



REVISI RENCANA STRATEGIS BISNIS

RSUP FATMAWATI

TAHUN 2017 – 2019

JANUARI 2017



LEMBAR PENGESAHAN

RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUP FATMAWATI 2015-2019

dengan Visi:

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

Disahkan di : Jakarta

Pada Tanggal : Januari 2015

Oleh :

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan,



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

NIP 195501201980101001

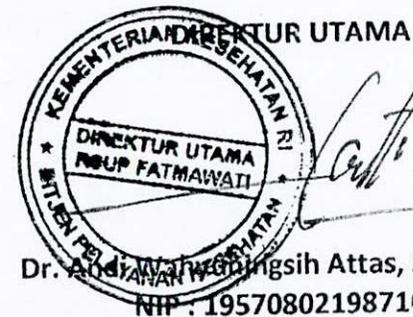


**DISAMPAIKAN REVISI RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP FATMAWATI 2017-2019
UNTUK DIKETAHUI DEWAN PENGAWAS RSUP FATMAWATI**

JAKARTA, JANUARI 2017

KETUA DEWAN PENGAWAS

Dr. H.M Subuh, M.D., M.M



**Dr. Andriawaningsih Attas, SpAn, KIC, MARS
NIP : 195708021987102001**

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya, buku **Revisi** Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati periode 2017-2019 dapat diselesaikan. Penyelesaian buku Rencana Strategis Bisnis ini berkat kerjasama, dedikasi dan semangat Direksi, Manajemen dan seluruh Staf RSUP Fatmawati.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan salah satu perangkat strategis untuk memandu dan mengendalikan arah gerak dan perkembangan bisnis suatu organisasi. Sebagaimana layaknya suatu dokumen rencana strategis, buku ini berisikan arah, prioritas, strategi, sasaran-sasaran strategis, Indikator Kinerja utama dan program kerja strategis dimana dipandang sangat perlu untuk dilakukan evaluasi menyesuaikan analisa keadaan terkini.

Seiring dengan semakin besarnya harapan dan kekhawatiran *stakeholders*, RSUP Fatmawati menyadari bahwa diperlukan evaluasi terhadap pencapaian KPI khususnya integrasi yang optimal antara pelayanan, pendidikan dan penelitian serta diharapkan terbangun jejaring pelayanan, pendidikan dan

penelitian yang sinergis dan harmonis yang berfokus pada layanan unggulan Spine dan Trauma 2019. Atas dasar itulah, Revisi RSB ini disusun dengan memposisikan kembali RSUP Fatmawati menjadi bagian dari suatu *Academic Health System* yang bekerjasama dengan FK Universitas Indonesia sesuai dengan visi RSUP Fatmawati yaitu **“Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan unggulan Spine dan Trauma 2019”**.

Kami mengucapkan terima kasih atas bantuan segala pihak yang terlibat dalam penyusunan buku **Revisi** Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati periode 2017-2019 ini. Kami berharap buku ini dapat menjadi acuan dan pedoman pengembangan pelayanan RSUP Fatmawati, dan visi RSUP Fatmawati dapat tercapai.



Jakarta, Desember 2016
Direktur Utama

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

Daftar Isi

Kata Pengantar	i	3.2 Tantangan Strategis	35
Daftar Isi	i	3.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai	36
Daftar Gambar	ii	3.4 Patok Duga (<i>Benchmark</i>)	36
Daftar Tabel	ii	3.5 Analisis SWOT	38
Voyage Plan RSUP Fatmawati	iii	3.6 Diagram Kartesian Pilihan Prioritas Strategis	40
I. PENDAHULUAN	1	3.7 Analisa TOWS	44
1.1. Latar Belakang	1	3.8 Peta Strategi	47
1.2 Tujuan	2	IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS	50
1.3 Metodologi Penyusunan RSB	3	4.1 Matriks KPI	50
II. GAMBARAN KINERJA RSUP FATMAWATI 2011-2014	7	4.2 Program Kerja Strategis	55
2.1 Gambaran Umum RSUP Fatmawati	7	V. ANALISIS DAN MITIGASI RISIKO	61
2.2. Pencapaian Kinerja 2011-2014	8	5.1 Analisis Risiko	61
2.3. Evaluasi Kinerja 2011-2014	8	5.2 Rencana Mitigasi Risiko	68
2.4 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan	10	VI. PROYEKSI FINANSIAL	69
2.5 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan	28	6.1 Estimasi Pendapatan	69
2.6 Gambaran SDM RSUP Fatmawati	30	6.2 Estimasi Kebutuhan Anggaran	73
2.7 Hasil Evaluasi Kinerja 2011-2014	30	LAMPIRAN KAMUS KPI	77
III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS	33		
3.1 Tuntutan <i>Stakeholders</i> Kunci	32		

Daftar Gambar

Gambar 1. 1. Metodologi Penyusunan Renstra RSUP Fatmawati Periode 2015 – 2019.....	6
Gambar 3. 1. Diagram Kartesian Pilihan Prioritas RSUP Fatmawati 2015-2019.....	43
Gambar 3. 2. Peta Strategi RSUP Fatmawati 2015-2019	48

Daftar Tabel

Tabel 2. 1. Pencapaian Kinerja 2011-2014	9
Tabel 2. 2. Pencapaian Kinerja Keuangan RSUP Fatmawati tahun 2010 -2012	28
Tabel 3. 1. Harapan dan Kekhawatiran Utama <i>Stakeholder</i> Kunci	34
Tabel 3. 2. Peluang (<i>Opportunity</i>)	41
Tabel 3. 3. Ancaman (<i>Threat</i>).....	41
Tabel 3. 4. Kekuatan (<i>Strength</i>)	41
Tabel 3. 5. Kelemahan (<i>Weakness</i>)	42
Tabel 3. 6. Hasil Analisis TOWS	45
Tabel 4. 1. Indikator Kinerja Utama (KPI)	51
Tabel 4. 2. Matriks KPI.....	53
Tabel 4. 3. Program Kerja Strategis.....	56
Tabel 5. 1. Acuan Penilaian Risiko	64
Tabel 5. 2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis.....	66
Tabel 5. 3. Rencana Mitigasi Risiko	69
Tabel 6. 1. Estimasi pendapatan 2015-2019.....	71
Tabel 6. 2. Estimasi kebutuhan anggaran 2015-2019	72
Tabel 6.3. Estimasi kebutuhan Program Mitigasi Risiko.....	73

VOYAGE PLAN RSUP FATMAWATI TAHUN 2017 - 2019

TANTANGAN STRATEGIS

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

MISI

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

VISI 2019

“ Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan unggulan Spine dan Trauma 2019”

KEY PERFORMANCE INDICATOR

INTERNAL BUSINESS PROCESS

- Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun
- % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi
- % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi, dan alat kesehatan medik)
- Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain
- Ketepatan identifikasi pasien
- Penerapan keselamatan pasien

STAKEHOLDER

- Indeks Kepuasan Pelanggan

FINANSIAL

- Rasio PNBPN terhadap biaya operasional

LEARNING & GROWTH

- % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar
- % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar
- % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar

KONDISI SEKARANG

KONDISI MASA DEPAN

I. PENDAHULUAN



1.1. Latar Belakang

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

Dengan memusatkan organisasi pada hal-hal yang sangat penting, renstra bertindak sebagai kompas yang membantu

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

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

Memperhatikan pentingnya integrasi misi pendidikan, layanan dan riset yang unggul dalam menghadapi tantangan yang berkembang di masa mendatang, maka dibutuhkan sebuah dokumen **Revisi** rencana strategis periode tahun 2017 – 2019 yang disusun dalam kerangka integrasi tersebut. Dokumen RSB ini diharapkan akan menentukan arah dan prioritas strategis

RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 dalam mengemban misi dan mencapai visi organisasi.

I.2 Tujuan

Penyusunan RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 mempunyai tujuan pokok sebagai berikut:

- (i) menghasilkan peta jalan (*road map*) untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 - 2019
- (ii) menjadi dasar untuk mengomunikasikan arah dan prioritas strategis pengembangan dan pengelolaan RSUP Fatmawati kepada para pemangku kepentingan inti (*key stakeholders*)
- (iii) menjadi dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan visi dan misi RSUP Fatmawati
- (iv) menjadi salah satu acuan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders* inti RSUP Fatmawati

I.3 Metodologi Penyusunan RSB

Dalam menyusun RSB RSUP Fatmawati periode tahun 2017 – 2019 ini, dilakukan sejumlah fase sebagai berikut:

(a) Menentukan analisa lingkungan dan kinerja

Fase ini dilakukan untuk menganalisa dinamika tuntutan dari lingkungan eksternal dan internal RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2017 - 2019. Analisa ini dilakukan dengan mengidentifikasi apa saja harapan dan kekhawatiran *stakeholders* kunci dari RSUP Fatmawati untuk kurun waktu tahun 2017 – 2019. Fase ini juga dilengkapi dengan aktivitas: menganalisa kinerja pembandingan yang cukup baik (*benchmark*/patok duga), dan mengidentifikasi aspirasi manajemen RSUP Fatmawati, khususnya harapan dan kekhawatiran manajemen menghadapi dinamika tuntutan *stakeholders* kunci dalam kurun waktu tahun 2017 – 2019.

- (b) Menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati
- Fase ini bertujuan untuk menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati untuk kurun waktu tahun 2017 – 2019. Fase ini akan menganalisa kekuatan (*strength*), kekurangan/kelemahan (*weakness*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*). Dalam fase ini, dilakukan juga analisa daya saing terhadap RSUP Fatmawati dalam menghadapi peluang dan ancaman serta mempertimbangkan kekuatan dan ancaman. Berdasarkan hasil analisa daya saing selanjutnya dilakukan analisa TOWS. Berbagai sasaran strategis yang direkomendasikan dari analisa TOWS menunjukkan prioritas strategis yang hendak dilakukan oleh RSUP Fatmawati dalam kurun waktu tahun 2017 – 2019. Berdasarkan sasaran strategis yang teridentifikasi, peta strategi ditentukan. Peta strategi dalam dokumen ini merupakan gambaran jalinan sebab-akibat berbagai sasaran strategis RSUP Fatmawati untuk mencapai visi 2019. Jalinan sebab-akibat sasaran strategis tersebut

digambarkan dalam perspektif *learning&growth*, perspektif *internal business process*, perspektif *stakeholders* serta perspektif finansial. Berdasarkan peta strategi tersebut, setiap sasaran strategis ditentukan KPI (*Key Performance Indicator*) yang relevan. Peran KPI ini adalah untuk menentukan tingkat keberhasilan (kualitatif) pencapaian suatu sasaran strategis dalam mewujudkan visi RSUP Fatmawati. Setiap KPI dilengkapi dengan target KPI yang menggambarkan ukuran kuantitatif keberhasilan pencapaian sasaran strategis pada suatu tahun. Target KPI ditentukan dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019.

- (c) Menentukan program kerja strategis RSUP Fatmawati:
Bagian ini akan menjelaskan apa saja program kerja strategis yang dibutuhkan oleh RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi 2019. Program kerja strategis menggambarkan kumpulan rencana aksi atau kegiatan yang diperkirakan dapat mewujudkan suatu sasaran strategis. Program kerja strategis ditentukan mulai dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019.

- (d) Analisa dan mitigasi risiko
Bagian ini bertujuan utama untuk mengidentifikasi apa saja risiko yang dapat menggagalkan pencapaian atau keterwujudan sasaran strategis. Bagian ini juga bertujuan untuk menilai tingkat risiko, serta merencanakan upaya mitigasi risiko yang dibutuhkan, sedemikian sehingga visi RSUP Fatmawati bisa dicapai.
- (e) Proyeksi pendapatan dan anggaran
Bagian ini bertujuan utama untuk menyajikan informasi tentang estimasi pendapatan usaha dan berbagai bentuk biaya yang akan terjadi terkait dengan upaya mewujudkan berbagai sasaran strategis guna mewujudkan visi RSUP Fatmawati.

FGD (*Focus Group Discussion*) telah digunakan untuk menyusun **REVISI** RSB RSUP Fatmawati periode tahun 2017-2019. FGD merupakan salah satu metode pengambilan keputusan kelompok yang menggabungkan pengambilan suara para anggota tim ahli (*expert*) dengan diskusi terbatas untuk menciptakan konsensus

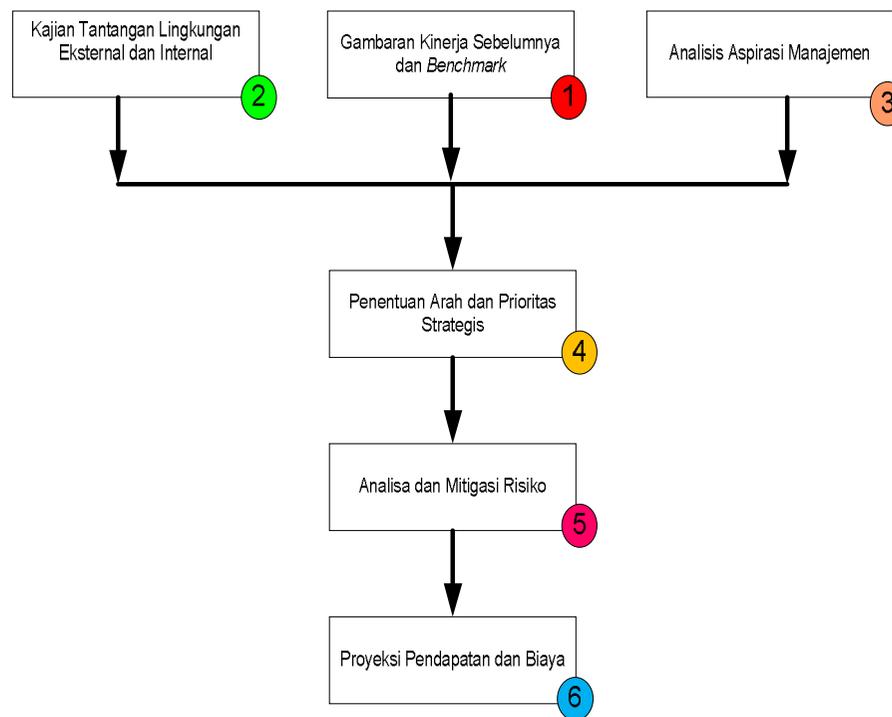
dan mendapatkan keputusan tim. Penyusunan Revisi RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 dilakukan dengan melibatkan jajaran manajemen puncak RSUP Fatmawati. Alasan menggunakan metode FGD dalam penyusunan RSB adalah sebagai berikut :

- FGD dihadiri oleh orang-orang yang sangat memahami tentang seluk beluk arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati, sehingga kualitas informasi yang diperoleh akan sangat tinggi.
- FGD memungkinkan proses perumusan dan pemilihan terjadi secara interaktif, sehingga seorang peserta akan dapat memperbaiki rumusan atau pilihannya setelah mendengarkan argumentasi yang disampaikan oleh anggota FGD lainnya.
- FGD dibagi dalam beberapa tahapan untuk memberikan kesempatan kepada peserta untuk melahirkan suatu rumusan terbaik yang dipilih atau disepakati dalam diskusi tersebut. Dengan kata lain, pendekatan FGD ini juga digunakan untuk mendorong semua peserta agar

mempunyai tingkat partisipasi yang sama dalam setiap tahapan diskusi, tanpa harus dibebani oleh alasan senioritas, jabatan, atau hambatan kepribadian.

