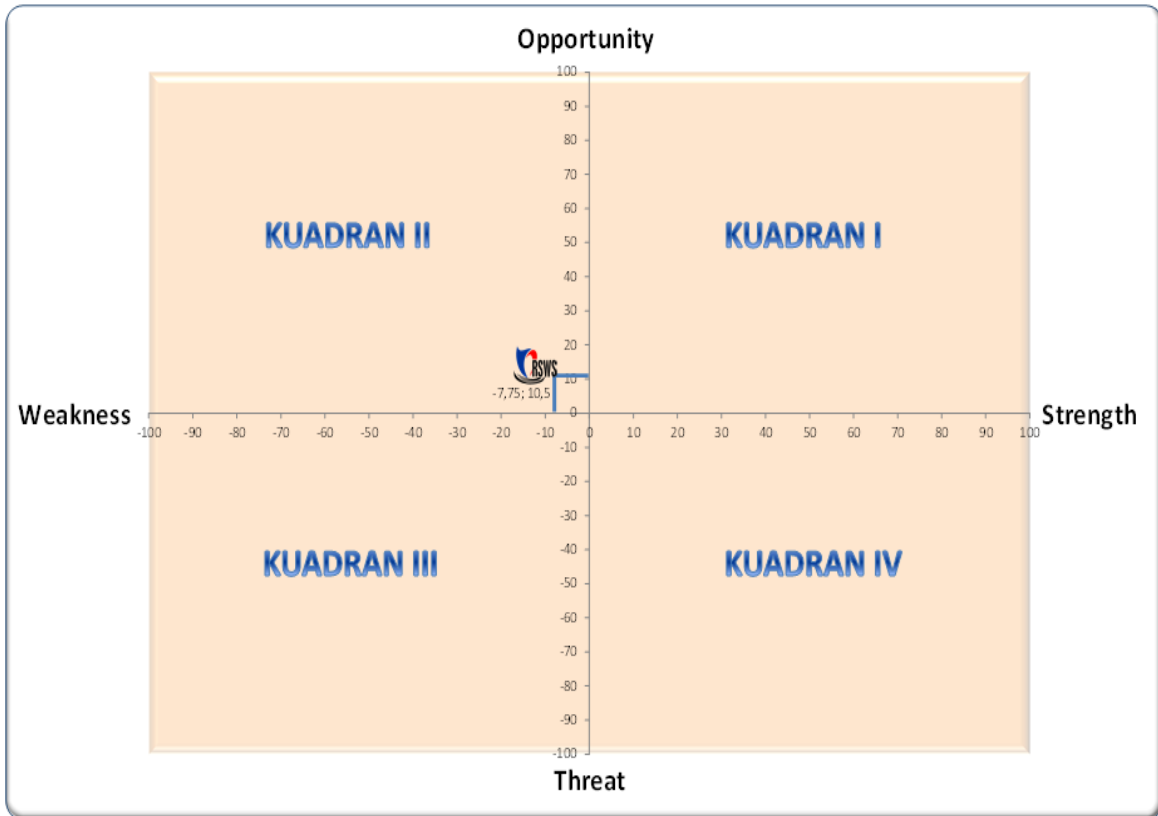
NO	PELUANG (OPPORTUNITY)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Perdagangan bebas dibidang kesehatan (AFTA) 2015	0,100	60	6,00
2	Makassar sebagai pusat kegiatan ekonomi di KTI	0,150	70	10,50
3	Tingginya pertumbuhan ekonomi Sulawesi Selatan	0,200	70	14,00
4	Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas	0,150	70	10,50
5	Tingginya minat instansi pemerintah dan swasta untuk menjalin kerjasama	0,100	70	7,00
6	All Coverage JKN	0,200	80	16,00
7	Integrasi dengan RS UNHAS	0,100	70	7,00
		1,00		71,00

3.5.2.2 Ancaman (Threat)

Tabel 15. Analisis Eksternal (Ancaman)

NO	ANCAMAN (THREAT)	BOBOT	RATING	SKOR
1	Masuknya tenaga kesehatan dari luar negeri	0,150	50	7,50
2	Image masyarakat yang kurang baik terhadap RS pendidikan	0,200	60	12,00
3	Tingginya minat masyarakat yang berobat keluar negeri	0,150	40	6,00
4	Ketidakpastian regulasi terkait AHC	0,200	90	18,00
5	Persaingan RS yang semakin tinggi	0,100	60	6,00
6	Kenaikan harga obat dan bahan medis	0,100	50	5,00
7	Pesatnya kemajuan IPTEK Kesehatan	0,100	60	6,00
		1,00		60,50

3.6 Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis



Gambar 3. Diagram Kartesius

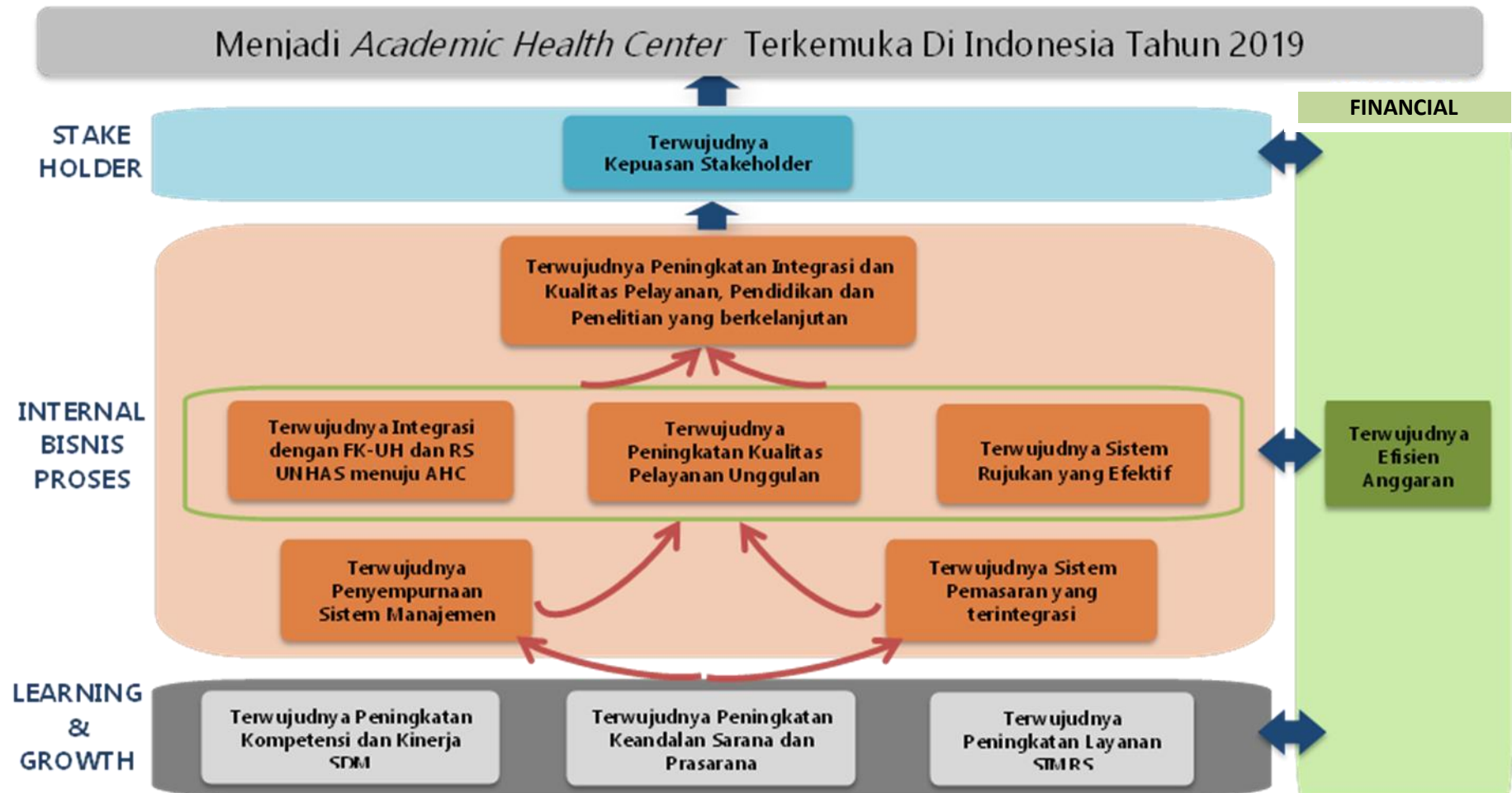
Rekomendasi Strategi : Penyempurnaan Sistem Manajemen dan implementasi pemasaran yang terintegrasi untuk meningkatkan daya saing

3.7 Analisa TOWS

Tabel 16. Matriks TOWS

	Opportunity	Threat
Strength	1. Meningkatkan daya saing dengan memaksimalkan pelayanan unggulan (O1, O2, O3, O4, S1, S2, S3, S4, S5) 2. Terwujudnya pengembangan SISROUTE dan PACS Radiologi sebagai bagian dari pengembangan layanan SIMRS (S6, O1, O6, O7) 3. Optimalisasi kemitraan dengan RS dan lembaga internasional (S3, O1)	1. Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kinerja SDM (S4, S5, S7, T1, T2, T5) 2. Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif (S1, S2, S3, T2) 3. Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berkelanjutan (S1, S2, S3, T1, T2, T3, T5)
Weakness	1. Terwujudnya kepuasan stakeholder (O1, O2, O3, O4, O6, W1, W2, W7, W8) 2. Terwujudnya integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS (O1, O7, W5, W6, W7) 3. Terwujudnya sistem pemasaran yang terintegrasi (O4, O5, W4)	1. Terwujudnya efisiensi anggaran (W2, W3, T6, T7) 2. Penyempurnaan Sistem manajemen (W1, W4, W5, T4, T5) 3. Peningkatan keandalan sarana dan prasarana (W2, T7)

3.8 Rancangan Peta Strategis *Balance Scorecard* (BSC)



Gambar 4. Rancangan Peta Strategis

BAB IV

INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

4.1 Matriks IKU

Tabel 17. Matriks Indikator Kinerja Utama 2015 - 2019

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	BOBOT	BASELINE DATA	Target IKU				
					2015	2016	2017	2018	2019
S	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	Indeks kepuasan pasien	6	80	82	82,5	83	83,5	84
		Indeks kepuasan peserta didik	6	73	75	77	79	80	82
		Indeks kepuasan staf	6	81	82	82,5	83	83,5	84
		Tingkat kesehatan BLU	5	AA	AA	AA	AA	AA	AA
IBP – 1	Terwujudnya Peningkatan Integrasi dan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Kepatuhan implementasi Clinical Pathway (LOS)	3	Indikator Baru	70%	75%	80%	80%	80%
		% Lulusan dengan predikat sangat memuaskan	2	Indikator Baru	17%	18%	19%	40%	43%
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan	3	Indikator Baru	50	55	60	65	70
		Reakreditasi	6	KARS & JCI AMC	Survey Verifikasi	KARS	JCI	Survey Verifikasi	KARS
IBP – 2	Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS menuju AHC	Modul layanan dan pendidikan yang terintegrasi	3	Indikator Baru	1 Modul	1 Modul	1 Modul	1 Modul	1 Modul
		Tahapan fungsi yang terintegrasi	5	Indikator Baru	Fungsional	Board Management	Medik & Penunjang Tahap I	Medik & Penunjang Tahap II	Medik & Penunjang Tahap III

Tabel 18. Matriks Indikator Kinerja Utama 2015 – 2019 (Lanjutan)

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	BOBOT	Target IKU				
				2015	2016	2017	2018	2019
IBP – 3	Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan	Unit layanan unggulan dengan kinerja baik	3	3	4	4	5	6
IBP – 4	Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi	Pertumbuhan rujukan dari RS Pemerintah/Swasta yang bekerjasama	3	5%	10%	10%	10%	10%
IBP – 5	Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif	% kasus severity level 3	3	30%	31%	32%	21%	22%
		Jumlah RS Region yang dibina	3	2	3	4	5	5
IBP – 6	Terwujudnya penyempurnaan Sistem Manajemen	% ketepatan waktu layanan	5	44%	55%	66%	78%	89%
LG-1	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	% staf diarea kritis yang tersertifikasi	6	40%	55%	70%	80%	90%
		% dodiknis yang tersertifikasi	6	60%	70%	80%	90%	95%
		% Staf dengan kinerja excellent	6	6%	7%	8%	9%	10%
		Indeks Budaya Korporat	6	3	3,15	3,25	3,35	3,5
LG-2	Terwujudnya peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	OEE alat medik utama	3	85%	85,5%	86%	86,5%	87%
		OEE prasarana utama	3	95%	95,5%	96%	96,5%	97%
LG-3	Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM-RS	% modul SIM RS yang terintegrasi	5	18%	55%	64%	91%	100%
F	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	3	75%	78%	80%	85%	88%

4.2 Kamus IKU

4.2.1 Indeks Kepuasan Pasien

Perspektif	:	Customer										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder										
IKU	:	Indeks Kepuasan Pasien										
Definisi	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004)										
Formula	:	$((\text{Nilai Rata-rata Unsur 1} \times 0,071) + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 2} \times 0,071) \dots (\text{Nilai Rata-rata Unsur 14} \times 0,071)) \times 25$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur Umum dan Operasional										
Sumber Data	:	Hasil Survey Kepuasan Pasien										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>82</td><td>82,5</td><td>83</td><td>83,5</td><td>84</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	82	82,5	83	83,5	84
2015	2016	2017	2018	2019								
82	82,5	83	83,5	84								

4.2.2 Indeks Kepuasan Peserta Didik

Perspektif	:	Customer										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder										
IKU	:	Indeks Kepuasan Peserta Didik										
Definisi	:	Kepuasan peserta didik adalah pernyataan tentang persepsi peserta didik selama dalam masa pendidikan terhadap pelayanan dan proses pendidikan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan peserta didik. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan peserta didik untuk mengetahui tingkat kepuasan peserta didik dengan mengacu pada teori kepuasan Parasuraman yaitu Reliability (X ₁), Assurance (X ₂), Tangible (X ₃), Emphaty (X ₄), Responsiveness (X ₅) dan Pedoman Kepmenpan No. KEP/25M.PAN/2/2004)										
Formula	:	$\frac{((\text{Rata-rata } (X_1) + (\text{Rata-rata } X_2) + \dots (\text{Rata-rata } X_5))}{\text{Jumlah Unsur yang Disurvey}} \times 25$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Hasil Survey Kepuasan Peserta Didik										
Periode Pelaporan	:	Semester										
Target	:	<table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>75</td><td>77</td><td>79</td><td>80</td><td>82</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	75	77	79	80	82
2015	2016	2017	2018	2019								
75	77	79	80	82								

4.2.3 Indeks Kepuasan Karyawan

Perspektif	:	Customer										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder										
IKU	:	Indeks Kepuasan Karyawan										
Definisi	:	Kepuasan karyawan adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh karyawan terhadap 6 faktor yaitu : 1) Pekerjaan itu sendiri (X₁) 2) Upah / Gaji (X₂) 3) Peluang untuk maju (X₃) 4) Supervisi (X₄) 5) Rekan Kerja (X₅) 6) Keamanan dan Kenyamanan Kerja (X₆)										
Formula	:	$\frac{((\text{Rata-rata } (X_1)) + ((\text{Rata-rata } (X_2)) + \dots (\text{Rata-rata } (X_6)))}{\text{Jumlah Unsur yang Disurvey}} \times 25$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Hasil Survey Kepuasan Karyawan										
Periode Pelaporan	:	Semester										
Target	:	<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>82</td> <td>82,5</td> <td>83</td> <td>83,5</td> <td>84</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	82	82,5	83	83,5	84
2015	2016	2017	2018	2019								
82	82,5	83	83,5	84								

4.2.4 Tingkat Kesehatan RS

Perspektif	:	Customer										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder										
IKU	:	Tingkat Kesehatan RS										
Definisi	:	Tingkat Kesehatan RS adalah Hasil Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum sesuai dengan pedoman yang berlaku yaitu Perdirjen Perbendaharaan No. 24/PB/2018 ataupun perubahannya										
Formula	:	Hasil Perhitungan Indikator Keuangan + Hasil Perhitungan Indikator Layanan + Hasil Perhitungan Indikator Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat										
Bobot IKU (%)	:	5%										
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Laporan Tahunan										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<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</td> <td>AA</td> <td>AA</td> <td>AA</td> <td>AA</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	AA	AA	AA	AA	AA
2015	2016	2017	2018	2019								
AA	AA	AA	AA	AA								

4.2.5 Modul Layanan dan Pendidikan yang Terintegrasi

Perspektif	:	Proses Bisnis Internal														
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS Menuju AHC														
IKU	:	Modul Layanan dan Pendidikan yang Terintegrasi														
Definisi	:	Modul Layanan dan Pendidikan yang Terintegrasi adalah bahan belajar yang dirancang berdasarkan layanan yang ada di unit kerja yang dikemas dalam bentuk satuan pembelajaran yang memungkinkan dipelajari secara mandiri. Modul yang dimaksud mencakup ruang lingkup kegiatan di unit layanan yang sesuai dengan standar JCI														
Formula	:	Modul yang diterbitkan sesuai unit layanan yang direncanakan														
Bobot IKU (%)	:	3%														
Person In Charge	:	Direktur Medik dan Keperawatan														
Sumber Data	:	Modul yang diterbitkan														
Periode Pelaporan	:	Tahunan														
Target	:	<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>1 Modul (Gawat Darurat)</td><td>1 Modul (Intensive Care)</td><td>1 Modul (OK)</td><td>1 Modul (Rawat Inap)</td><td>1 Modul (Rawat Jalan)</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	1 Modul (Gawat Darurat)	1 Modul (Intensive Care)	1 Modul (OK)	1 Modul (Rawat Inap)	1 Modul (Rawat Jalan)				
2015	2016	2017	2018	2019												
1 Modul (Gawat Darurat)	1 Modul (Intensive Care)	1 Modul (OK)	1 Modul (Rawat Inap)	1 Modul (Rawat Jalan)												

4.2.6 Tahapan Fungsi AHC yang Terintegrasi

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS Menuju AHC										
IKU	:	Tahapan Fungsi AHC yang Terintegrasi										
Definisi	:	Tahapan Fungsi AHC yang Terintegrasi adalah Fungsi organisasi antara RSWS, FKUH dan RS UNHAS yang terintegrasi. Board Management yang dimaksud adalah Badan yang dibentuk yang didalamnya terdapat perwakilan FKUH, RSP UNHAS dan RSWS untuk melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian secara terintegrasi										
Formula	:	Fungsi AHC yang terintegrasi sesuai yang direncanakan										
Bobot IKU (%)	:	5%										
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Laporan Kegiatan Tahapan Integrasi										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>Fungsional</td><td>Board Management</td><td>Medik & Penunjang Tahap I</td><td>Medik & Penunjang Tahap II</td><td>Medik & Penunjang Tahap III</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	Fungsional	Board Management	Medik & Penunjang Tahap I	Medik & Penunjang Tahap II	Medik & Penunjang Tahap III
2015	2016	2017	2018	2019								
Fungsional	Board Management	Medik & Penunjang Tahap I	Medik & Penunjang Tahap II	Medik & Penunjang Tahap III								