- FGD cocok diterapkan untuk permasalahan yang sensitif dan penting, seperti dalam penyusunan RSB RSUP Fatmawati. Metode ini dapat digunakan dalam pengambilan keputusan untuk tahapan-tahapan penyusunan RSB karena diperkirakan terdapat perbenturan gagasan dan pembahasan berbelit-belit di antara peserta FGD.
- FGD memungkinkan terbentuknya suatu komitmen di antara peserta tentang hal-hal yang telah disepakati dan kemudian digunakan sebagai dasar untuk eksekusi RSB RSUP Fatmawati pada periode tahun 2017 – 2019.

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



Gambar 1.1. Metodologi Penyusunan Revisi RSB RSUP Fatmawati Periode 2017 – 2019

II. GAMBARAN KINERJA RSUP FATMAWATI 2015-2016

2.1. Gambaran Umum RSUP Fatmawati

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

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

Perubahan status RSUP Fatmawati sebagai berikut :

- a) Tahun 1984 melalui SK Menkes RI No.294/Menkes/SK/V/1984, SK Menkes No. 1306/Menkes/SK/III/1988 RSUP Fatmawati dinyatakan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas B Pendidikan dan sebagai Pusat Rujukan Wilayah Jakarta Selatan.
- b) Tahun 1992 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana bersyarat dan dua tahun kemudian menjadi Rumah Sakit Umit Swadana tanpa syarat.
- c) Tahun 1997 dengan diberlakukannya UU No.20 Tahun 1997, RSUP Fatmawati berubah menjadi Instansi pengguna PNB (Penerimaan Negara bukan Pajak)
- d) Tahun 2000 berdasarkan PP No.117 tahun 2000 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Perjan (Perusahaan Jawatan)
- e) Tahun 2005 melalui surat Menkes RI No.1861/Menkes/VI/2005 dan SK Menkes RI No.1243/Menkes/VIII/2005, RSUP Fatmawati menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU)
- f) Tahun 2008 berdasarkan SK Menkes RI No.424/Menkes/SK/VI/2008 RSUP Fatmawati ditetapkan

sebagai RSU dengan pelayanan unggulan Bidang Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik.

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

2.2. Pencapaian Kinerja 2015-2016

Salah satu pencapaian kinerja yang sangat membanggakan pada rentang tahun 2015 – 2016 adalah diperolehnya akreditasi KARS dan JCI (*Joint Commission Internasional*) yang kedua kali, hal ini menggambarkan bahwa tatakelola klinis dan manajerial RSUP Fatmawati tetap bisa dipertahankan sesuai standar internasional.

Secara lebih rinci, capaian-capaian indikator-indikator utama terkait aspek manajemen pelayanan medik dan aspek mutu pelayanan medik juga terus mengalami peningkatan selama tahun 2014-2016, seperti terlihat pada Tabel 2.1.

2.3. Evaluasi Kinerja 2014-2016

Hasil evaluasi kinerja RSUP Fatmawati 2014-2016 menunjukkan beberapa hal:

- Adanya trend yang menurun dari cakupan rawat jalan, rawat darurat maupun rawat inap dapat diasumsikan bahwa fungsi rujukan sudah mulai baik, untuk itu mengingat fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Umum Pusat dan diharapkan dapat lebih focus menjadi rujukan nasional dengan layanan unggulan spine dan trauma di tahun 2019
- Proses integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian harus lebih ditingkatkan agar fungsi RSUP Fatmawati sebagai Rumah Sakit Pendidikan dapat berjalan dengan optimal memuaskan semua stakeholdernya.

Tabel 2.1. Pencapaian Kinerja 2014-2016

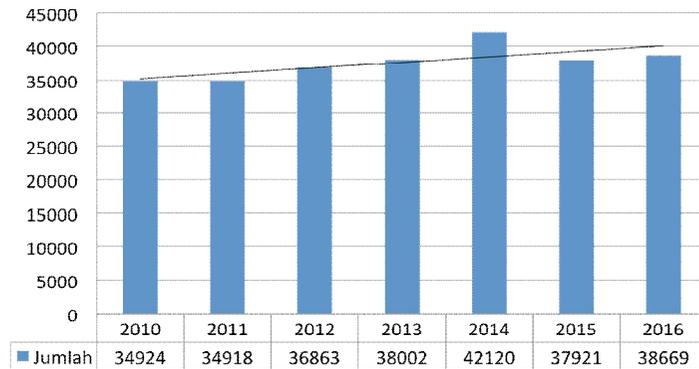
No	Indikator Utama	CAPAIAN		
		2014	2015	2016
Aspek Manajemen Pelayanan Medik				
1	Tingkat Kesehatan BLU RS	80.45(AA)	80.4 (AA)	73.65(A)
2	Tingkat Kepuasan Pasien berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat	75.6	79.02	80.4
3	BOR Rawat Inap (%)	75	73.6	79.55
4	Pengembalian Rekam Medik 2 x 24 jam	93.2 %	92.7%	89.7%
5	Kunjungan Gawat Darurat	47.124 (101.5%)	42.443(87.5%)	42.100(94.08%)
6	Kunjungan Rawat Jalan	350.965 (93.6%)	329.036(93.6%)	329.622(93.8%)
Aspek Mutu Pelayanan Medik				
1	Angka Phlebitis (%)	5.1	3.09	2.78
2	Angka infeksi luka operasi (%)	0.8	1.01	1.24
3	Angka infeksi saluran kemih (‰)	0.7	0.4	0.5

Tabel 2.1 Pencapaian Kinerja 2014-2016

2.4. Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan

A. Pertumbuhan Produktivitas

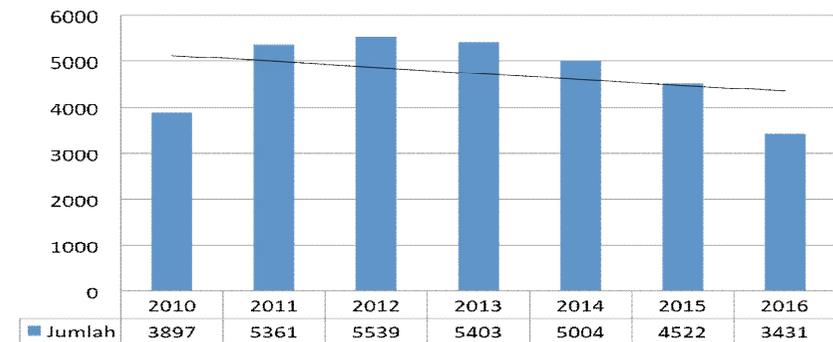
a. Kunjungan Gawat Darurat Umum Tahun 2010 – 2016



Cakupan gawat darurat pada 7 tahun terakhir tampak cenderung meningkat dengan puncak kunjungan di tahun 2014. Hal ini dapat diasumsikan karena lokasi strategis yang mudah diakses dari beberapa sentra aktivitas masyarakat di sekitar wilayah Jakarta Selatan maupun perbatasan propinsi disekitarnya, maka kunjungan pasien atau masyarakat yang membutuhkan pelayanan gawat darurat dalam 24 jam menjadi lebih meningkat. Pengembangan sistem dan fasilitas pelayanan gawat darurat dilakukan dalam mendukung program pemerintah dan

pemenuhan standar sebagai rumah sakit rujukan kelas A. Sistem rujukan berjenjang yang kurang optimal menyebabkan terjadinya peningkatan cakupan kunjungan di Instalasi Gawat Darurat masih belum sesuai kaidah system rujukan terbukti dengan data yang menunjukkan bahwa untuk kasus gawat 7,26%, tidak gawat 47,7% dan *false emergency* 44,96%.

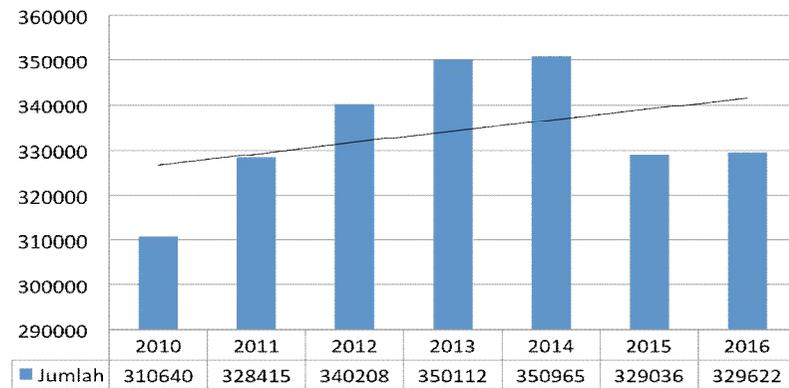
b. Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan Tahun 2010 – 2016



Untuk cakupan Kunjungan Gawat Darurat Kebidanan trendnya menurun karena ada saat capaian yang meningkat di tahun 2011-2013 dimana saat itu pemerintah mempunyai program Jaminan Persalinan (Jampersal) sehingga jumlah kunjungan tidak terkendali dengan baik. Dan dalam 5 tahun terakhir terlihat

kunjungan Gawat Darurat Kebidanan mengalami penurunan. Hal ini terjadi karena system rujukan berjenjang khususnya untuk kasus kebidanan sudah berjalan sangat baik. Puskesmas dan RSUD sudah mempunyai sumber daya dan fasilitas yang baik dalam penanganan gawat darurat kebidanan sehingga tidak lagi banyak merujuk kasuk kebidanan.

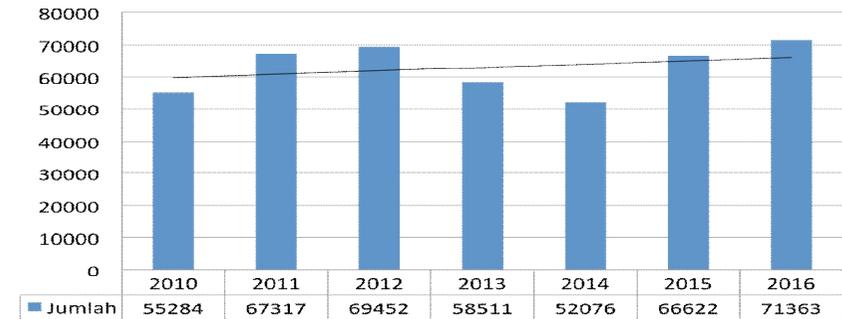
c. Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2010 – 2016



Grafik diatas menunjukkan layanan rawat jalan memiliki kecenderungan yang meningkat . Puncak kunjungan Rawat Jalan adalah tahun 2014 dimana baru dicanangkan program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Masyarakat antusias

mendaftarkan diri untuk mengikuti program JKN dan system rujukan berjenjang masih dalam tahap awal dan belum berjalan dengan baik. Namun dalam 2 tahun terakhir terlihat kunjungan Rawat Jalan menurun karena system rujukan berjenjang sudah berjalan dengan baik dan sudah beroperasinya RSUD di wilayah Jakarta Selatan (RSUD Pasar Minggu) yang sudah menyerap cukup banyak pasien yang biasanya langsung dirujuk ke RSUP Fatmawati.

d. Kunjungan Rawat Jalan Rehabilitasi Medik Tahun 2010-2016

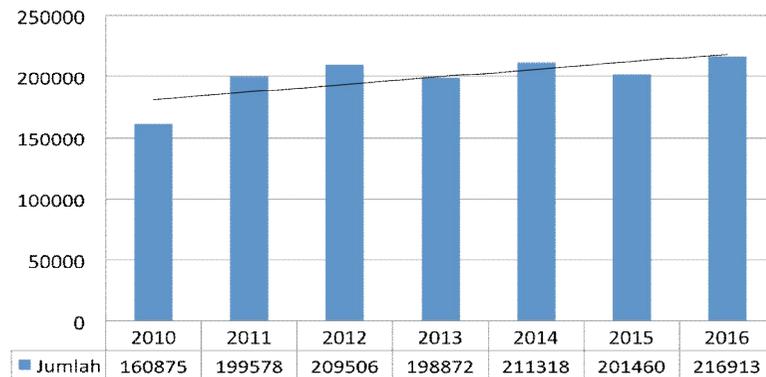


Pelayanan Rehabilitasi Medik merupakan salah satu pelayanan Unggulan RSUP Fatmawati yang terdiri atas pelayanan fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, psikologi, orthotik prostetik,

rehabilitasi terpadu geriatri, sosial medik, rehabilitasi jantung, osteoporosis, olahraga DM.