4.2.7 Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway (LOS)

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan				
IKU	:	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway				
Definisi	:	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway adalah adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam memberikan asuhan klinis pasien sesuai Clinical Pathway sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis, dengan menggunakan indikator outcome yaitu Length of Stay dari masing-masing Clinical Pathway				
Formula	:	$\frac{\text{LOS Clincial Pathway yang sesuai}}{\text{Jumlah Seluruh Clinical Pathway}} \times 100 \%$				
Bobot IKU (%)	:	3%				
Person In Charge	:	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	:	Laporan Berkala				
Periode Pelaporan	:	Triwulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		70%	75%	80%	80%	80%

4.2.8 % Lulusan dengan Predikat Sangat Memuaskan

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan				
IKU	:	Lulusan dengan IPK rata-rata 3				
Definisi	:	Lulusan dengan IPK rata-rata 3 adalah mahasiswa Pendidikan Kedokteran yang lulus dengan IPK minimal 3 dan tepat waktu				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah lulusan Pendidikan Kedokteran dengan IPK minimal 3}}{\text{Jumlah seluruh lulusan Pendidikan Kedokteran}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	:	2%				
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber Data	:	Bakordik				
Periode Pelaporan	:	Triwulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		17%	18%	19%	40%	43%

4.2.9 Jumlah Penelitian yang dipublikasikan

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan				
IKU	:	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan				
Definisi	:	Penelitian yang dipublikasikan adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa, dosen maupun pegawai yang dipublikasikan secara Nasional maupun Internasional				
Formula	:	Jumlah penelitian yang dipublikasikan baik secara Nasional maupun Internasional				
Bobot IKU (%)	:	3%				
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber Data	:	Bakordik				
Periode Pelaporan	:	Triwulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		50	55	60	65	70

4.2.10 Reakreditasi

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan				
IKU	:	Reakreditasi				
Definisi	:	Reakreditasi adalah proses penilaian akreditasi baik Nasional oleh KARS maupun Internasional oleh JCI				
Formula	:	Hasil Penilaian Akreditasi yang diperoleh saat penilaian				
Bobot IKU (%)	:	6%				
Person In Charge	:	Direktur Utama				
Sumber Data	:	Komite Mutu dan Keselamatan Pasien				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		Survey Verifikasi	KARS	JCI	Survey Verifikasi	KARS

4.2.11 Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan										
IKU	:	Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik										
Definisi	:	Unit Layanan Unggulan adalah <i>Center of Excellent</i> yang terdiri atas; 1. Cardiac Center 2. Private Care Center 3. Mother and Child Center 4. Gastroenterohepatology Center 5. Intensive Care Center 6. Infection Center Berkinerja Baik adalah Memenuhi kriteria yang ditetapkan yaitu : 1. LOS 2. Pasien Jatuh										
Formula	:	$\frac{\sum \text{Unit layanan unggulan yang berkinerja baik}}{\sum \text{Unit layanan unggulan}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>3</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	3	4	4	5	6
2015	2016	2017	2018	2019								
3	4	4	5	6								

4.2.12 Pertumbuhan Rujukan dari RS Pemerintah/Swasta yang Bekerjasama

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi										
IKU	:	Pertumbuhan Rujukan dari RS Pemerintah/Swasta yang Bekerjasama										
Definisi	:	Pertumbuhan Rujukan dari RS Pemerintah/ Swasta yang Bekerjasama adalah penambahan jumlah rujukan yang berasal dari RS Pemerintah/ Swasta yang bekerjasama. X_1 = Jumlah rujukan dari RS Pemerintah/Swasta yang Bekerjasama pada Tahun Berjalan X_2 = Jumlah rujukan dari RS Pemerintah/Swasta yang Bekerjasama pada Tahun Lalu										
Formula	:	$\frac{X_1 - X_2}{X_2} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Umum dan Operasional										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>5%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	5%	10%	10%	10%	10%
2015	2016	2017	2018	2019								
5%	10%	10%	10%	10%								

4.2.13 % Kasus Severity Level 3

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif										
IKU	:	% Kasus Severity Level 3										
Definisi	:	Kasus Severity Level 3 adalah kasus rawat inap dengan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan dengan kategori <i>major</i> komorbiditas dan komplikasi										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Kasus Severity Level 3}}{\text{Jumlah Seluruh Kasus}} \times 100 \%$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Medik dan Keperawatan										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>30%</td> <td>31%</td> <td>32%</td> <td>21%</td> <td>22%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	30%	31%	32%	21%	22%
2015	2016	2017	2018	2019								
30%	31%	32%	21%	22%								

4.2.14 Jumlah RS Region yang dibina

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif				
IKU	:	Jumlah RS Region yang dibina				
Definisi	:	RS Region yang dibina adalah RS Region sesuai dengan Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan nomor 15 tahun 2008 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dengan berdasarkan pada jumlah rujukan				
Formula	:	Jumlah RS Region yang dibina pada tahun berjalan				
Bobot IKU (%)	:	3%				
Person In Charge	:	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	:	Laporan Berkala				
Periode Pelaporan	:	Triwulanan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		2	3	4	5	5

4.2.15 % Ketepatan Waktu Pelayanan

Perspektif	:	Internal Bisnis Proses										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen										
IKU	:	% Ketepatan Waktu Layanan										
Definisi	:	Ketepatan Waktu Layanan adalah Ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada customer baik internal maupun eksternal. Ketepatan Waktu Layanan yang dimaksud adalah : 1) Layanan Rawat Jalan dengan Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan 2) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time II 3) Layanan Resep Obat Jadi dengan Indikator Waktu Tunggu Obat Jadi 4) Layanan Radiologi dengan Indikator Waktu Tunggu Radiologi 5) Layanan Laboratorium dengan Indikator Waktu Tunggu Laboratorium 6) Layanan Operasi dengan Indikator Waktu Tunggu Operasi Elektif 7) Layanan Administrasi Kepegawaian dengan Indikator Ketepatan Waktu Pengurusan Kepegawaian 8) Layanan Pembayaran Jasa/Insentif dengan Indikator Ketepatan Pembayaran Insentif/Remunerasi 9) Layanan Kalibrasi Alat dengan Indikator Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan (9 layanan)}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	5%										
Person In Charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>44%</td> <td>55%</td> <td>66%</td> <td>78%</td> <td>89%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	44%	55%	66%	78%	89%
2015	2016	2017	2018	2019								
44%	55%	66%	78%	89%								

4.2.16 % Staf di area kritis yang tersertifikasi

Perspektif	:	Learning ang Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM										
IKU	:	% Staf diarea kritis yang tersertifikasi										
Definisi	:	% Staf diarea kritis adalah jumlah staf diarea kritis yang telah mendapatkan sertifikasi pelatihan sesuai dengan standar. Area Kritis yang dimaksud adalah Gawat Darurat, Cardiac Center, Intensive Care Center, NICU, Infection Center										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah staf di area kritis yang telah tersertifikasi}}{\text{Jumlah seluruh staf di area kritis}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Bagian SDM										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>40%</td> <td>55%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	40%	55%	70%	80%	90%
2015	2016	2017	2018	2019								
40%	55%	70%	80%	90%								

4.2.17 % Dodiknis yang tersertifikasi

Perspektif	:	Learning and Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM										
IKU	:	% Dodiknis yang tersertifikasi										
Definisi	:	Dokter Pendidik Klinis yang tersertifikasi adalah dokter pendidik klinis yang telah mendapatkan sertifikasi kemampuan sebagai dokter pendidik klinis yaitu : 1) Good Clinical Practice 2) Pekerti 3) Metode Penelitian 4) Etik Dasar 5) Statistik										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis yang tersertifikasi}}{\text{Jumlah Dokter Pendidik Klinis}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Bagian Pendidikan dan Penelitian										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>95%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	60%	70%	80%	90%	95%
2015	2016	2017	2018	2019								
60%	70%	80%	90%	95%								

4.2.18 % Staf dengan Kinerja *Excellent*

Perspektif	:	Learning ang Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM										
IKU	:	% Staf dengan Kinerja <i>Excellent</i>										
Definisi	:	Kinerja Excellent adalah tingkat capaian kinerja yang melebihi target kinerja yang sudah ditentukan. Staf yang dimaksud adalah seluruh pegawai, baik Pegawai Negeri Sipil maupun Non PNS yang bekerja di RS Penilaian mengacu pada : 1) Capaian Indikator Kinerja Unit 2) Capaian Indikator Kinerja Individu 3) Pengamatan dan wawancara yang dilakukan oleh Tim Penilai										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah staf dengan kinerja } \textit{excellent}}{\text{Jumlah seluruh staf}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Hasil Penilaian Staf Excellent										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<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>6%</td> <td>7%</td> <td>8%</td> <td>9%</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	6%	7%	8%	9%	10%
2015	2016	2017	2018	2019								
6%	7%	8%	9%	10%								

4.2.19 Indeks Budaya Korporat

Perspektif	:	Learning ang Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM										
IKU	:	Indeks Budaya Korporat										
Definisi	:	Indeks Budaya Korporat adalah tolok ukur untuk mengetahui implementasi Budaya Korporat. Budaya Korporat adalah pola terpadu perilaku manusia termasuk pemikiran, tindakan dan pembicaraan yang dianut oleh karyawan RS yang membedakannya dengan RS lain. Budaya Korporat RS (PPKIRI) terdiri atas : 1. Peduli (X₁) 2. Profesional (X₂) 3. Kerjasama (X₃) 4. Integritas (X₄) 5. Ramah (X₅) 6. Inovatif (X₆)										
Formula	:	$\frac{\text{Rata2 (X}_1\text{) + Rata2 (X}_2\text{) + Rata2 (X}_3\text{) + Rata2 (X}_6\text{)}}{\Sigma \text{ Budaya Korporat}}$										
Bobot IKU (%)	:	6%										
Person In Charge	:	Direktur SDM dan Pendidikan										
Sumber Data	:	Hasil Survey Budaya Korporat										
Periode Pelaporan	:	Tahunan										
Target	:	<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>3</td> <td>3,15</td> <td>3,25</td> <td>3,35</td> <td>3,5</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	3	3,15	3,25	3,35	3,5
2015	2016	2017	2018	2019								
3	3,15	3,25	3,35	3,5								

4.2.20 OEE Alat Medik Utama

Perspektif	:	Learning and Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana										
IKU	:	OEE Alat Medik Utama										
Definisi	:	Alat Medik Utama yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta Overall Equipment Effectiveness adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : <i>Availability</i>, <i>Performance</i> dan <i>Quality</i> a = Runtime yang direncanakan b = Runtime aktual c = Produksi seharusnya d = Produksi yang dihasilkan e = Kualitas yang diharapkan f = Kualitas yang dihasilkan										
Formula	:	(<i>Availability</i> x <i>Performance</i> x <i>Quality</i>) $= \frac{b}{a} \times \frac{d}{c} \times \frac{f}{e} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Umum dan Operasional										
Sumber Data	:	Hasil Assessmen Berkala										
Periode Pelaporan	:	Semester										
Target	:	<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>85,5%</td> <td>86%</td> <td>86,5%</td> <td>87%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	85%	85,5%	86%	86,5%	87%
2015	2016	2017	2018	2019								
85%	85,5%	86%	86,5%	87%								

4.2.21 OEE sarana prasarana utama

Perspektif	:	Learning and Growth										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana										
IKU	:	OEE Prasarana Utama										
Definisi	:	Prasarana utama yang dimaksud adalah air, listrik dan gas medik Overall Equipment Effectiveness adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : <i>Availability</i>, <i>Performance</i> dan <i>Quality</i> a = Runtime yang direncanakan b = Runtime aktual c = Produksi seharusnya d = Produksi yang dihasilkan e = Kualitas yang diharapkan f = Kualitas yang dihasilkan										
Formula	:	$Availability \times Performance \times Quality$ $= \frac{b}{a} \times \frac{d}{c} \times \frac{f}{e}$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Umum dan Operasional										
Sumber Data	:	Hasil Assessmen Berkala										
Periode Pelaporan	:	Semester										
Target	:	<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>95%</td> <td>95,5%</td> <td>96%</td> <td>96,5%</td> <td>97%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	95%	95,5%	96%	96,5%	97%
2015	2016	2017	2018	2019								
95%	95,5%	96%	96,5%	97%								

4.2.22 % Modul SIM RS yang Terintegrasi

Perspektif	:	Learning and Growth				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM RS				
IKU	:	% Modul SIM RS yang Terintegrasi				
Definisi	:	Modul SIM RS yang Terintegrasi adalah Modul SIM RS yang terintegrasi antara satu modul dengan modul yang lain				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Modul SIM RS yang Terintegrasi}}{\text{Jumlah Modul yang direncanakan Terintegrasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	:	5%				
Person In Charge	:	Direktur Keuangan				
Sumber Data	:	Modul Aplikasi SIM RS				
Periode Pelaporan	:	Tahunan				
Target	:	2015	2016	2017	2018	2019
		18%	55%	64%	91%	100%

4.2.23 % Pembiayaan sesuai Kebutuhan

Perspektif	:	Financial										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran										
IKU	:	% Pembiayaan sesuai Kebutuhan										
Definisi	:	% Pembiayaan sesuai kebutuhan adalah pembiayaan kebutuhan yang sesuai dengan perencanaan dan studi kelayakan										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah Pembiayaan yang sesuai kebutuhan}}{\text{Jumlah seluruh pembiayaan}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	3%										
Person In Charge	:	Direktur Keuangan										
Sumber Data	:	Laporan Berkala										
Periode Pelaporan	:	Triwulanan										
Target	:	<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>75%</td> <td>78%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>88%</td> </tr> </tbody> </table>	2015	2016	2017	2018	2019	75%	78%	80%	85%	88%
2015	2016	2017	2018	2019								
75%	78%	80%	85%	88%								

4.3 Program Kerja Strategis

Tabel 19. Program Strategis 2015 – 2019

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS TIAP TAHUN				
			2015	2016	2017	2018	2019
S	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	Indeks Kepuasan Pasien	Evaluasi dan Peningkatan Kepuasan Pasien	Evaluasi dan Peningkatan Kepuasan Pasien	Evaluasi dan Peningkatan Kepuasan Pasien	Evaluasi dan Peningkatan Kepuasan Pasien	Evaluasi dan Peningkatan Kepuasan Pasien
		Indeks Kepuasan Peserta Didik	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap I	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap 2	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap 3	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap 4	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap 5
		Indeks Kepuasan Staf	Reward & Konsekuensi	Reward & Konsekuensi	Reward & Konsekuensi	Reward & Konsekuensi	Reward & Konsekuensi
		Tingkat Kesehatan BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	Peningkatan Kinerja BLU Berkelanjutan
IBP – 1	Terwujudnya Peningkatan Integrasi dan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway (LOS)	Optimalisasi Penerapan Clinical Pathway	Audit Medik	Audit Medik	Audit Medik	Audit Medik
		% Lulusan dengan predikat sangat memuaskan	Supervisi PPDS	Supervisi PPDS	Supervisi PPDS	Supervisi PPDS	Supervisi PPDS
		Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	Kerjasama dengan pihak ketiga	Pengembangan Penelitian per SMF thp 1	Pengembangan Penelitian per SMF thp 2	Pengembangan Penelitian per SMF thp 3	Pengembangan Penelitian per SMF thp 4

Tabel 20. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS TIAP TAHUN				
			2015	2016	2017	2018	2019
IBP – 1	Terwujudnya Peningkatan Integrasi dan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Reakreditasi	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan
IBP – 2	Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS menuju AHC	Modul layanan dan pendidikan yang terintegrasi	Peningkatan Kualitas Pendidikan	Peningkatan Kualitas Pendidikan	Peningkatan Kualitas Pendidikan	Peningkatan Kualitas Pendidikan	Peningkatan Kualitas Pendidikan
		Tahapan Fungsi yang Terintegrasi	Integrasi Fungsi AHC Tahap I	Integrasi Fungsi AHC Tahap II	Integrasi Fungsi AHC Tahap III	Integrasi Fungsi AHC Tahap IV	Integrasi Fungsi AHC Tahap V
IBP – 3	Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan	Unit layanan unggulan dengan kinerja baik	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 1	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 2	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 3	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 4	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 5
IBP – 4	Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi	Pertumbuhan rujukan dari RS Pemerintah/ Swasta yang bekerjasama	Pemasaran Terintegrasi Tahap 1	Pemasaran Terintegrasi Tahap 2	Pemasaran Terintegrasi Tahap 3	Pemasaran Terintegrasi Tahap 4	Pemasaran Terintegrasi Tahap 5

Tabel 21. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS TIAP TAHUN				
			2015	2016	2017	2018	2019
IBP – 5	Terwujudnya Sistem Rujukan yang efektif	% Kasus Severity Level 3	Evaluasi Kasus Rujukan Tahap I Advokasi Hasil Evaluasi Kasus Rujukan	Evaluasi Kasus Rujukan Tahap II Advokasi Hasil Evaluasi Kasus Rujukan	Evaluasi Kasus Rujukan Tahap III Advokasi Hasil Evaluasi Kasus Rujukan	Evaluasi Kasus Rujukan Tahap IV Advokasi Hasil Evaluasi Kasus Rujukan	Evaluasi Kasus Rujukan Tahap V Advokasi Hasil Evaluasi Kasus Rujukan
		Jumlah RS Region yang dibina	Pembinaan Manajemen RS Tahap I	Pembinaan Manajemen RS Tahap II	Pembinaan Manajemen RS Tahap III	Pembinaan Manajemen RS Tahap IV	Pembinaan Manajemen RS Tahap V
IBP – 6	Terwujudnya penyempurnaan Sistem Manajemen	% ketepatan waktu pelayanan	• Reduksi Waktu Tunggu Pelayanan • Penyempurnaan Manajemen Operasi • Kerjasama dgn pihak ke3 untuk kalibrasi alat	• Penyempurnaan Manajemen Pelayanan Laboratorium • Optimalisasi SIMPEG • Sinkronisasi antara SIM RS dengan SKP	• Rekrutmen dan realokasi tenaga • Sinkronisasi antara SIM RS dengan SKP	Maintain and Develop	Maintain and Develop
LG-1	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	% staf diarea kritis yang tersertifikasi	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanj. Tahap 1	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanj. Tahap 2	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanj. Tahap 3	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanj. Tahap 4	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanj. Tahap 5
		% dodiknis yang tersertifikasi	Sertifikasi Dodiknis	Sertifikasi Dodiknis	Sertifikasi Dodiknis	Sertifikasi Dodiknis	Sertifikasi Dodiknis

Tabel 22. Program Strategis 2015 – 2019 (Lanjutan)