Cakupan Kunjungan Rehabilitasi Medik juga menunjukkan trend yang meningkat walaupun pada tahun 2013 dan 2014 terlihat menurun yang disebabkan adanya renovasi gedung, sarana dan prasarana di Instalasi Rehabilitasi Medik. Namun Kunjungan kembali meningkat di tahun 2015 dan 2016 karena adanya perbaikan jaminan JKN untuk pelayanan Rehabilitasi Medik.

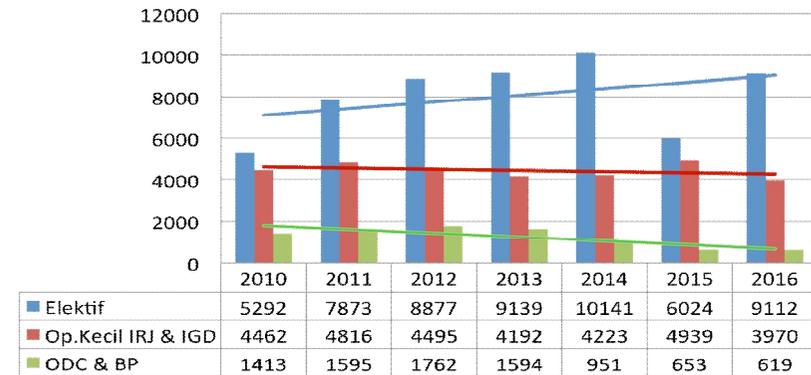
e. Hari Perawatan Rawat Inap Tahun 2010 – 2016



Hari perawatan pasien di RSUP Fatmawati trendnya juga meningkat yang menggambarkan tingkat penggunaan tempat

tidur cukup baik. Namun untuk severity level pasien yang dirawat di RSUP Fatmawati sebagai RS rujukan yang memiliki severity level 2 dan 3 masih belum mencapai 50 %. Walaupun BOR belum maksimal namun masih cukup tinggi angka stagnasi, hal ini disebabkan karena adanya kebutuhan ruang rawat khusus seperti Intensif Care, High Care Unit, dan lainnya yang semakin meningkat .

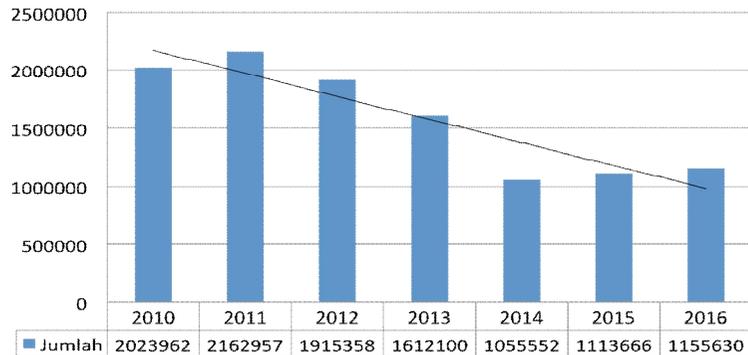
f. Cakupan Kamar Operasi Tahun 2010 - 2016



Cakupan kamar operasi terdiri dari cakupan operasi elektif, operasi kecil, operasi bedah prima (*one day care*). Trend operasi elektif meningkat, hal ini dibuktikan dengan meningkatnya kasus-

kasus berat yang ditangani. Pengembangan Kamar Operasi telah dilakukan pada tahun 2016 menjadi total 21 Kamar Operasi (OK), mencakup OK Cito, elektif dan kebidanan, namun hal ini belum dipergunakan secara optimal karena keterbatasan sumber daya dan sarana-prasarana.

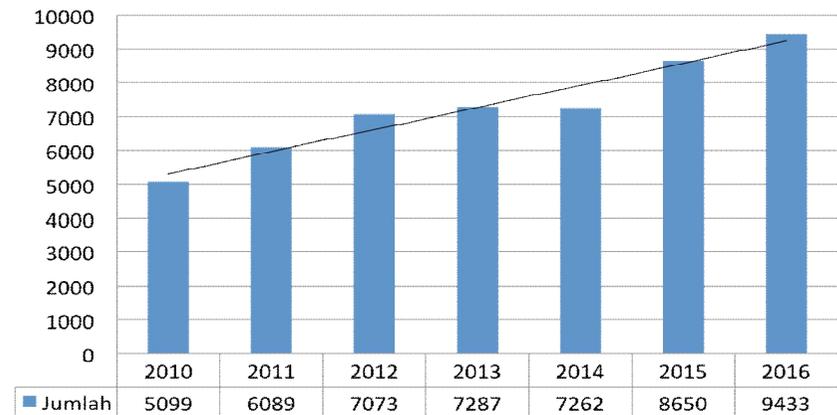
g. Kegiatan Laboratorium Klinik Tahun 2010 - 2016



Dengan didukung *Laboratory Automation System* kegiatan pemeriksaan Laboratorium cenderung meningkat pada tahun 2011. Namun mulai 2012 cenderung menurun karena adanya penyempurnaan standar mutu beberapa Panduan Praktik Klinik (PPK) selain itu juga adanya upaya pengendalian mutu dan biaya

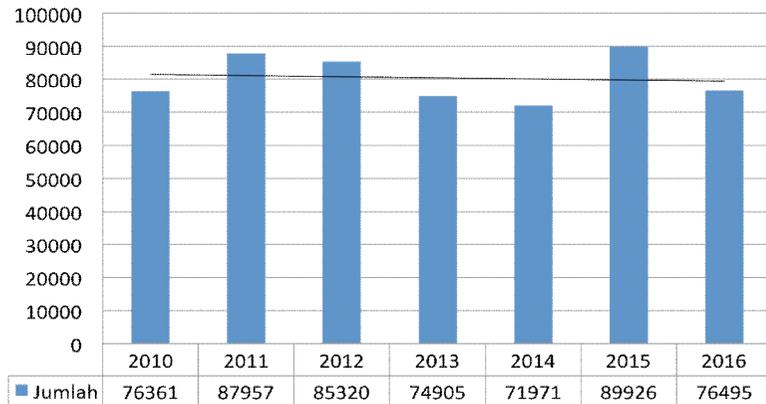
dalam pelayanan kesehatan sehingga pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium hanya mencapai 0,79.

h. Kegiatan Patologi Anatomi Tahun 2010 – 2016



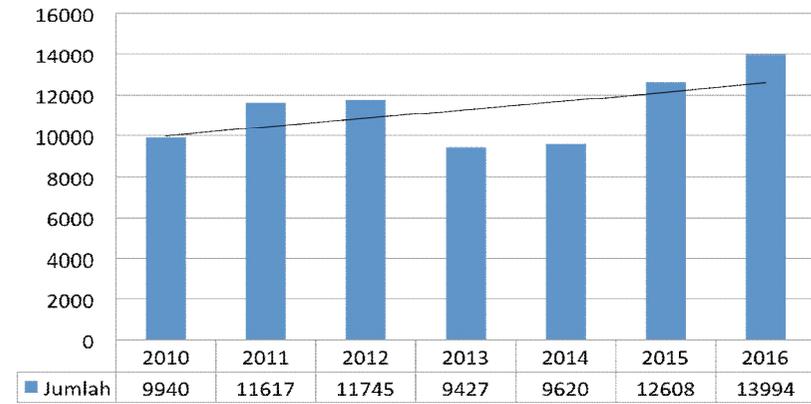
Kegiatan pemeriksaan Patologi Anatomi cenderung meningkat baik pemeriksaan sitologi dan histologi, terkait dengan peningkatan jumlah pasien operasi dan peningkatan jumlah pasien yang terdeteksi kanker. Pertumbuhan pelayanan Patologi Anatomi sebesar 1,4.

i. Kegiatan Radiologi Tahun 2010 – 2016



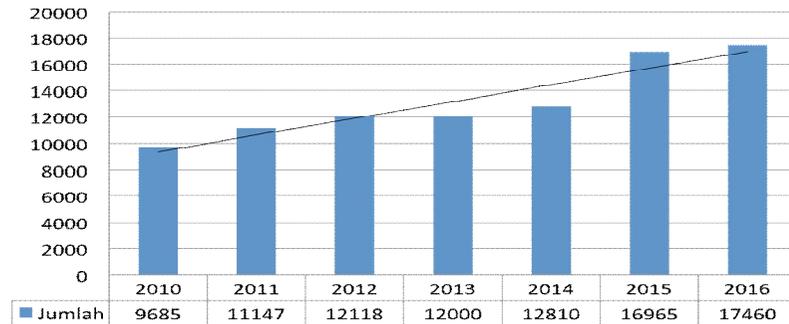
Kegiatan pemeriksaan radiologi cenderung menurun. Hal ini disebabkan adanya beberapa kerusakan alat dan ketidaktersediaan alat medik di RSUP Fatmawati, sehingga harus dirujuk diluar RSUP Fatmawati. Pertumbuhan pelayanan radiologi 0,98.

j. Kegiatan Pemeriksaan Khusus Tahun 2010 – 2016



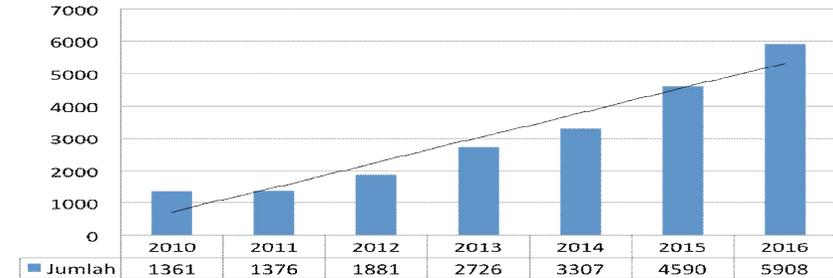
Kegiatan pemeriksaan khusus terdiri atas pemeriksaan EEG, EMG, EKHO, FFT, Treadmill, Audiometri, Timpanometri, Spirometri, BERA, Doppler, TCD, TTB, Endoscopy, Bronkoskopi, *Holter Monitoring*, Fibroscan, *Bone Marrow Puncture*, Spasmofilia, *Harvey Maslan Test*, dan Fungsi Asites. Tampak pada grafik disamping menunjukkan trend yang cenderung meningkat, disebabkan karena severity pasien di level 2 dan 3 membutuhkan beberapa tambahan pemeriksaan diagnostic untuk memperkuat diagnose.

k. Kegiatan Hemodialisa Tahun 2010 – 2016



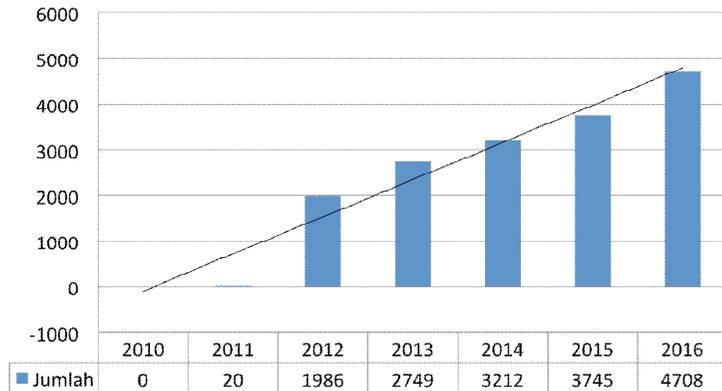
Pelayanan Hemodialisa dengan kapasitas 20 mesin menunjukkan *trend* yang meningkat. Penurunan pada tahun 2013 sebanyak 118 orang (1%). Hal ini juga disebabkan mulai dikembangkan sistem pelayanan *Coronary Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD). Pertumbuhan pelayanan hemodialisa sebesar 1,42. Di tahun 2015 dan 2016 pelayanan hemodialisa dikembangkan dengan ditambahkan pelayanan menjadi 3 shift dan penjaminan oleh BPJS untuk pelayanan ini sudah sangat baik.

l. Kegiatan Kemoterapi Tahun 2010 – 2016



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

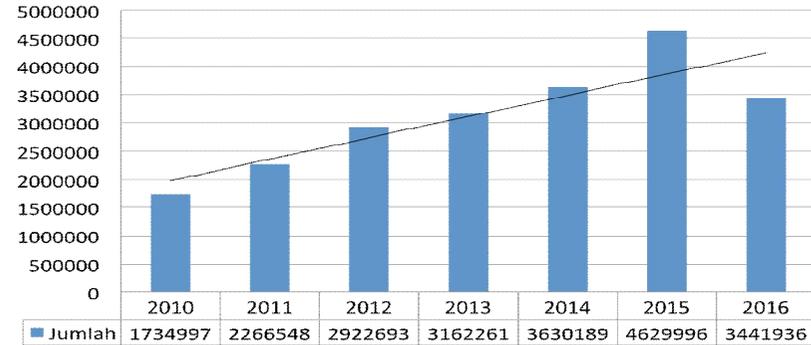
m. Kegiatan Pelayanan Thallasaemia Tahun 2010 – 2016



Pelayanan Thalassaemia dimulai sejak tahun 2012 dan trend cakupan pelayanan cenderung meningkat.