PERSP.	SASARAN STRATEGIS	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS TIAP TAHUN				
			2015	2016	2017	2018	2019
LG-1	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	% Staf dengan kinerja excellent	Reward dan Konsekuensi	Reward dan Konsekuensi	Reward dan Konsekuensi	Reward dan Konsekuensi	Reward dan Konsekuensi
		Indeks Budaya Korporat	Optimalisasi Penerapan Budaya Korporat	Pelatihan Service Of Excellent Tahap 1	Pelatihan Service Of Excellent Tahap 2	Pelatihan Service Of Excellent Tahap 3	Pelatihan Service Of Excellent Tahap 4
LG-2	Terwujudnya peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	OEE alat medik utama	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan KSO Alat Medik	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan
		OEE prasarana utama					
LG-3	Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM-RS	% Modul SIM RS yang terintegrasi	Penyempurnaan Layanan SIM RS	Pengembangan Layanan SIM RS Tahap 1	Pengembangan Layanan SIM RS Tahap 2	Pengembangan Layanan SIM RS Tahap 3	Pengembangan Layanan SIM RS Tahap 4
F	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan

BAB V

ANALISA DAN MITIGASI RISIKO

5.1 Identifikasi Risiko

Tabel 23. Identifikasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
Perspektif Stakeholder	
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	a. Image RS Pendidikan b. Keterbatasan beberapa sarana dan prasarana c. Pembayaran Hak yang Belum Tepat Waktu d. Reward dan Konsekuensi yang Belum Optimal e. Penjenjangan Karir yang Belum Terstandar f. Fasilitas Kerja yang Belum Memadai g. Distribusi Beban Kerja yang Belum Optimal h. Rendahnya capaian kinerja
Internal Bisnis Proses	
2. Terwujudnya Peningkatan Integrasi dan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	a. Kedisiplinan DPJP b. Rasio dodiknis dan peserta didik yang belum berimbang c. Penanganan pasien yang tidak komprehensif d. Belum optimalnya Tim Code Blue e. Tingginya kasus-kasus sulit yang ditangani f. Masih rendahnya implementasi CP g. Rendahnya Pelaksanaan Asuhan Keperawatan h. Masih rendahnya budaya keselamatan pasien
3. Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS menuju AHC	a. Ketidakpastian regulasi b. Komitmen SDM
4. Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan	a. Masih tingginya komplain terhadap ketepatan waktu pelayanan pasien b. Masih tingginya insiden KTD c. Masih tingginya komplain terhadap ketersediaan fasilitas
5. Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi	a. Koordinasi lintas Unit Terkait masih rendah b. Kemampuan pemasaran staf masih kurang c. Masih rendahnya proses rujukan balik d. Prosedur rujukan belum optimal
6. Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif	a. Masih rendahnya proses rujukan balik b. Prosedur rujukan yang belum optimal
7. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	a. Kedisiplinan dokter b. Keterlambatan Status Rekam Medik c. Akumulasi pasien pada jam yang sama d. Persiapan pre operatif yang tidak optimal e. Manajemen Kamar Operasi belum optimal

Tabel 24. Identifikasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
7. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	f. DPJP laboratorium tidak stand by
	g. Ketidaksiplinan petugas laboratorium
	h. Tingginya kekosongan obat
	i. Rasio tenaga dengan jumlah resep yang tidak berimbang
	j. Monitoring berkas masih manual
	k. Kesalahan Penulisan dalam SK
	l. Kedisiplinan pegawai yang masih rendah
	m. Belum optimalnya fungsi Tim Penilai Jafung
	n. Belum optimalnya penggunaan Simpeg
Perspektif Learning and Growth	
8. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	a. Ketersediaan anggaran
	b. Standarisasi Kompetensi dari Kolegium masih terbatas
	c. Ketersediaan waktu
	d. Ketidakpastian jadwal pelatihan
	e. Kurangnya informasi pelatihan yang dibutuhkan
	f. Ketersediaan waktu dodiknis
	g. Komitmen yang masih rendah
	h. Pembayaran hak yang belum tepat waktu
	i. Penjenjangan Karir yang belum terstandar
	j. Reward dan Konsekuensi yang belum optimal
	k. Fasilitas Kerja yang belum memadai
	l. Distribusi Beban Kerja belum optimal
	m. Implementasi Budaya Korporat masih rendah
9. Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	a. Masih kurangnya tenaga teknis
	b. Masih kurangnya penggunaan beberapa alat medik
	c. Keterbatasan Anggaran
	d. Ketidakpastian jadwal kalibrasi dari instansi terkait
	e. Kurangnya tenaga untuk pemantauan pompa air
	f. Masih kurangnya supply air dari PDAM
	g. Belum tersentralisasinya gas medik secara keseluruhan
	h. Keterbatasan ruang sentral gas
	i. Mesin vacum dan Medical Air Pressure yang sudah melampaui batas ekonomis
	j. Kepatuhan user menggunakan alat sesuai prosedur masih rendah
	k. Tegangan yang berfluktuatif ketika pengalihan ke genset
	l. Belum optimalnya pengontrolan dan pengawasan fungsi peralatan
	m. Sistem Distribusi Panel tidak merata
	n. Kapasitas Genset belum cukup untuk mensupply area kritis

Tabel 25. Identifikasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO
10. Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM RS	a. Kurangnya Keterampilan atau keahlian dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT b. Komitmen dan keterlibatan User dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT c. Perubahan ruang lingkup aplikasi
Perspektif Financial	
11. Terwujudnya Efisiensi Anggaran	a. Tidak Optimalnya partisipasi dalam penyusunan kebutuhan anggaran b. Waktu dan kualitas data kebutuhan unit kurang akurat

5.2 Penilaian Tingkat Risiko

Tabel 26. Penilaian Tingkat Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
Perspektif Stakeholder					
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	a. Image RS Pendidikan	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Keterbatasan beberapa sarana dan prasarana	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	c. Pembayaran Hak yang Belum Tepat Waktu	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	d. Reward dan Konsekuensi yang Belum Optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	e. Penjenjangan Karir yang Belum Terstandar	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	f. Fasilitas Kerja yang Belum Memadai	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	g. Distribusi Beban Kerja yang Belum Optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	h. Rendahnya capaian kinerja	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
Internal Bisnis Proses					
2. Terwujudnya Peningkatan Integrasi dan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	a. Kedisiplinan DPJP	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Rasio dodiknis dan peserta didik yang belum berimbang	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	c. Penanganan pasien yang tidak komprehensif	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah

Tabel 27. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
2. Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	d. Belum optimalnya Tim Code Blue	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	e. Tingginya kasus-kasus sulit yang ditangani	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	f. Masih rendahnya implementasi CP	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	g. Rendahnya Pelaksanaan Asuhan Keperawatn	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	h. Masih rendahnya budaya keselamatan pasien	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
3. Terwujudnya Integrasi dengan FK UNHAS dan RS UNHAS Menuju AHC	a. Ketidakpastian regulasi	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	b. Komitmen SDM	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
4. Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan	a. Masih tingginya komplain terhadap ketepatan waktu pelayanan pasien	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Masih tingginya insiden KTD	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	c. Masih tingginya komplain terhadap ketersediaan fasilitas	Sedang	Mayor	Ekstrim	Merah
5. Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi	a. Koordinasi lintas Unit Terkait masih rendah	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	b. Kemampuan pemasaran staf masih kurang	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
6. Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif	c. Masih rendahnya proses rujukan balik	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	d. Prosedur rujukan yang belum optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
7. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	a. Kedisiplinan dokter	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Keterlambatan Status Rekam Medik	Sedang	Mayor	Ekstrim	Merah
	c. Akumulasi pasien pada jam yang sama	Besar	Minor	Tinggi	Merah
	d. Persiapan pre operatif yang tidak optimal	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah

Tabel 28. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
7. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	e. Manajemen Kamar Operasi belum optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	f. DPJP laboratorium tidak stand by	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	g. Ketidaksiplinan petugas laboratorium	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	h. Tingginya kekosongan obat	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	i. Rasio tenaga dengan jumlah resep yang tidak berimbang	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	j. Monitoring berkas masih manual	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	k. Kesalahan Penulisan dalam SK	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	l. Kedisiplinan pegawai yang masih rendah	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	m. Belum optimalnya fungsi Tim Penilai Jafung	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	n. Belum optimalnya penggunaan Simpeg	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
Perspektif Learning and Growth					
8. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	a. Ketersediaan anggaran	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Standarisasi Kompetensi dari Kolegium masih terbatas	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	c. Ketersediaan waktu	Kecil	Minor	Rendah	
	d. Ketidakpastian jadwal pelatihan	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	e. Kurangnya informasi pelatihan yang dibutuhkan	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	f. Ketersediaan waktu dodiknis	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	g. Komitmen yang masih rendah	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	h. Pembayaran hak yang belum tepat waktu	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah

Tabel 29. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
8. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	i. Penjenjangan Karir yang belum terstandar	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	j. Reward dan Konsekuensi belum optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	k. Fasilitas Kerja yang belum memadai	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	l. Distribusi Beban Kerja belum optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	m. Implementasi Budaya Korporat masih rendah	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
9. Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	a. Masih kurangnya tenaga teknis	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	b. Masih kurangnya penggunaan beberapa alat medik	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	c. Keterbatasan Anggaran	Besar	Mayor	Ekstri	Merah
	d. Ketidakpastian jadwal kalibrasi dari institusi terkait	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	e. Kurangnya tenaga untuk pemantauan pompa air	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	f. Masih kurangnya supply air dari PDAM	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	g. Belum tersentralisasinya gas medik secara keseluruhan	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	h. Keterbatasan ruang sentral gas	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	i. Mesin vacum dan Medical Air Pressure yang sudah melampaui batas ekonomis	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	j. Kepatuhan user menggunakan alat sesuai prosedur masih rendah	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah
	k. Tegangan yang berfluktuatif ketika pengalihan ke genset	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah

Tabel 30. Penilaian Tingkat Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA
9. Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	l. Belum optimalnya pengontrolan dan pengawasan fungsi peralatan	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	m. Sistem Distribusi Panel tidak merata	Sedang	Medium	Tinggi	Merah
	n. Kapasitas Genset belum cukup untuk menyuplai area kritis	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
10. Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM RS	a. Kurangnya Keterampilan atau keahlian dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	b. Komitmen dan keterlibatan User dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah
	c. Perubahan ruang lingkup aplikasi	Besar	Medium	Tinggi	Merah
Perspektif Financial					
11. Terwujudnya Efisiensi Anggaran	a. Tidak Optimalnya partisipasi dalam penyusunan kebutuhan anggaran	Besar	Medium	Tinggi	Merah
	b. Waktu dan kualitas data kebutuhan unit kurang akurat	Sedang	Medium	Tinggi	Merah

5.3 Rencana Mitigasi Risiko

Tabel 31. Rencana Mitigasi Risiko

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
Perspektif Stakeholder							
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	a. Image RS Pendidikan	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyusunan Modul Pembelajaran	Bakordik
	b. Keterbatasan beberapa sarana dan prasarana	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pengembangan Sarana dan Sarana	Bag. Umum
	c. Pembayaran Hak yang Belum Tepat Waktu	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem manajemen	Bag. SDM
	d. Reward dan Konsekuensi yang Belum Optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Evaluasi Pelaksanaan Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	e. Penjenjangan Karir yang Belum Terstandar	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem manajemen	Bag. SDM
	f. Fasilitas Kerja yang Belum Memadai	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pengembangan Sarana dan Sarana	Bag. SDM
	g. Distribusi Beban Kerja yang Belum Optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Review Analisa Beban Kerja	Bag. SDM
	h. Rendahnya capaian kinerja	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaks. Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
Internal Bisnis Proses							
2. Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	a. Kedisiplinan DPJP	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaks. Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	b. Rasio dodiknis dan peserta didik yang belum berimbang	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pembatasan Jumlah Peserta Didik	Bag. Diklit
	c. Penanganan pasien yang tidak komprehensif	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Tim Pelayanan Terpadu	Ketua Tim
	d. Belum optimalnya Tim Code Blue	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Tim Pelayanan Terpadu	Ketua Tim

Tabel 32. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
2. Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	e. Tingginya kasus-kasus sulit yang ditangani	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Tim Pelayanan Terpadu	Ketua Tim
	f. Masih rendahnya Implementasi Clinical Pathway	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Implem. Clinical Pathway	Pelayanan Medik
	g. Rendahnya Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Evaluasi & Optimalisasi Askep	Pelayanan Keperawatan
	h. Masih rendahnya budaya keselamatan pasien	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Audit Budaya Patient Safety	Komite Mutu dan KP
3. Terwujudnya Integrasi dengan FKUH dan RS UNHAS menuju AHC	a. Ketidakpastian regulasi	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Advokasi Regulasi AHC	Umop
	b. Komitmen SDM	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah		
3. Terwujudnya Peningkatan Kinerja Layanan Unggulan	a. Masih tingginya komplain terhadap ketepatan waktu pelayanan pasien	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Penerapan Patient Center Care	Pelayanan Medik
	b. Masih tingginya insiden KTD	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Audit Budaya Patient Safety	Komite Mutu dan KP
	c. Masih tingginya komplain terhadap ketersediaan fasilitas	Sedang	Mayor	Ekstrim	Merah	Pengembangan sarana dan prasarana	Umop
4. Terwujudnya Sistem Pemasaran yang Terintegrasi	a. Koordinasi lintas Unit Terkait masih rendah	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Perbaikan mekanisme koordinasi	Hukmas
	b. Kemampuan promosi staf masih kurang	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pelatihan staf	Bag. SDM
5. Terwujudnya Sistem Rujukan yang Efektif	a. Masih tingginya rujukan yang tidak sesuai kriteria	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Pembinaan RS Jejaring	Hukmas
	b. Pembinaan RS Region belum optimal	Besar	Medium	Tinggi	Merah		
6. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	a. Kedisiplinan dokter	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaks. Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	b. Keterlambatan Status Rekam Medik	Sedang	Mayor	Ekstrim	Merah	Perbaikan alur pelayanan	Pelayanan Medik

Tabel 33. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
6. Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	c. Akumulasi pasien pada jam yang sama	Besar	Minor	Tinggi	Merah	Perbaikan mekanisme penerimaan pasien	Pelayanan Medik
	d. Persiapan pre operatif yang tidak optimal	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Perbaikan prosedur pelayanan operasi	Pelayanan Medik
	e. Manajemen Kamar Operasi belum optimal	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Perbaikan mekanisme dan mutu koordinasi	Pelayanan Medik
	f. DPJP laboratorium tidak stand by	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaksanaan Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	g. Ketidaksiplinan petugas laboratorium	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penguatan Perenc. dan Pengadaan Obat	Farmasi
	h. Tingginya kekosongan obat	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Realokasi tenaga	Bag. SDM
	i. Rasio tenaga dengan jumlah resep yang tidak berimbang	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Perbaikan sistem koordinasi	Bag. SDM
	j. Monitoring berkas masih manual	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaks Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	k. Kesalahan Penulisan dalam SK	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Sinkronisasi SKP dan SIMRS	Bag. SDM
	l. Kedisiplinan pegawai yang masih rendah	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan aplikasi simpeg	Bag. SDM
	m. Belum optimalnya fungsi Tim Penilai Jafung	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah		
	n. Belum optimalnya penggunaan Simpeg	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah		
Perspektif Learning and Growth							
7. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	a. Ketersediaan anggaran	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Kerjasama dengan donatur	Bag. SDM
	b. Standarisasi Kompetensi dari Kolegium masih terbatas	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Penyempurnaan sistem koordinasi	Bag. SDM
	c. Ketidakpastian jadwal pelatihan	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem koordinasi	Bag. SDM

Tabel 34. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
7. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi dan Kinerja SDM	d. Ketersediaan waktu	Kecil	Minor	Rendah			
	e. Kurangnya informasi pelatihan yang dibutuhkan	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Penyempurnaan sistem koordinasi	Bag. SDM
	f. Ketersediaan waktu dodiknis	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem koordinasi	Bag. SDM
	g. Komitmen yang masih rendah	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Optimalisasi Pelaks. Reward & Konsekuensi	Bag. SDM
	h. Pemenuhan hak-hak pegawai belum optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem manajemen	Bag. SDM
	i. Distribusi Beban Kerja yang belum optimal	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Realokir tenaga	Bag. SDM
	j. Implementasi Budaya Korporat yang masih rendah	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pelatihan	Bag. SDM
8. Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	a. Masih kurangnya tenaga teknis	Sangat Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Rekrutmen	Bag. SDM
	b. Masih kurangnya penggunaan beberapa alat medik	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Pengembangan sarana dan prasarana	Umop
	c. Keterbatasan Anggaran	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	KSO Alat Medik	
	d. Ketidakpastian jadwal kalibrasi dari instusi terkait	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	KSO dengan pihak ketiga	
	e. Kurangnya tenaga untuk pemantauan pompa air	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Rekrutmen dan Realokir tenaga	Bag. SDM
	f. Masih kurangnya supply air dari PDAM	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Penyempurnaan sistem koordinasi	Ka. Ins. Sanitasi
	g. Belum tersentralisasinya gas medik secara keseluruhan	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Pemeliharaan dan Sentralisasi gas medis	Ka. Inpesa
	h. Keterbatasan ruang sentral gas	Besar	Medium	Tinggi	Merah		

Tabel 35. Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	WARNA	RENCANA MITIGASI RISIKO	PJ
8. Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana	i. Mesin vacum dan Medical Air Pressure yang sudah melampaui batas ekonomis	Sedang	Medium	Tinggi	Merah	Pemeliharaan dan Sentralisasi gas medis	Ka. Inpesa
	j. Kepatuhan user menggunakan alat sesuai prosedur masih rendah	Besar	Malapetaka	Ekstrim	Merah	Reedukasi penggunaan alat sesuai prosedur	
	k. Tegangan yang berfluktuatif ketika pengalihan ke genset	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Pengembangan sarana dan prasarana	
	l. Belum optimalnya pengontrolan dan pengawasan fungsi peralatan	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penyempurnaan sistem pemantauan dan pengawasan	
	m. Sistem Distribusi Panel tidak merata	Sedang	Medium	Tinggi	Merah		
	n. Kapasitas Genset belum cukup untuk menyuplai area kritis	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah	Penambahan Genset	Bag. Umum
9. Terwujudnya Peningkatan Layanan SIM RS	a. Kurangnya Keterampilan atau keahlian dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Pelatihan, pendampingan dan re edukasi	Ka. Ins. SIRS
	b. Komitmen dan keterlibatan User dalam memahami dan menjalankan aplikasi IT	Besar	Mayor	Ekstrim	Merah		
	c. Perubahan ruang lingkup aplikasi	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Sosialisasi perubahan aplikasi	
Perspektif Financial							
10. Terwujudnya Efisiensi Anggaran	a. Tidak Optimalnya partisipasi dalam penyusunan kebutuhan anggaran	Besar	Medium	Tinggi	Merah	Pendampingan perencanaan dan penyusunan kebutuhan dan anggaran	Kabag PEA
	b. Waktu dan kualitas data kebutuhan unit kurang akurat	Sedang	Medium	Tinggi	Merah		