Dengan adanya pengembangan pelayanan Thalassaemia, saat ini sudah ada 16 TT dengan rata-rata pasien per hari sebanyak 25 pasien membuat cakupan pelayanan pasien Thallasaemia meningkat tiap tahunnya.

n. Jumlah Resep Farmasi Tahun 2010-2016



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

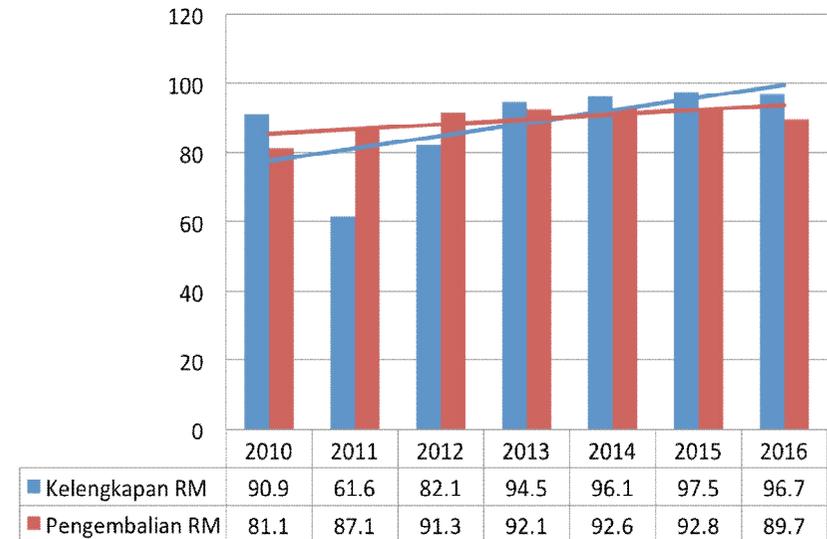
B. Efektivitas Pelayanan

a. BOR, LOS, TOI dan BTO Tahun 2010-2016



Gambaran grafik diatas menunjukkan bahwa efektivitas pelayanan rawat inap di RSUP Fatmawati sudah lebih baik, terlihat dengan semakin meningkatnya BOR dan stabilnya lama rawat pasien. Demikian juga untuk angka turn over maupun pemanfaatan tempat tidur masih dalam batas standar baik. Hal ini menunjukkan pengembangan ruang rawat inap sudah dilakukan sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat.

e. Kelengkapan & Pengembalian Rekam Medis Tahun 2010-2016



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

C. Pendidikan dan Pelatihan

a. Persentase kepuasan pelatihan



Persentase kepuasan pelatihan (*in house training*) masih belum sesuai target (85%). Masih terdapat beberapa keluhan peserta latih terutama dalam hal sarana prasarana penunjang pelatihan serta penjadwalan.

b. Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT



Jumlah Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT dalam kurun waktu 3 tahun terakhir total sebesar 116 orang dokter dari 128 orang Dokdiknis (90.6%).

c. Persentase Penelitian Internal yang dipublikasikan



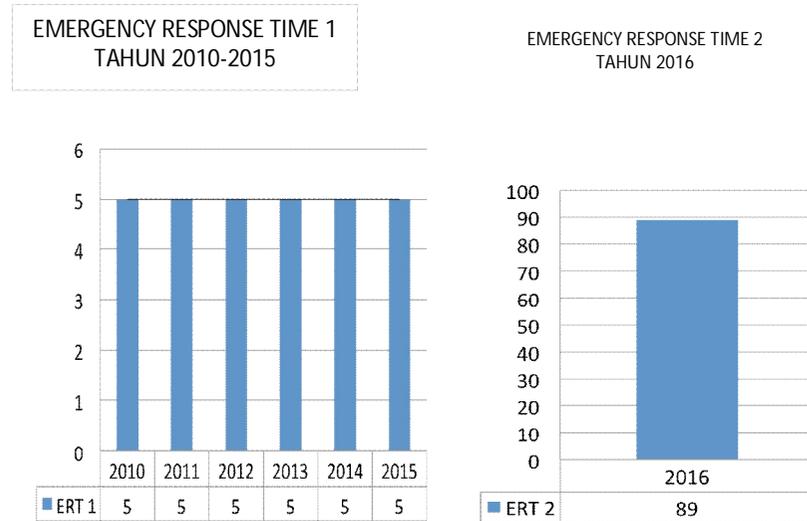
Publikasi penelitian yang dimaksud adalah hasil – hasil penelitian pegawai RSUP Fatmawati yang difasilitasi publikasinya oleh Bagian Diklit melalui jurnal/pertemuan ilmiah nasional maupun internasional.

d. Program *Reward and Punishment*

Program *Reward* dan *Punishment* telah dilaksanakan, dimana untuk *reward* diberikan berupa Penghargaan atas prestasi kerja yang baik seperti promosi jabatan, kenaikan pangkat, Penghargaan berupa menunaikan ibadah umroh/haji atau ibadah lainnya, sedangkan untuk program *punishment* berupa sanksi ringan antara lain teguran lisan, tertulis, pernyataan tidak puas sampai dengan sanksi berat berupa pemberhentian dengan tidak hormat sebagai pegawai.

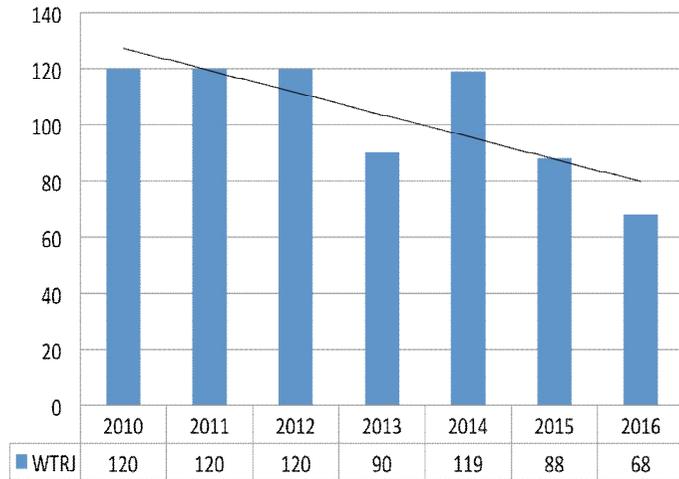
D. Mutu Pelayanan

a. *Emergency Response Time Rate* Tahun 2010-2016



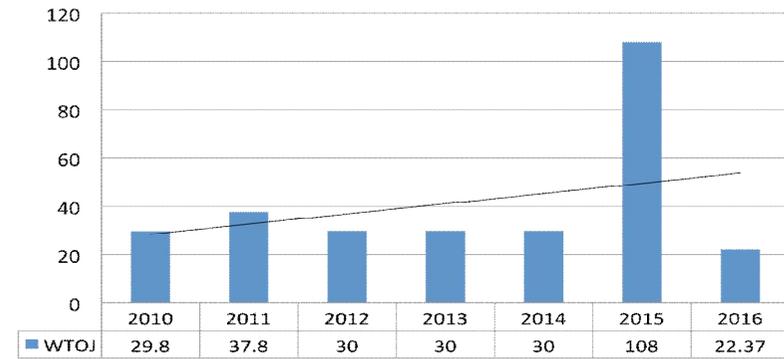
Rata-rata waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di ruangan gawat darurat mata pra dan post tindakan standar ≤ 8 menit.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2010-2016



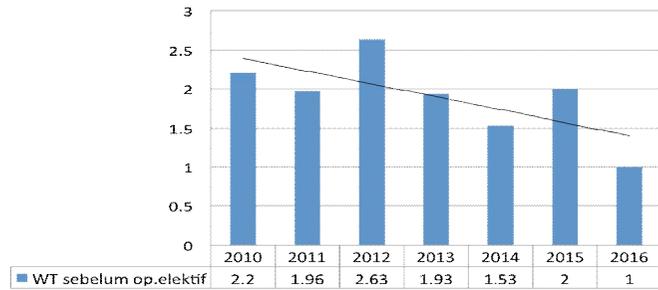
Waktu tunggu pelayanan rawat jalan dalam 4 tahun terakhir cenderung mengalami perbaikan dari 120 menit menjadi 68 menit. Namun hal ini belum sesuai standar waktu tunggu rawat jalan yaitu 30 menit.

c. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi 2010-2016



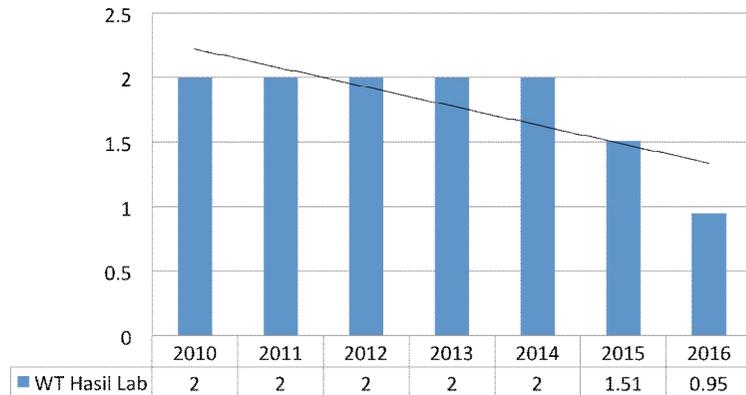
Waktu pelayanan resep obat jadi dalam 4 tahun terakhir cenderung menurun yang artinya mengalami perbaikan dan di tahun 2016 telah sesuai standar kecepatan pelayanan resep obat jadi yaitu <30 menit.

d. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif 2010-2016



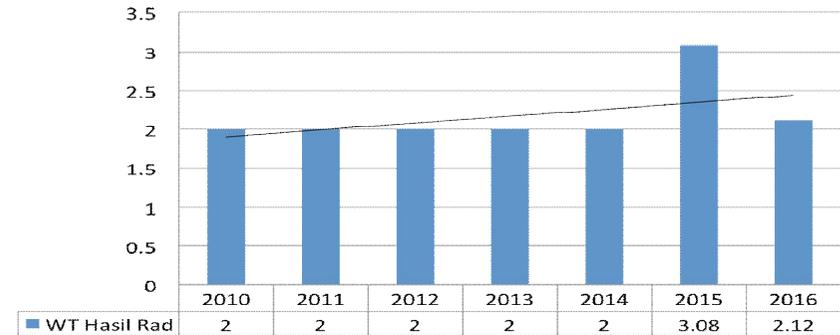
Waktu tunggu sebelum operasi elektif dalam 4 tahun terakhir cenderung mengalami perbaikan mendekati / sesuai standar yaitu 2 hari.

e. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium 2010-2016



Waktu tunggu hasil laboratorium untuk pelayanan *emergency* telah sesuai standar (≤ 3 jam).

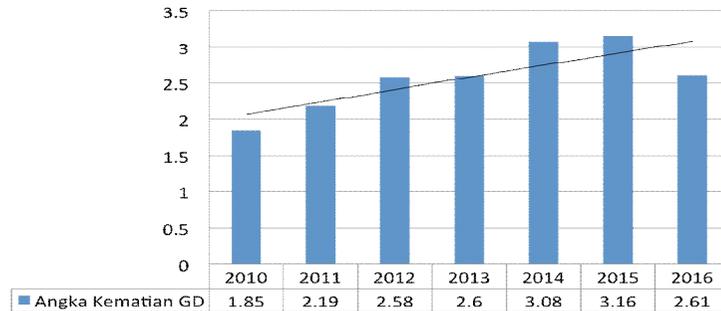
f. Waktu Tunggu Hasil Radiologi 2010-2016



Waktu tunggu hasil Radiologi untuk pelayanan *emergency* telah sesuai standar (≤ 3 jam)

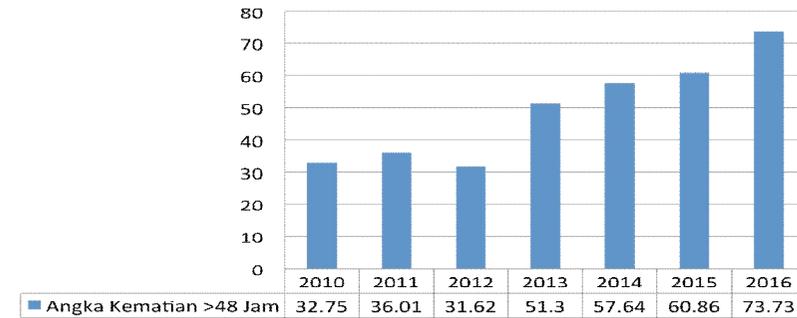
E. Mutu Klinik

a. Angka Kematian di Gawat Darurat 2010-2016



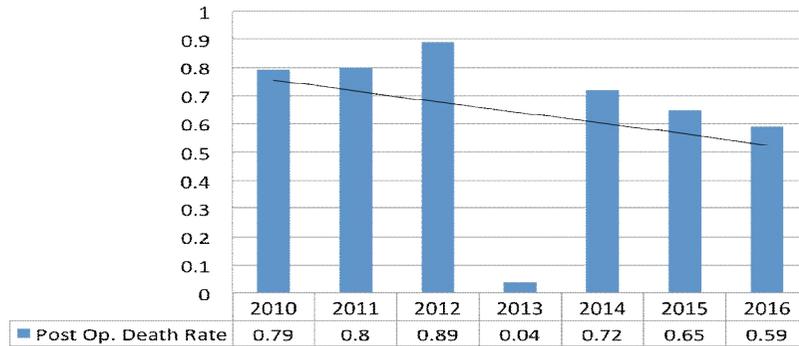
Terjadi peningkatan angka kematian di Gawat Darurat RSUP Fatmawati, seiring dengan peningkatan cakupan layanan Instalasi Gawat Darurat yang berfungsi sebagai rujukan wilayah Jakarta Selatan dan sekitarnya (Depok, Tangerang Selatan, Bogor)

b. Angka Kematian > 48 jam 2010-2016



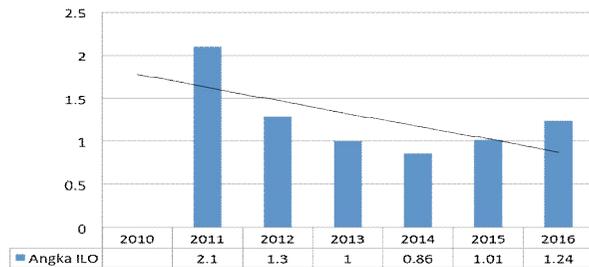
Terjadi peningkatan angka kematian >48 jam yang mencapai 73,73 per mil. Rata-rata jumlah kematian pasien di RSUP Fatmawati sekitar 10 orang per hari.