BAB VI PROYEKSI KEUANGAN

6.1 Estimasi Pendapatan

Tabel 36. Estimasi Pendapatan 2015 - 2019

No	Sumber Pendapatan	2014	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	Dana Pemerintah	125,375,858,000	199,828,061,000	303,958,452,638	199,133,178,000	124,222,467,000	630,286,117,000
	- APBN	125,375,858,000	199,828,061,000	303,958,452,638	199,133,178,000	124,222,467,000	630,286,117,000
	- APBD	-	-	-	-	-	-
2	Dana Masyarakat	-	-	-	-	-	-
3	Kontribusi Unit Kerja	243,960,074,000	305,900,000,000	320,700,000,000	336,200,000,000	416,746,724,000	442,402,147,076
4	Pemasukan lain-lain	6,040,000,000	6,100,000,000	6,200,000,000	6,300,000,000	6,400,000,000	8,249,113,924
	TOTAL	375,375,932,000	511,828,061,000	630,858,452,638	541,633,178,000	547,369,191,000	1,080,937,378,000

6.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

6.2.1 Anggaran Program Kelangsungan Operasional

Tabel 37. Estimasi Anggaran Operasional 2015 – 2019

NO	JENIS KEGIATAN	Baseline Tahun 2014	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
	Program Pembinaan Upaya Kesehatan	375,375,932,000	511,828,061,000	600,928,909,000	536,133,178,000	547,369,191,000	750,894,129,000
	Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	125,375,858,000	199,828,061,000	274,028,909,000	193,633,178,000	124,222,467,000	300,242,868,000
1	Alat Kesehatan, Kedokteran, dan KB dalam rangka menuju pelayanan kelas dunia	5,000,000,000	0	52,760,018,000	32,944,651,000	19,615,000,000	10,531,433,000
2	Layanan Perkantoran	82,375,858,000	111,274,340,000	131,351,586,000	120,688,527,000	95,432,137,000	87,324,010,000
	- Gaji dan Tunjangan	63,975,858,000	90,943,758,000	103,518,664,000	101,082,697,000	83,279,222,000	87,324,010,000
	- Operasional dan Pemeliharaan Kantor	18,400,000,000	20,330,582,000	27,832,922,000	19,605,830,000	12,152,915,000	
3	Gedung/Bangunan	35,000,000,000	75,000,000,000	55,000,000,000	3,000,000,000	0	202,387,425,000
4	Pengadaan Obat-obatan	3,000,000,000	13,553,721,000	34,917,305,000	37,000,000,000	9,175,330,000	
	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Sekretariat Ditjen Bina Upaya Kesehatan	250,000,074,000	312,000,000,000	326,900,000,000	342,500,000,000	423,146,724,000	450,651,261,000
1	Layanan Operasional RS/Balai (PNBP/BLU)	138,931,700,000	169,151,003,000	200,928,804,000	211,525,263,000	277,837,528,000	270,664,070,000
2	Peningkatan Kapasitas Pegawai	4,942,344,000	4,942,385,000	6,654,640,000	6,654,640,000	6,654,640,000	6,654,640,000
3	Pengadaan Makan Minum	8,810,563,000	8,810,563,000	13,073,223,000	13,073,223,000	15,000,000,000	15,000,000,000
4	Pengadaan Pakaian Dinas	874,000,000	874,000,000	971,980,000	971,980,000	1,133,000,000	1,143,500,000
5	Sistem Informasi	500,000,000	500,000,000		0	0	0
6	Pengadaan Obat-obatan	41,035,598,000	119,857,009,000	41,036,175,000	46,039,716,000	44,577,886,000	37,737,056,000
7	Gedung dan Bangunan					0	0
8	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB	7,260,320,000	3,363,124,000	4,363,124,000	4,363,124,000	0	11,870,726,000
9	Peralatan Fasilitas Perkantoran		3,897,196,000	4,897,196,000	4,897,196,000	10,693,016,000	12,458,207,000
10	Pengadaan Bahan Medik Habis Pakai	47,645,549,000		54,974,858,000	54,974,858,000	67,250,654,000	95,123,062,000
11	Pengadaan Kendaraan Bermotor		604,720,000			0	

6.2.2 Anggaran Program Pengembangan

6.2.2.1 Pencapaian IKU

Tabel 38. Estimasi Anggaran Program Pengembangan 2015 - 2019

NO	Key Performance Indicator	Nama Program Strategis	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	% Kepuasan Pasien	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	110.160.000	114.000.000	130.000.000	150.000.000	165.000.000
2	% Kepuasan Peserta Didik	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap I	250.000.000	250.000.000	300.000.000	300.000.000	300.000.000
3	% Kepuasan Staf	Reward & Konsekuensi	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000
4	Tingkat Kesehatan BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	396.950.000	396.950.000	396.950.000	396.950.000	396.950.000
5	Modul Layanan dan Pendidikan yang Terintegrasi	Peningkatan Kualitas Pendidikan	220.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	50.000.000
6	% ketersediaan anggaran untuk kegiatan bersama RSWS_FKUH-RS UNHAS	Identifikasi Kegiatan Bersama RSWS-FKUH	95.000.000	105.000.000	120.000.000	135.000.000	150.000.000
7	Tahapan Fungsi yang Terintegrasi	Fungsional (Bakordik, K. Medik, K. Etik, SMF)	76.670.000	82.310.000	87.950.000	93.590.000	99.230.000
8	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway (LOS)	Optimalisasi Penerapan Clinical Pathway	89.250.000	68.835.000	74.835.000	78.835.000	84.835.000
9	Lulusan dengan IPK rata - rata 3	Pembatasan Jumlah Peserta didik sesuai rasio	55.500.000	24.835.000	24.835.000	24.835.000	24.835.000
10	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	Kerjasama dengan pihak ketiga	520.000.000	513.245.000	513.245.000	513.245.000	513.245.000
11	Reakreditasi	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	20.000.000	100.000.000	30.000.000	100.000.000	50.000.000
12	Unit Layanan unggulan dengan kinerja baik	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 1	150.000.000	150.000.000	150.000.000	150.000.000	150.000.000
13	Pertumbuhan rujukan dari RS dan Instansi Pemerintah/Swasta yang bekerjasama	Pemasaran Terintegrasi Tahap 1	150.070.000	151.930.000	153.790.000	155.650.000	157.510.000
14	% Rujukan yang tepat	Rujukan yang tepat	25.000.000	30.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
15	Jumlah RS Jejaring yang dibina	Jumlah RS Jejaring yang dibina	250.000.000	281.834.000	283.106.000	309.378.000	335.650.000
16	% Ketepatan waktu pelayanan	Reduksi waktu tunggu pelayanan	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
17		Penyempurnaan Manajemen pelaksanaan operasi	84.420.000	84.420.000	84.420.000	84.420.000	84.420.000
18		Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk kalibrasi alat	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000
19		Optimalisasi sistem pembayaran jasa	100.000.000	50.000.000	75.000.000	75.000.000	75.000.000
20	% Staf diarea kritis yang tersertifikasi	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanjutan tahap I	200.000.000	220.000.000	230.000.000	230.000.000	230.000.000
21	% Dodiknis yang tersertifikasi	Sertifikasi Dodiknis	191.180.000	274.100.000	274.100.000	274.100.000	274.100.000
22	% staf dengan kinerja excellent	Reward dan Konsekuensi	99.520.000	99.520.000	99.520.000	99.520.000	99.520.000
23	Indeks Budaya Korporat	Optimalisasi penerapan budaya korporat	89.020.000	89.020.000	89.020.000	89.020.000	89.020.000
24	OEE alat medik utama	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan	24.550.000.000	24.643.253.638	27.119.282.952	30.732.566.291	34.375.802.055
25	OEE prasarana utama						
26	Tahapan Pengembangan sarana dan prasarana	Pengembangan Sarana dan prasarana	100.000.000.000	155.000.000.000	160.000.000.000	165.000.000.000	170.000.000.000
27	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	Penyempurnaan Layanan SIM RS	3.047.260.000	3.826.800.000	1.919.800.000	2.027.800.000	1.980.800.000
28		Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	150.000.000	175.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000
29		Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	150.000.000	175.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000
	TOTAL BIAYA		131.495.000.000	187.506.052.638	193.180.853.952	202.044.909.291	210.510.917.055

6.2.2.2 Mitigasi Risiko

Tabel 39. Estimasi Anggaran Mitigasi Risiko 2015 - 2019

No	NAMA KEGIATAN	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	Perencanaan Pengembangan SDM yang berkelanjutan dan terfokus	150.000.000	157.500.000	165.375.000	173.643.750	182.325.938
3	Review Analisa Beban Kerja	125.000.000	131.250.000	137.812.500	144.703.125	151.938.281
4	Rekrutment dan Realokasi Tenaga	200.000.000	210.000.000	220.500.000	231.525.000	243.101.250
5	Optimalisasi Koordinasi dengan Pihak Kepegawaian Kemenkes	180.000.000	189.000.000	198.450.000	208.372.500	218.791.125
6	Sinkronisasi data SIM RS dengan SKP	170.000.000	178.500.000	187.425.000	196.796.250	206.636.063
7	Optimalisasi Simpeg	200.000.000	210.000.000	220.500.000	231.525.000	243.101.250
8	Pelatihan Tenaga Teknis dengan Kompetensi Khusus	250.000.000	262.500.000	275.625.000	289.406.250	303.876.563
10	Pembatasan jumlah peserta didik sesuai rasio	125.000.000	131.250.000	137.812.500	144.703.125	151.938.281
11	Optimalisasi Tim Pelayanan Terpadu	175.000.000	183.750.000	192.937.500	202.584.375	212.713.594
12	Optimalisasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	180.000.000	189.000.000	198.450.000	208.372.500	218.791.125
13	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien	150.000.000	157.500.000	165.375.000	173.643.750	182.325.938
14	Sistem Pemasaran Terintegritas	225.000.000	236.250.000	248.062.500	260.465.625	273.488.906
15	Peningkatan Kualitas Pendidikan Peserta Didik	500.000.000	525.000.000	551.250.000	578.812.500	607.753.125
16	pelatihan dan Penyempurnaan Sistem	250.000.000	262.500.000	275.625.000	289.406.250	303.876.563
17	Penyempurnaan Sistem Perencanaan Kebutuhan dan Koordinasi	125.000.000	131.250.000	137.812.500	144.703.125	151.938.281
	TOTAL	3.005.000.000	3.155.250.000	3.313.012.500	3.478.663.125	3.652.596.281

6.3 Rencana Pendanaan

Dalam penyusunan rencana strategis dan bisnis (RSB) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar telah membuat rencana pendapatan dan rencana anggaran selama 5 (lima) tahun kedepan mulai dari tahun 2015 sampai dengan 2019.