c. Post Operative Death Rate 2010-2016



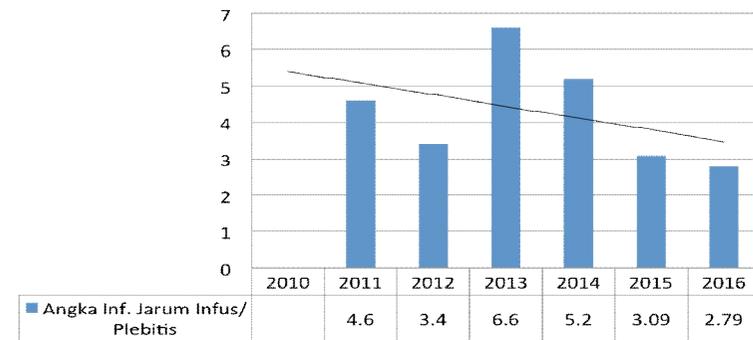
Terjadi penurunan angka *post operative death rate* dalam beberapa tahun terakhir. Hal ini merupakan hasil dari upaya peningkatan mutu pelayanan operasi yang menerapkan “*Safety Surgery*”

d. Angka Infeksi Luka Operasi 2010-2016



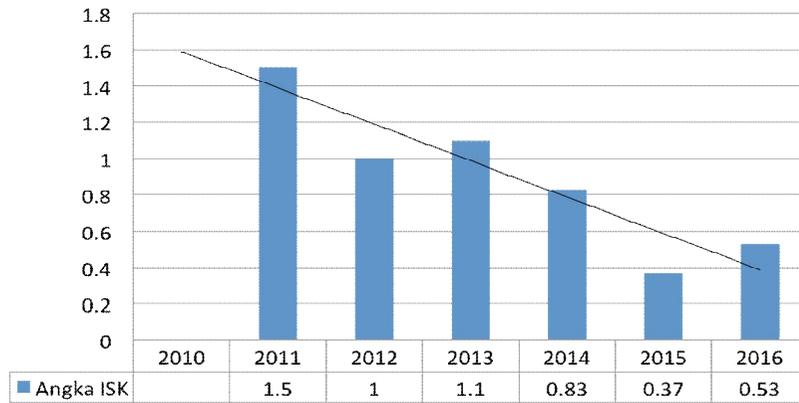
Pada tahun 2010, Angka infeksi luka operasi (ILO) belum termasuk indikator mutu klinis. Tampak cenderung perbaikan dengan adanya penurunan angka ILO di RSUP Fatmawati sampai 1% dibandingkan *benchmark* sebesar 0,8 %

e. Angka Infeksi Jarum Infus / Phlebitis 2010-2016



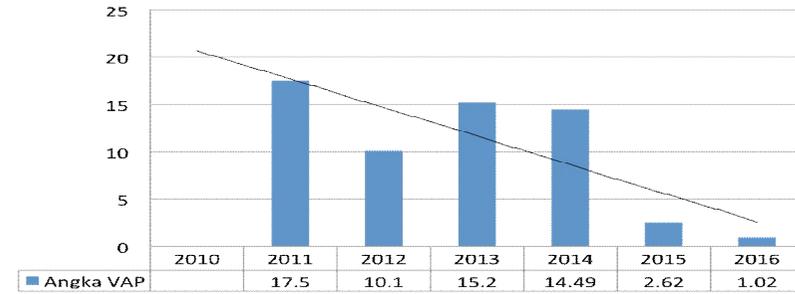
Pada tahun 2010, indikator ini belum termasuk indikator mutu klinis. Sampai dengan tahun 2013 kecenderungan peningkatan angka phlebitis RSUP Fatmawati sampai 6,6 per mil yang masih tergolong tinggi dibandingkan *benchmark* sebesar 3 per mil, namun dalam 3 tahun terakhir mengalami perbaikan dengan adanya berbagai upaya seperti peningkatan kompetensi SDM dan sebagainya.

f. Angka Infeksi Saluran Kemih 2010-2016



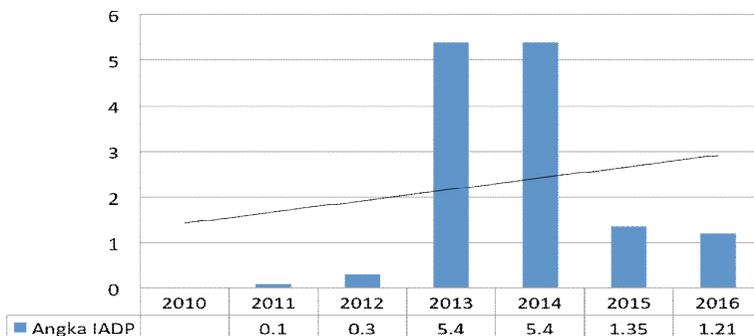
Pada tahun 2010, Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK) belum termasuk indikator mutu klinis. Tampak cenderung perbaikan dengan adanya penurunan angka infeksi saluran kemih (ISK) di RSUP Fatmawati sampai 1.1 per mil dan masih tinggi dibandingkan *benchmark* sebesar 0,9 per mil

g. Angka Ventilator Associated Pneumonia 2010-2016



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

h. Angka Primary Blood Stream Infection (Infeksi Aliran Darah / IADP) 2010-2016



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

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

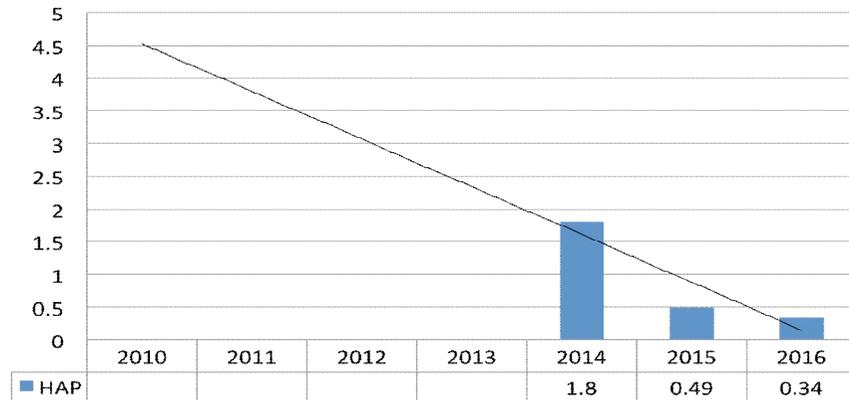
dari CDC. Dengan demikian risiko infeksi yang bisa terjadi pada pasien harus lebih diperhatikan lagi dengan cara melakukan identifikasi di seluruh area khususnya yang memiliki kontak dengan pasien sehingga dapat dilakukan upaya upaya yang bisa menurunkan angka kejadian infeksi. Sedangkan untuk Indikator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

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

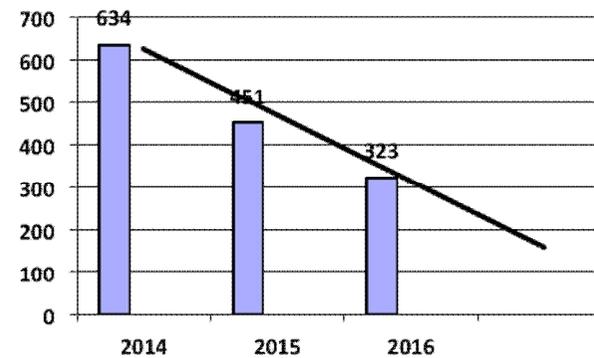
Demikian juga dengan angka Phlebitis, keterampilan petugas, kelengkapan sarana dan prasarana dan kondisi pasien turut menjadi faktor penyebab tingginya angka Phlebitis. Sehingga upaya menurunkan angka HAIIS tersebut ditujukan pada hal-hal tersebut diatas. Walaupun angka infeksi masih diatas dari data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

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

i. Hospital Acquired Pneumonia tahun 2014-2016



Komplain pelanggan dapat disampaikan melalui berbagai media ataupun disampaikan secara langsung ke Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas. Media complain pelanggan adalah : kotak saran, telepon, SMS, website, e-mail, facebook, dan twitter.

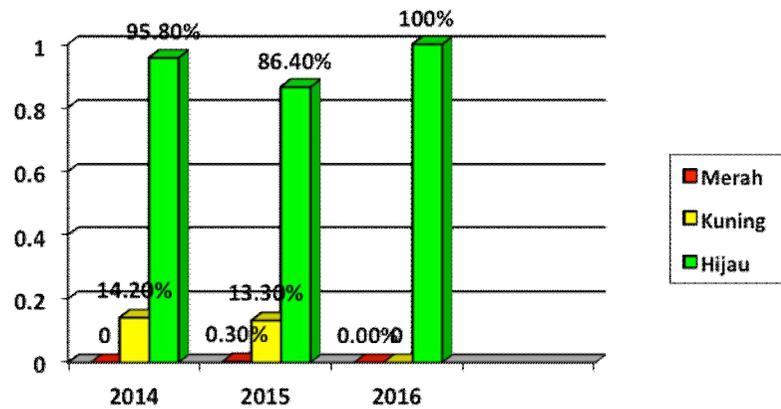


F. Kepuasan Pelanggan

a. Penanganan Komplain

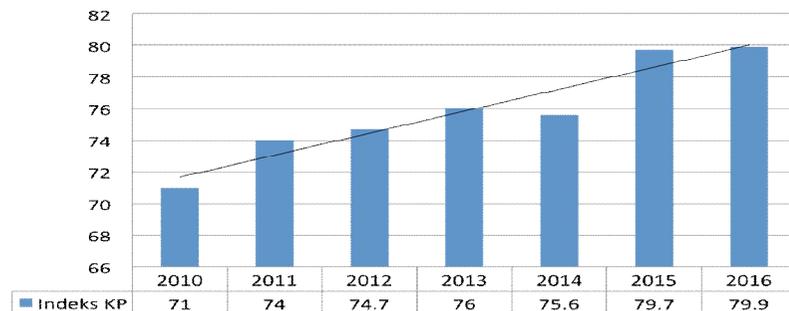
Penanganan pengaduan/komplain merupakan indikator yang diukur mulai pada tahun 2013 dengan prosentase pengaduan yang ditindak lanjuti 96,6% (standar $\geq 60\%$)

Jumlah komplain dari tahun 2014 sampai dengan 2016 terlihat mengalami penurunan, hal ini karena adanya upaya penanganan komplain dalam waktu kurang dari 24 jam. Sedangkan menurut grading, maka komplain dikategorikan menjadi 3 yaitu Merah, Kuning dan Hijau.



b. Indeks Kepuasan Pelanggan

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



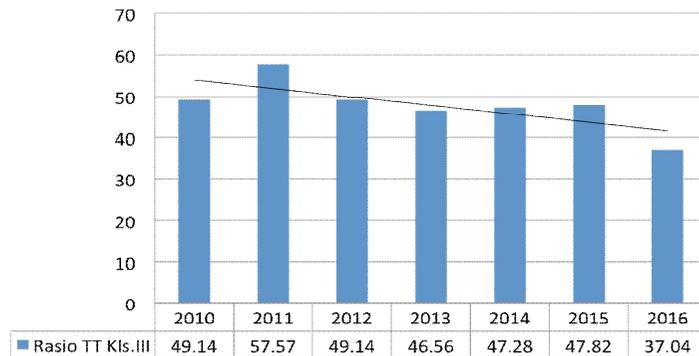
Grafik diatas menggambarkan tingkat kepuasan pasien di RSUP Fatmawati selama tahun 2010 sampai 2016 menunjukkan ada kecenderungan yang meningkat walaupun masih belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu 80%. Hal ini juga sejalan dengan penurunan jumlah complain, yang dapat diartikan bahwa pelanggan RSUP Fatmawati semakin puas dengan pelayanan yang diberikan. Dengan gambaran ini diharapkan ada upaya lebih baik lagi untuk melakukan perbaikan disetiap lini pelayanan yang dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.

G. Kepedulian kepada Masyarakat

Indikator Kepedulian kepada Masyarakat pada tahun 2010-2013 meliputi pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain, penyuluhan kesehatan (PKMRS), rasio tempat tidur kelas III. Adapun pencapaian pada 4 tahun terakhir adalah sebagai berikut :

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

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



Pada tahun 2011 rasio kelas III ditingkatkan sampai 57,57% dengan dibukanya *Charity Ward* di Instalasi Teratai. Namun trend menurun sampai pada tahun 2013 dengan adanya alih fungsi dan

perubahan kapasitas tidur karena penyediaan ruang perawatan khusus seperti ICU, NICU, PICU, ICCU, *High Care Unit*, ruang isolasi, *Intermediate Ward* sehingga merubah komposisi rasio tempat tidur. Ruang perawatan khusus ini sebagian besar juga dipergunakan untuk merawat pasien tidak mampu ($\pm 25\%$), sehingga pada tahun 2013 rasio kapasitas tempat tidur kelas III mencapai $\pm 70\%$.

Namun, sejak dicanangkan program JKN, kebutuhan ruang rawat kelas 1 semakin meningkat sesuai dengan antusiasme masyarakat untuk ikut serta dalam program JKN khususnya kelas 1. Hal ini membuat RS melakukan beberapa penyesuaian ratio kapasitas tempat tidur dengan memperbesar kapasitas tempat tidur kelas 1 dan kelas khusus.

2.5 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

Tabel 2.2 menunjukkan gambaran capaian kinerja keuangan RSUP Fatmawati tahun 2013-2015, dengan dasar perhitungan :

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per 54/PB/2013.

No	Indikator	Bobot	2013		2014		2015	
			Haper	Nilai Riil	Haper	Nilai Riil	Haper	Nilai Riil
1	Cash Ratio	2	88.03%	0.50	201.77%	1.50	199.43%	1.50
2	Current Ratio	2.5	379.88%	1.50	343.22%	1.00	471.42%	1.50
3	Collection Periods	2	49	1.00	35	1.50	59	1.50
4	Fixed Asset Turnover	2	24.11%	2.00	34.53%	2.00	32.43%	2.00
5	Return On Fixed Asset	2	2.35%	0.80	6.56%	2.00	4.21%	0.90
6	Return On Equity	2	2.46%	0.80	6.56%	1.60	4.66%	1.20
7	Inventory Turnover	2	5.59	0.50	7.43	0.50	9.59	0.50
8	Rasio Pendapatan Operasional thd Biaya Operasional	2.5	77.19%	2.50	92.68%	2.50	83.69%	2.50
9	Rasio Subsidi Pasien	2	4.07%	1.00	0.43%	0.00	0.24%	0.00
	TOTAL	19		10.60		12.60		11.60

Apabila dilihat berdasarkan Hasil Kinerja Aspek Keuangan RSUP Fatmawati pada Tahun 2014 di dibandingkan dengan Tahun 2013 untuk nilai rasio keuangan mengalami Kenaikan sebesar 2,00. namun pada Tahun 2015 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya sebesar 1,00. Hal ini disebabkan peningkatan pelayanan pasien BPJS Kesehatan yang berdampak pada penurunan pendapatan karena *Cost Recovery* Tarif INA CBG's lebih rendah dibandingkan dengan tarif yang ditetapkan oleh RSUP Fatmawati sedangkan biaya yang dikeluarkan tetap mengalami kenaikan. Dan peningkatan jumlah aset tetap yang tidak sebanding dengan peningkatan pendapatan hal ini dapat dilihat dari hasil perhitungan ROFA (*Return on Fixed Asset*) tahun 2015 dibandingkan dengan tahun 2014 mengalami penurunan sebesar 2,35%.

	INDIKATOR	2016		
		BOBOT	HAPER	NILAI
A	Rasio Keuangan			
1.	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	40,31%	0,25
2.	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,50	131,76%	0,5

	INDIKATOR	2016		
		BOBOT	HAPER	NILAI
3.	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2	40,85	1,00
4.	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	24,44%	2,00
5.	Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	0,96%	0,00
6.	Imbalan Equitas (<i>Return on Equity</i>)	2	1,06%	0,60
7.	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2	5,59	0,50
8.	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,50	76,06%	2,50
9.	Rasio Subsidi Biaya ien	2	0,16%	0,00
	B. Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU			
1.	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	Terpenuhi	2,00
2.	Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	2	Tepat Waktu	2,00
3.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)	2	Tepat Waktu	2,00

	INDIKATOR	2016		
		BOBOT	HAPER	NILAI
4.	Tarif Layanan	1	Terbit KMK	1,00
5.	Sistem Akuntansi	1	Ada	1,00
6.	Persetujuan Rekening	0,5	Ada	0,50
7.	SOP Pengelolaan Kas	0,5	Ada	0,50
8.	SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ada	0,50
9.	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ada	0,50
10.	SOP Pengadaan Barang & Jasa	0,5	Ada	0,50
11.	SOP Pengadaan Barang Inventaris	0,5	Ada	0,50
Total		30		18,35

Sumber data : Laporan Keuangan Audited Tahun 2016

Skor kinerja keuangan tahun 2016 tercapai 18,35 dibawah target RBA yang telah ditetapkan 26,5. Tidak tercapainya target tersebut karena skor rasio keuangan hanya tercapai sebesar 7,35 dari target sebesar 15,5 sedangkan skor rasio kepatuhan pengelolaan keuangan tercapai sebesar 11 sesuai dengan target. Dari 9 indikator rasio keuangan, hanya 3 indikator yang telah mencapai target yaitu **perputaran aset tetap, rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) dan perputaran persediaan** meskipun belum maksimal, sedangkan

indikator lainnya belum mencapai target yang telah ditetapkan. Indikator lainnya tersebut yaitu **rasio kas** dengan skor 0,25, **rasio lancar** skor 0,5, permasalahan ini disebabkan biaya perawatan pasien belum optimal sesuai dengan paket Ina CBGS dan dampak dari rujukan berjenjang, **Imbalan Aset Tetap** dan **Imbalan Ekuitas** masing-masing skor nil dan 0,6 dan **Rasio Subsidi Pasien** memperoleh skor nil. Skor Kinerja Aspek Kepatuhan pengelolaan keuangan BLU tahun 2016 memperoleh skor 11 atau telah mencapai skor maksimal dan sesuai target yang telah ditetapkan.

2. 6 Gambaran Sumber Daya Manusia RSUP Fatmawati saat ini

a. Menurut Status Kepegawaian

No	Status Pegawai	Jumlah
1	Pegawai Negeri Sipil	1683
2	Pegawai BLU Non PNS	327
3	Kontrak / PTT	505
	Total	2294

b. Menurut Jenis Tenaga

No	Jenis	PNS	PTT / Kontrak	BLU Non PNS	Jumlah
1	Medis	252	32	2	286
2	Keperawatan	668	327	136	1131
3	Non Perawatan	262	29	60	351
4	Non Medis	501	86	160	747
	Total	1683	474	358	2515

Sumber Data : Bag SDM 31 Januari 2017

2.7. Hasil Evaluasi Kinerja 2014-2016

Hasil evaluasi kinerja rumah sakit sejak tahun 2014 sampai 2016 menggambarkan hasil yang sudah baik, bisa terlihat rerata pencapaian

kinerja rumah sakit di tahun 2016 mencapai 103.7 % walaupun masih ada beberapa indikator yang pencapaiannya belum tercapai. Sementara itu untuk indikator mutu dan keselamatan pasien juga sudah bisa dibuktikan baik dengan sudah lulus secara paripurna untuk Akreditasi Nasional dan lulus langsung akreditasi Internasional oleh JCI untuk yang kedua kalinya. Demikian juga untuk Indikator Kinerja Individu maupun Indikator Kinerja Terpilih Direktur selama 3 tahun sejak 2014 sampai 2016 memberi hasil yang baik dengan rerata capaian IKI sebesar 1.5.

III. ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

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

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

3.1 Tuntutan *Stakeholders* Kunci

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

Tabel 3.1. Harapan dan Kekhawatiran Utama Stakeholder Kunci

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

3.2 Tantangan Strategis

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

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

3.3 Rumusan Visi, Misi dan Tata Nilai

Rumusan **Visi** RSUP Fatmawati tahun 2019 adalah:

Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan Spine dan Trauma tahun 2019.

Tujuan :

Goal yang akan dicapai pada akhir tahun 2019 adalah :

Terwujudnya dua layanan unggulan yang dilakukan secara integrasi lintas KSM sesuai standar internasional, yaitu :

- *Fatmawati Hospital Spine dan Trauma Center*
- *Endometriosis Center*

Rumusan **Misi** 2017-2019 RSUP Fatmawati adalah:

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

Rumusan **Tata Nilai** 2017-2019 RSUP Fatmawati adalah:

PROAKTIF

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

3.4 Patok Duga (*Benchmark*)

RSUP Fatmawati telah menetapkan Severance Hospital di Seoul, Korea Selatan sebagai acuan patok duga kinerjanya.

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

Dengan menggunakan Severance Hospital Korea Selatan sebagai *benchmark*, diharapkan RSUP Fatmawati dapat belajar dari rumah sakit ini bagaimana mengelola teknologi tinggi medik, meningkatkan pelayanan kemoterapi & haemodialisa, dan menurunkan angka infeksi dan penggunaan antibiotik. Hal ini karena Severance Hospital Korea Selatan merupakan rumah sakit

dengan teknologi yang tinggi, unggul dalam bidang Kemoterapi dan bidang yang sama dengan yang ingin diunggulkan oleh RSUP Fatmawati, yaitu bidang Bedah Orthopedi dan Rehabilitasi Medis. Severance Hospital Korea Selatan juga merupakan rumah sakit rujukan yang menggunakan obat antibiotik rasional.

Severance Hospital Seoul, Korea Selatan

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

Posisi RSUP Fatmawati dibandingkan dengan Severance Hospital dari sisi sumber daya manusia bisa dianggap setara karena bila melihat perbandingan jumlah SDM dengan kapasitas tempat tidur di Severance Hospital dengan sumber daya yang ada di RSUP Fatmawati tidak teralu beda. Di Severance Hospital jumlah SDM 5.470 dengan kapaitas TT 2294, dan di RSUP Fatmawati

jumlah SDM 2471 dengan kapasitas TT 772. Tetapi bila melihat hasil capaian kinerja di Severance bisa lebih baik yaitu BOR mencapai 76 % sementara di RSUP Fatmawati mencapai 70%, kunjungan rawat jalan perhari di Severance Hospital 7.681 sementara di RSUP Fatmawati 1.326.

Demikian pula dari sisi hasil Indeks Kepuasan Pelanggan di Severance Hospital bisa mencapai 91 % sementara di RSUP Fatmawati 76 %. Hal ini menunjukkan tingginya tingkat kualitas dan efektifitas dalam proses bisnis di Severance Hospital, hal seperti inilah yang perlu di tiru oleh RSUP Fatmawati. Hal yang memang tidak bisa dipungkiri adalah untuk teknologi informasi yang digunakan di Severance Hospital sudah sangat *advance* sementara di RSUP Fatmawati masih dalam taraf standar sehingga hal ini tentu berpengaruh terhadap kualitas beberapa proses salah satunya ketepatan waktu pelayanan.

Hal lain yang menonjol di Severance Hospital adalah kemudahan akses dan juga lingkungan yang sangat bersih, menyenangkan dan nyaman, hal ini mungkin yang membuat indeks kepuasan pelanggan menjadi tinggi. Untuk hal ini seharusnya bisa juga

ditiru oleh RSUP Fatmawati, bagaimana caranya menciptakan lingkungan yang menyenangkan dan nyaman bagi pasien.

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

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

3.5 Analisis SWOT

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

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

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

Peluang

- Sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional
- Kebijakan sistem remunerasi
- Kebijakan kerjasama dengan pihak ketiga
- Tuntutan menjadi WBK dan WBBM
- Fleksibilitas pengelolaan keuangan
- Kebijakan formularium nasional sebagai alat kendali
- Kesempatan menjadi RS Pendidikan dan Program Fellowship
- Potensi pasar dan Kebijakan Kemkes tentang *continoum of care throughout life-cycle*
- Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan Nasional

Ancaman

- Sistem rujukan belum berjalan baik
- Tarif INA CBG's sebagian besar lebih rendah
- Sistem *Fee For Service* dan fleksibilitas di RS Sekitar

- Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi
- Ketergantungan yang tinggi pada produk impor
- Ketidakpastian kebijakan supra sistem
- *Foreign Direct Invesment* (FDI)

Kekuatan

- Rumah Sakit telah terakreditasi nasional (KARS) & internasional (JCI)
- Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung
- Sudah memiliki ijin layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik
- Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll
- Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar
- Memiliki kerjasama dengan FK (UI dan UIN)

Kelemahan

- Komitmen SDM rendah
- Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi *Decision Support System*)
- Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi
- *Supply Chain Management System* belum optimal
- Aksesibilitas belum optimal
- Sistem manajemen kinerja belum optimal

3.6 Diagram Matrik I-E Pilihan Prioritas Strategis

Tujuan bagian ini adalah untuk menentukan posisi bersaing RSUP Fatmawati dalam mewujudkan visi periode tahun 2017 – 2019 untuk menentukan pilihan prioritas strategis. Penilaian posisi bersaing ini dilakukan dengan memperhatikan *benchmark* (patok duga). Posisi bersaing RSUP Fatmawati dilakukan dengan memperhatikan hasil analisa SWOT dan *benchmark*.