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

1. Tahun 2015

Rencana pendapatan sebesar Rp. 511.828.061.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 199.828.061.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 312.000.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 511.828.061.000,- Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 199.828.061.000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan berupaya mengajukan bantuan subsidi APBD dari pemerintah Daerah.

2. Tahun 2016

Rencana pendapatan sebesar Rp. 630.858.452.638,- yang terdiri dari APBN Rp. 303.958.452.638,- dan PNBPN sebesar Rp. 326.900.000.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 630.858.452.638,-Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 303.958.452.638,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan berupaya mengajukan bantuan subsidi APBD dari pemerintah Daerah.

3. Tahun 2017

Rencana pendapatan sebesar Rp. 541.633.178.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 199.133.178.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 342.500.000.000,-. Sedangkan rencana

anggaran pengeluaran sebesar Rp. 541.633.178.000,- Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 199.133.178.000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan berupaya mengajukan bantuan subsidi APBD dari pemerintah Daerah.

4. Tahun 2018

Rencana pendapatan sebesar Rp. 547.369.191.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 124.222.467.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 423.146.724.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 547.369.191.000,- Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 124.222.467.000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan berupaya mengajukan bantuan subsidi APBD dari pemerintah Daerah.

5. Tahun 2019

Rencana pendapatan sebesar Rp. 546.867.026.000,- yang terdiri dari APBN Rp. 96.215.765.000,- dan PNBPN sebesar Rp. 450.651.261.000,-. Sedangkan rencana anggaran pengeluaran sebesar Rp. 546.867.026.000,- Jika dibandingkan antara rencana anggaran pengeluaran dengan pendapatan PNBPN, maka PNBPN RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar belum mampu memenuhi kebutuhan anggaran pengeluaran, maka kekurangannya diharapkan dipenuhi dari subsidi APBN sebesar Rp. 96.215.765.000,-. Untuk meringankan beban subsidi APBN maka RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar akan berupaya mengajukan bantuan Pinjaman Luar Negeri dari IDB (Islamic Development Bank).

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

1. Pencapaian IKU
2. Operasional
3. SDM
4. Keuangan

BAB VII PENUTUP

A. KESIMPULAN

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015-2019 ini disusun dengan pendekatan kombinasi “top down” dan “bottom up” yang melibatkan seluruh Direksi RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo serta dilengkapi dengan analisis dari sudut pandang korporat RSWS. Dengan demikian diharapkan RSB ini relevan dengan isu-isu strategis di tingkat lapangan sampai dengan isu di tingkat korporat. Selain itu RSB ini merupakan hasil pemikiran dan komitmen dari seluruh level dan jajaran RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, sehingga diharapkan dapat diimplementasikan dengan baik. RSB ini juga merupakan penjabaran dari RENSTRA Kementerian Kesehatan dan Rencana Aksi Ditjen Yankes.

RSB ini akan dijadikan pedoman oleh Manajemen dan Unit kerja di lingkungan RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar dalam menjalankan dan mengembangkan pelayanan maupun dalam menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan.Selain itu RSB juga akan membantu RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo untuk berkomunikasi dan bekerjasama dengan para stakeholder.

Agar RSB ini selalu relevan dengan perkembangan kondisi lingkungan bisnis dan internal internal RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, implementasinya selayaknya diikuti dengan penegndalian strategis.Pengendalian ini bertujuan untuk mengevaluasi asumsi dan hasil analisis SWOT yang menjadi dasar penetapan sasaran dan strategi. Jika terjadi perubahan perubahan diluar perkiraan semula, tidak tertutup kemungkinan dilakukan evaluasi dan revisi terhadap sasaran strategis,target KPI, dan program strategis.

Kemauan melakukan perubahan, komitmen, konsistensi dan dukungan sumber daya organisasi dalam menjalankan RSB merupakan kata kunci agar RSB ini dapat memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo beserta unit-unit kerjanya.

Semua gambaran kondisi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dalam 5 (lima) tahun mendatang yang dinyatakan dalam RSB ini merupakan suatu kondisi yang diproyeksikan akan terjadi berdasarkan asumsi operasional dan finansial. Perubahan kondisi yang cukup signifikan dapat mengakibatkan gambaran kondisi dan pencapaian kinerja yang berbeda dari perkiraan semula, sehingga memerlukan penyesuaian lebih lanjut dari RSB ini.

B. SARAN

Untuk pencapaian Visi Misi dan Sasaran strategis RSB ini maka dibutuhkan :

1. Dukungan Stakeholder sangat dibutuhkan untuk pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan RSB
2. Komitmen seluruh SDM RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien akan yang berdampak pada pencapaian kinerja RSB.

Tabel 40. Tabel Urutan Tingkat Prioritas Program Kerja Strategis 2015 - 2019

NO	Key Performance Indicator	Nama Program Strategis	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	% Kepuasan Pasien	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	110.160.000	114.000.000	130.000.000	150.000.000	165.000.000
2	Modul Layanan dan Pendidikan yang Terintegrasi	Peningkatan Kualitas Pendidikan	220.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	50.000.000
3	Kepatuhan Implementasi Clinical Pathway (LOS)	Optimalisasi Penerapan Clinical Pathway	89.250.000	68.835.000	74.835.000	78.835.000	84.835.000
4	Reakreditasi	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkelanjutan	20.000.000	100.000.000	30.000.000	100.000.000	50.000.000
5	Unit Layanan unggulan dengan kinerja baik	Penguatan Layanan Unggulan Tahap 1	150.000.000	150.000.000	150.000.000	150.000.000	150.000.000
6	% Rujukan yang tepat	Rujukan yang tepat	25.000.000	30.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
7	% Ketepatan waktu pelayanan	Reduksi waktu tunggu pelayanan	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
8		Penyempurnaan Manajemen pelaksanaan operasi	84.420.000	84.420.000	84.420.000	84.420.000	84.420.000
9		Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk kalibrasi alat	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000
10		Optimalisasi sistem pembayaran jasa	100.000.000	50.000.000	75.000.000	75.000.000	75.000.000
11	% Staf diareal kritis yang tersertifikasi	Pengembangan SDM terfokus yang berkelanjutan tahap I	200.000.000	220.000.000	230.000.000	230.000.000	230.000.000
12	% Dodiknis yang tersertifikasi	Sertifikasi Dodiknis	191.180.000	274.100.000	274.100.000	274.100.000	274.100.000
13	Tahapan Fungsi yang Terintegrasi	Fungsional (Bakordik, K. Medik, K. Etik, SMF)	76.670.000	82.310.000	87.950.000	93.590.000	99.230.000
14	OEE alat medik utama	Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan	24.550.000.000	24.643.253.638	27.119.282.952	30.732.566.291	34.375.802.055
15	OEE prasarana utama						
16	Tahapan Pengembangan sarana dan prasarana	Pengembangan Sarana dan prasarana	100.000.000.000	155.000.000.000	160.000.000.000	165.000.000.000	170.000.000.000
17							
18	% Kepuasan Peserta Didik	Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Penelitian Tahap I	250.000.000	250.000.000	300.000.000	300.000.000	300.000.000
19	% Kepuasan Staf	Reward & Konsekuensi	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000
20	Lulusan dengan IPK rata - rata 3	Pembatasan Jumlah Peserta didik sesuai rasio	55.500.000	24.835.000	24.835.000	24.835.000	24.835.000
21	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	Kerjasama dengan pihak ketiga	520.000.000	513.245.000	513.245.000	513.245.000	513.245.000
22	Pertumbuhan rujukan dari RS dan Instansi Pemerintah/Swasta yang bekerjasama	Pemasaran Terintegrasi Tahap 1	150.070.000	151.930.000	153.790.000	155.650.000	157.510.000
23	Jumlah RS Jejaring yang dibina	Jumlah RS Jejaring yang dibina	250.000.000	281.834.000	283.106.000	309.378.000	335.650.000
24	% staf dengan kinerja excellent	Reward dan Konsekuensi	99.520.000	99.520.000	99.520.000	99.520.000	99.520.000
25	Indeks Budaya Korporat	Optimalisasi penerapan budaya korporat	89.020.000	89.020.000	89.020.000	89.020.000	89.020.000
26	Tingkat Kesehatan BLU	Pemantapan Peningkatan Kinerja BLU	396.950.000	396.950.000	396.950.000	396.950.000	396.950.000
27	% ketersediaan anggaran untuk kegiatan bersama RSWS_FKUH-RS UNHAS	Identifikasi Kegiatan Bersama RSWS-FKUH	95.000.000	105.000.000	120.000.000	135.000.000	150.000.000
28	Jumlah modul SIM RS yang terintegrasi	Penyempurnaan Layanan SIM RS	3.047.260.000	3.826.800.000	1.919.800.000	2.027.800.000	1.980.800.000
29	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	Pengembangan Sistem Anggaran Berkelanjutan	150.000.000	175.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000
TOTAL BIAYA			131.495.000.000	187.506.052.638	193.180.853.952	202.044.909.291	210.510.917.055