Berikut ini disajikan analisa posisi bersaing RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019, sebagai berikut :

Tabel 3.2. Peluang (*Opportunity*)

No	Faktor PELUANG Kritis	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	Sistem pembiayaan JKN	0.09	4	0.36
2	Kebijakan sistem remunerasi	0.05	2	0.09
3	Kebijakan Kerjasama dengan pihak Ke3	0.02	4	0.09
4	Tuntutan menjadi WBK dan WBBM	0.07	3	0.20
5	Fleksibilitas pengelolaan keuangan	0.02	3	0.07
6	Kebijakan Fornas sebagai alat kendali	0.07	2	0.14
7	Kesempatan menjadi RS Pendidikan dan Program Fellowship	0.09	4	0.36
8	Potensi pasar dan kebijakan Kemkes tentang Continoum of care throughout life cycle	0.05	1	0.05
9	Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan nasional	0.07	1	0.07
		0.52	SKOR :	1.43

Tabel 3.3. Ancaman (*Threat*)

	Faktor TANTANGAN/ ANCAMAN Kritis		Skala (1-4)	
1	Sistem rujukan belum berjalan baik	0.07	1	0.07
2	Tarif INA CBG's sebagian besar lebih rendah	0.07	2	0.14
3	Sistem Fee For Service dan fleksibilitas di RS Sekitar	0.07	2	0.14
4	Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi	0.09	2	0.18
5	Ketergantungan yang tinggi pada produk impor	0.05	3	0.14
6	Ketidakpastian kebijakan supra sistem	0.05	4	0.18
7	<i>Foreign Direct Invesment</i>	0.09	4	0.36
		0.48	SKOR :	1.20
		Total Skor EFE:		2.64

Tabel 3.4. Kekuatan (*Strength*)

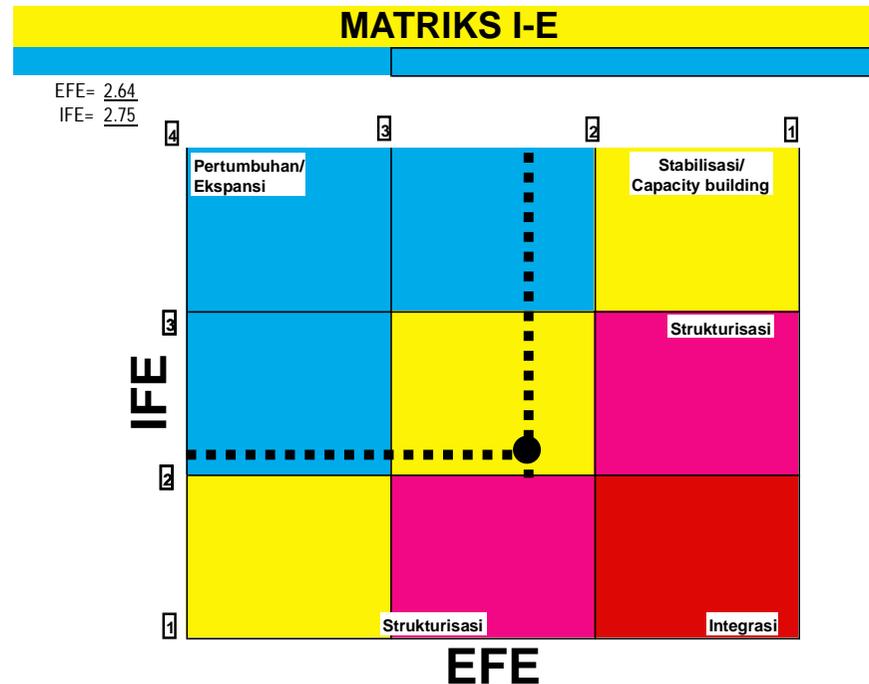
No	Faktor KEKUATAN Kritis	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	RS telah terakreditasi nasional (KARS) dan International (JCI)	0.13	4	0.50
2	Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung	0.09	2	0.19
3	Sudah memiliki ijin layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik	0.13	3	0.38
4	Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll	0.09	3	0.28
5	Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar	0.06	4	0.25
6	Memiliki kerjasama dengan FK (UI dan UIN)	0.13	3	0.38
Skor Faktor Kekuatan:				1.97

Tabel 3.5. Kelemahan (*Weakness*)

	Faktor KELEMAHAN Kritis		Skala (1-4)	
1	Komitmen SDM rendah	0.06	3	0.19
2	Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi <i>Decision Support System</i>)	0.06	2	0.13
3	Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi	0.03	1	0.03
4	<i>Supply Chain Management System</i> belum optimal	0.09	2	0.19
5	Aksesibilitas belum optimal	0.03	2	0.06
6	Sistem manajemen kinerja belum optimal	0.09	2	0.19
Skor Faktor Kelemahan:				0.78
1.00				
Total Skor IFE:				2.75

Berdasarkan hasil perhitungan pada tabel 3.2 hingga 3.5, posisi bersaing RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2015 – 2019 berada di kuadran V pada diagram Matriks Internal Eksternal (IE) (lihat gambar 3.1). Posisi yang ada memperlihatkan bahwa suatu SBU (*Strategic Business Unit*), RSUP Fatmawati ke dalam 9 sel

dengan memperhatikan nilai total EFE dan IFE, dimana pada sumbu IFE : 2.75 adalah IFE rata-rata dan EFE : 2.64 adalah EFE sedang. Strategi yang paling baik dikendalikan dengan strategi-strategi *hold and maintain*.



Gambar 3.1. Matriks Internal-Eksternal RSUP Fatmawati 2016-2019

3.7 Analisa TOWS

Berdasarkan matriks IFE dan EFE posisi kuadran V RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2016 – 2019, maka analisa TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis *hold and maintain*. Strategi yang umum dipakai adalah strategi *market penetration* dan *product development*. Berikut disajikan hasil analisa TOWS (Tabel 3.6). Setiap sel matriks TOWS diisi oleh sasaran strategi yang menunjukkan prioritas strategis yang dipilih oleh RSUP Fatmawati pada kurun waktu tahun 2016 – 2019 dalam menghadapi salah satu dari 4 (empat) keadaan berikut:

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



GEDUNG RAWAT INAP "ANGGREK"

Tabel 3.6. Hasil Analisis TOWS

<h1 style="margin: 0;">Analisis TOWS</h1>	STRENGTH	WEAKNESS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit telah terakreditasi nasional (KARS) & internasional (JCI) 2. Lokasi yang strategis, dapat diakses dari Propinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Bangka Belitung 3. Sudah memiliki ijin layanan unggulan orthopedi dan rehabilitasi medik 4. Sudah memiliki layanan terpadu Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Diabetes Terpadu, Klinik Wijaya Kusuma, Medical Check Up, dll 5. Memiliki jejaring dengan Puskesmas dan RS sekitar 6. Memiliki kerjasama dengan FK (UI dan UIN) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komitmen SDM rendah 2. Sistem informasi belum terintegrasi (belum menjadi <i>Decision Support System</i>) 3. Sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian belum terintegrasi 4. <i>Supply Chain Management System</i> belum optimal 5. Aksesibilitas belum optimal 6. Sistem manajemen kinerja belum optimal
OPPORTUNITY	STRATEGI SO :	STRATEGI WO :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional 2. Kebijakan Sistem Remunerasi 3. Kebijakan Kerjasama dengan pihak ketiga 4. Tuntutan menjadi WBK dan WBBM 5. Fleksibilitas pengelolaan keuangan 6. Kebijakan formularium nasional sebagai alat kendali 7. Kesempatan Menjadi RS Pendidikan s& Program Fellowship 8. Potensi pasar dan Kebijakan Kemkes tentang <i>continoum of care throughout life-cycle</i> 9. Kebijakan Kemkes tentang sistem rujukan Nasional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O1, O4, S1-6 :Mengusulkan penyempurnaan pembiayaan untuk pelayanan unggulan 2. S6-O3-O7 : Mengembangkan program pendidikan & pelatihan bagi tenaga medis & nakes lain dengan memperkuat kerjasama dengan FK dan Organisasi Profesi 3. S2-S3- S4-O8 : meningkatkan aksesibiltas pelayanan unggulan terpadu 4. S5-O9 : Meningkatkan jejaring untuk mendukung sistem rujukan nasional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. W1-O3 : Meningkatkan komitmen SDM melalui kebijakan remunerasi yang proporsional dan berkeadilan 2. W2-W5-O3-O4-O6 : Memperkuat sistem informasi terintegrasi dengan menjalin kerjasama dengan pihak ketiga yang menjamin pelayanan berkesinambungan 3. W3-O5-O6 : Mengintegrasikan sistem pelayanan pendidikan dan penelitian 4. W4-O7 –O3 : Mengoptimalkan <i>Supply Chain Management System</i> untuk mendukung kebijakan sistem rujukan nasional 5. W6-W2-O6 : Meningkatkan sistem manajemen kinerja untuk mewujudkan WBK/WBBM dan sistem remunerasi

THREAT	STRATEGI ST :	STRATEGI WT :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem rujukan belum berjalan baik 2. Tarif INACBG's sebagian besar lebih rendah 3. Sistem Fee for service dan fleksibilitas di RS sekitar 4. Kesadaran hukum dan tuntutan kualitas pasien yang semakin tinggi 5. Ketergantungan yang tinggi pada produk impor 6. Ketidakpastian kebijakan supra sistem 7. FDI (<i>Foreign Direct Investment</i>) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. S1-T2 : Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya 2. S2-T3 : Meningkatkan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal 3. S3-T5 : Menyelenggarakan pelayanan unggulan dengan biaya efektif 4. S5- T1 : Membina jejaring kesehatan 5. S6-T7 : Meningkatkan kerjasama untuk mengantisipasi FDI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. W1-T3 : Meningkatkan komitmen SDM dengan sistem remunerasi yang proporsional dan berkeadilan 2. W2-W3-T2-T4 : Mengintegrasikan sistem informasi pelayanan, pendidikan dan penelitian untuk mengatasi komplain pelanggan internal dan eksternal 3. W4-T2-T4 : Mengoptimalkan <i>Supply Chain Management System</i> yang efektif dan efisien 4. W5-T4 : Meningkatkan aksesibilitas untuk mengatasi komplain 5. W6 – T4 : Menyempurnakan sistem manajemen kinerja untuk mengatasi komplain pelanggan internal dan eksternal 6. W2, T2, T4, T6 : Pengembangan Sistem Informasi RS terintegrasi

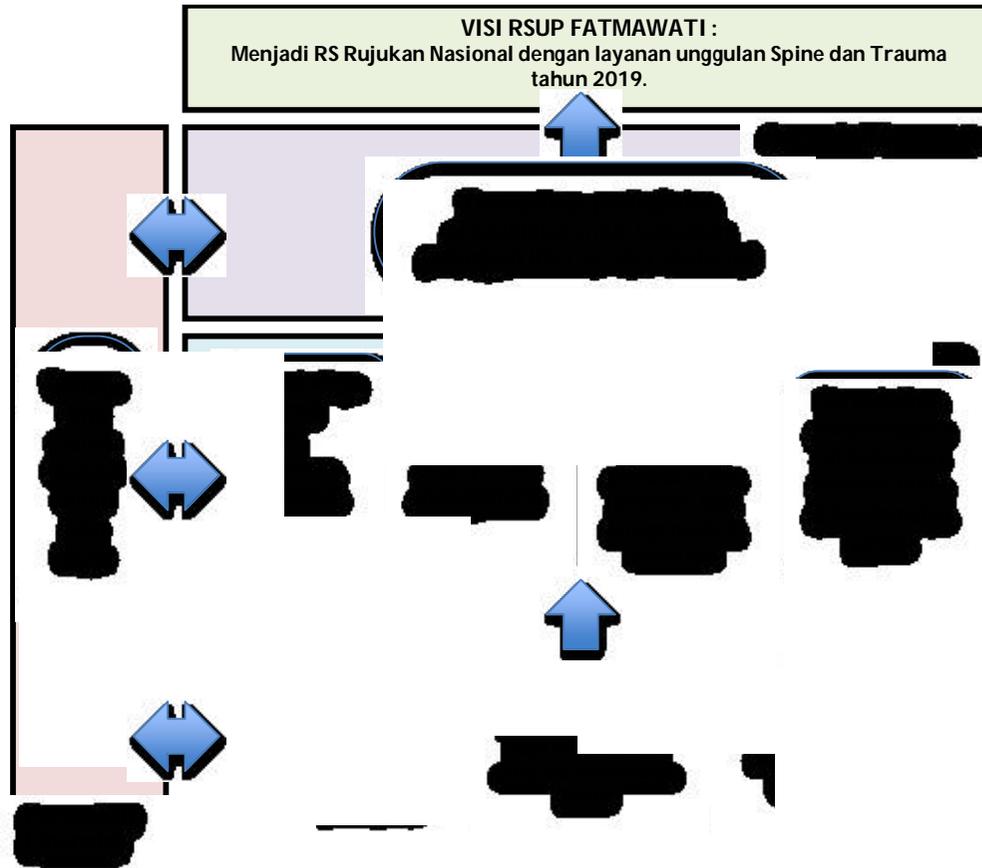
3.8 Peta Strategi

Berdasarkan hasil analisa posisi bersaing dan analisa TOWS, maka dapat disusun peta strategi. Dalam buku ini, peta strategi menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial. Peta strategi yang disusun diadaptasi dari pendekatan *Balanced Scorecard*. Peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2017 – 2019 disusun atas 8 (delapan) jenis sasaran strategis yang dikembangkan berdasarkan pada analisa TOWS sebagai berikut:

1. Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian.
2. Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien
3. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi

4. Terwujudnya integrasi sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian
5. Tercapainya *supply chain management system*
6. Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain
7. Terwujudnya penyelenggaraan pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien
8. Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal
9. Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya

Berikut ini disajikan peta strategi RSUP Fatmawati 2017-2019 :



Gambar 3.2. Peta Strategi RSUP Fatmawati 2017-2019

Peta strategi tersebut dimaknai sebagai berikut. Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi RSUP Fatmawati 2019, yakni "*Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan unggulan Spine dan Trauma 2019*". Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, sasaran strategis yang diperlukan pada perspektif *stakeholder* adalah terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien, yang hanya bisa dicapai jika RSUP Fatmawati mewujudkan pelayanan unggulan berbasis pendidikan dan penelitian dan mampu mencapai JCI *sustainability*.

Untuk mewujudkan kedua sasaran strategis tersebut, perlu terlebih dahulu diwujudkan pelayanan unggulan yang terdapat pada perspektif bisnis dan proses internal. Pelayanan unggulan dapat diwujudkan dengan mengintegrasikan sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) dari terwujudnya pengembangan program pendidikan dan penelitian bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain dan tercapainya *supply chain management*. Ketiga sasaran strategis ini membutuhkan terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS.

Dari perspektif *learning and growth* atau bisa disebut juga pengembangan personal dan organisasi, RSUP Fatmawati perlu mewujudkan sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu. Sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu ini dapat dicapai melalui pencapaian tiga strategi bersamaan, yaitu terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian, terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien dan terwujudnya sistem informasi terintegrasi.

Perspektif finansial pada peta strategi berfungsi sebagai *enabler* yang memungkinkan percepatan perwujudan ketiga jenis perspektif lainnya (perspektif *stakeholder*, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif *learning & growth*). Ada satu sasaran strategis yang perlu direalisasikan oleh RSUP Fatmawati yaitu tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya.

IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

4.1 Matriks KPI

Berdasarkan peta strategi yang telah ditetapkan sebagai bingkai arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati demi mewujudkan visi di penghujung tahun 2019, maka dapat disusun Indikator Kinerja Utama atau KPI (*Key Performance Indicator*) dan target KPI serta bobot KPI dan PIC (*Person in Charge*) atas suatu KPI. Berbagai jenis KPI telah dirumuskan untuk RSB RSUP Fatmawati periode tahun 2017 – 2019. Sebagian jenis KPI adalah bertipe *outcome*, dan lainnya bertipe *output*, proses, dan *input*. KPI berfungsi untuk mengukur secara kualitatif tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi. KPI berjenis *outcome* merupakan indikator kinerja utama yang mengukur keberhasilan RSUP Fatmawati untuk menghasilkan sasaran strategis tertentu. Jenis KPI *outcome* hanya bisa diwujudkan bila ditunjang oleh berbagai KPI berjenis *output*, yang berfungsi untuk mengukur tingkat keberhasilan keluaran suatu sasaran strategis pada peta strategis. Berbagai KPI bertipe proses

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

Tabel 4.1 menggambarkan berbagai KPI untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2017 – 2019.

Tabel 4.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

No	Sasaran Strategis	No	KPI
1	Terciptanya SDM yang memenuhi kompetensi dalam pelayanan unggulan spine dan trauma.	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Integrasi sistem informasi
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati per tahun
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi
5	Tercapainya <i>supply chain management</i>	7	% Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien
		10	Penerapan keselamatan operasi
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional

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

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

PIC (*person in charge*) menggambarkan penanggung jawab utama terhadap pencapaian suatu jenis KPI dalam menilai tingkat keberhasilan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategi RSUP Fatmawati periode tahun 2017 – 2019. PIC mengkondisikan bahwa penanggung jawab tersebut akan memantau, mengukur, dan mengevaluasi secara berkala status pencapaian kemajuan atau keberhasilan suatu sasaran strategis pada peta strategi dan pada waktu tertentu bersama-sama dengan PIC lainnya, PIC terkait melakukan secara berkala koordinasi untuk mengendalikan status pencapaian visi RSUP Fatmawati.

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

Tabel 4.2. Matriks KPI

Perspektif		Sasaran Strategis	KPI	PIC	Baseline	Target		
					2016	2017	2018	2019
Perspektif LG	1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1. % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	Dir USP Bag SDM	60%	80%	85%	90%
	2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2. % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	DMK Dir USP Bid Fas Med Bag Umum	60%	70%	80%	90%
			3. % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	Dir USP KPPI K3	60%	65%	70%	90%
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4. % Integrasi sistem informasi	Dir Keu Dir USP ISIRS	70%	75%	80%	85%	
Perspektif BPI	4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5. Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	DMK Dir USP Komdik Komlitbang Bag Diklit	10	20	25	30
			6. % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	DMK Dir USP Komdik Bid Yan Dik Bag Diklit	N/A	80%	90%	100%

Tabel 4.2.Matriks KPI (Lanjutan)

	5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7. % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)	DirKeu DMK Dir USP SPI	N/A	100%	100%	100%
	6	Terwujudnya Pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8. Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	Dir USP Bag Diklit Komlitbang	2	1	1	1
	7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9. Ketepatan identifikasi pasien	DMK KMMR Bid Yan Kep	95%	100%	100%	100%
			10. Penerapan keselamatan operasi	DMK KMMR Bid Yan Dik	98%	100%	100%	100%
Perspektif Customer	8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11. Indeks kepuasan pelanggan	Direksi IPKH	79	80	80	80
Perspektif Finansial	9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12. Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	Direksi SPI	75%	75%	75%	75%

4.2 Program Kerja Strategis

Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh RSUP Fatmawati pada periode tahun 2017 - 2019. Penentuan program kerja strategis RSUP Fatmawati untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

- a) **Program kerja strategis yang bersifat pemantapan :**
Tujuan dari diusulkannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa-masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati pada periode tahun 2017 - 2019.
- b) **Program kerja strategis yang bersifat perbaikan :**
Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem

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

- c) **Program kerja strategis yang bersifat pengembangan :**
Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati.

Berikut ini disajikan berbagai program kerja strategis untuk masing-masing perspektif peta strategi yang perlu dilakukan RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019

Tabel 4.3. Program Kerja Strategis

NO	KPI	PIC	PROGRAM KERJA		
			2017	2018	2019
1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma	Dir USP Bagian SDM	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan sesuai layanan unggulan spine & trauma • Perencanaan Pemenuhan SDM layanan unggulan spine & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan kebutuhan SDM layanan unggulan spine & trauma • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian sesuai layanan unggulan spine & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan kebutuhan SDM layanan unggulan spine & trauma • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian sesuai layanan unggulan spine & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan
2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan dan non medik sesuai standar Pelayanan GPS untuk Spine	DMK Dir USP Dir Keu	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 70% sarana dan prasarana alat medik kesehatan dan non medic yang sesuai standar pelayanan unggulan spine dan trauma. • Pemantapan Proposal Gedung Spine dan Trauma Center 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 80% sarana dan prasarana alat medik kesehatan yang sesuai standar pelayanan unggulan spine dan trauma. • <i>Design and build</i> gedung Spine dan Trauma Center 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 90% sarana dan prasarana alat medik kesehatan yang sesuai standar pelayanan unggulan spine dan trauma. • Pembangunan Gedung Spine dan Trauma Center Tahap 2

			<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan Radioterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan Gedung Spine dan Trauma Center Tahap 1 • Pengembangan Radioterapi Lanjutan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan Radioterapi Lanjutan
3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3	Dir USP KPPI K3	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan area lokasi layanan unggulan spine dan trauma • Perencanaan design dan layanan unggulan spine dan trauma sesuai standar PPI dan K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan tahap I gedung layanan unggulan spine dan trauma • Pemenuhan sarana dan prasarana gedung layanan unggulan spine dan trauma sesuai standar PPI dan K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan tahap II gedung layanan unggulan spine dan trauma • Pemenuhan sarana dan prasarana gedung layanan unggulan spine dan trauma sesuai standar PPI dan K3 • Operasional gedung layanan unggulan spine dan trauma sesuai standar PPI dan K3

4	% Integrasi system informasi	Dir Keu ISIRS	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record • Penerapan Sistem Informasi Indikator Mutu RS Terintegrasi • Pembuatan Aplikasi RS Keuangan (Back Office) berbasis Web • Pembuatan dan penerapan Aplikasi Pendidikan / Pelatihan • Komunikasi data antar institusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record • Pembuatan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik, SDM (Back Office) • Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi • Komunikasi data antar institusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e medical record • Lanjutan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik, SDM (Back Office) • Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi • Komunikasi data antar institusi
5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	DMK Dir USP Komdik Komlitbang Bag Diklit	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi Penelitian sesuai standar • Publikasi penelitian lokal 	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi penelitian Nasional (50%) • Peningkatan kerjasama penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi penelitian Internasional (30%)
6	% Pelaksanaan supervisi PPDS/PPDGS oleh DPJP sesuai level kompetensi	DMK Dir USP Komdik Komkep Bag Diklit	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat aplikasi registrasi, log book, dan supervisi • Koordinasi antara KSM dan Program Studi 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyempurnaan aplikasi registrasi, log book dan supervisi • Pelaporan setiap bulan • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaporan setiap bulan • Evaluasi • Feed back setiap 3 bulan

			<p>Kedokteran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uji coba aplikasi • Pelaksanaan registrasi, log book, dan supervisi • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Feed back setiap 3 bulan 	
7	8. % Evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)	Dir Keu DMK Dir USP	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi
8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain dalam pemenuhan untuk menjadi RS rujukan spine dan trauma	Dir USP Bag Diklit Komlitbang	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi dengan KSM, Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan dan Penunjang Kesehatan lainnya • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi • Pelaksanaan kegiatan • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan program bersama KSM, Bid Kep, KomKep dan penunjang Kesehatan lain yang terkait program baru tahun 2018 • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi modul baru • Penyusunan dan pengesahan kurikulum & modul baru • Pelaksanaan Pelatihan • Evaluasi Pelatihan • Evaluasi modul dan PKS • Umpan balik dan rencana tindak lanjut 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi dg KSM, Bid Kep, Kom Kep dan Penunjang Kesehatan lain • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi • Penyusunan dan pengesahan kurikulum & modul • Pelaksanaan Pelatihan • Evaluasi Pelatihan • Evaluasi modul dan PKS • Umpan balik dan rencana tindak lanjut

9	Indeks Kepuasan Pelanggan	Direksi IPKH	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	DMK KMMR	<ul style="list-style-type: none"> • Re edukasi terkait sasaran keselamatan pasien • Sosialisasi SPO Pemantauan Identifikasi Pasien • Pemantauan Ketepatan Identifikasi Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan Prosedur terkait sasaran keselamatan pasien • Evaluasi hasil pemantauan ketepatan identifikasi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan prosedur terkait sasaran keselamatan pasien • Evaluasi hasil pemantauan Ketepatan identifikasi pasien
11	Penerapan keselamatan operasi	DMK KMMR	<ul style="list-style-type: none"> • Re edukasi terkait penerapan keselamatan operasi • Sosialisasi SPO Pemantauan penerapan keselamatan operasi • Pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan Prosedur terkait penerapan keselamatan operasi • Evaluasi hasil pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan prosedur terkait Penerapan keselamatan Operasi • Evaluasi hasil pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan pasien

12	% Tingkat Pencapaian POBO	Direksi SPI	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan Perevenue Center • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan Perevenue Center • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan Perevenue Center • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO
----	---------------------------	-------------	--	--	--

V. ANALISIS DAN MITIGASI RISIKO

5.1 Analisis Risiko

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

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

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

Tanpa antisipasi berbagai risiko tersebut diperkirakan akan sulit di masa mendatang bagi jajaran manajemen RSUP Fatmawati untuk dapat mewujudkan berbagai sasaran strategisnya pada periode tahun 2017 - 2019. Dampak lanjutannya dapat diduga

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

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

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

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

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

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

(ii) Menentukan dampak risiko dengan patokan sebagai berikut:

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

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

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

Tabel 5.1. Acuan Penilaian Risiko

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

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

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

Tabel 5.2. Pemetaan Risiko terkait Pencapaian Sasaran Strategis

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

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

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

5.2 Rencana Mitigasi Risiko

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

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



Gedung Rawat Jalan "Griya Husada"

Tabel 5.3. Rencana Mitigasi Risiko

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

Tabel 5.3.Rencana Mitigasi Risiko (Lanjutan)

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

VI. PROYEKSI FINANSIAL

6.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan RSUP Fatmawati dapat dilihat pada tabel 6.1.

Tabel 6.1. Estimasi pendapatan 2015-2019

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

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

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

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

6.2 Estimasi Kebutuhan Anggaran

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

- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU
- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi risiko yang terpilih adalah yang ditujukan untuk mitigasi risiko.

Tabel 6.2. Estimasi kebutuhan anggaran 2015-2019

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

Revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati 2017-2019

Tabel 6.3 Estimasi Kebutuhan Program Mitigasi Risiko

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

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

				296,580,000,000	300,000,000,000			
	12	Pembinaan jejaring	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	13	Monitoring dan evaluasi Rujukan	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	14	Membangun pusat penelitian	600,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	1,000,000,000	2,000,000,000	2,000,000,000
	15	Standarisasi sarana dan prasarana	24,400,000,000	15,000,000,000	20,000,000,000	20,000,000,000	20,500,000,000	20,500,000,000
	16	Sistem Informasi terintegrasi	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000
	17	Peningkatan kompetensi SDM	1,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	4,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000
	18	Pemenuhan kebutuhan SDM	154,845,484,000	197,720,000,000	200,000,000,000	204,800,000,000	209,000,000,000	219,600,000,000

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

1. Untuk kebutuhan rutin diambil berdasarkan data-data historis yang ada serta volume kegiatan yang akan dikembangkan pada kurun waktu tersebut.
2. Sedangkan untuk program pengembangan dan mitigasi risiko RSUP Fatmawati telah menyusun perencanaan berdasarkan master plan yang ada sehingga kebutuhan tersebut menyesuaikan dengan perencanaan yang ada di master plan tersebut.
3. Sedangkan untuk mitigasi risiko anggaran yang dibutuhkan akan diambil dari belanja operasional dan apabila diperlukan untuk pembangunan akan diambil dari anggaran yang sudah termuat dalam belanja modal tersebut.

LAMPIRAN KAMUS KPI

KPI 1. % Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai Standar

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Kompetensi pegawai sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan oleh satuan kerja sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma
4	Perspektif	: Learning and Growth
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam mengembangkan pelayanan, pendidikan dan penelitian
6	Dimensi mutu	: √ Kelayakan Ketepatan waktu √ Manfaat √ Ketersediaan √ Keselamatan Efisiensi Efektivitas Kesenambungan
7	Tujuan	: Tercapainya pengembangan kompetensi bagi SDM
8	Definisi Operasional	: Kompetensi SDM sesuai standar adalah SDM yang sudah memiliki sertifikasi terhadap pendidikan / pelatihan. Untuk Orthopedi dengan spesialisasi Spine, Rehabilitasi Medik dengan spesialisasi Spine, Saraf dengan spesialisasi Saraf Belakang
9	Numerator	: Jumlah SDM yang sesuai dengan standar kompetensi
10	Denominator	: Jumlah seluruh SDM yang ditetapkan di dalam Tim Spine
11	Formula	: Jumlah SDM yang sesuai standar kompetensi dibagi jumlah seluruh SDM di dalam Tim Spine dikalikan 100%
12	Kriteria Inklusi	: Seluruh pegawai RSUP Fatmawati
13	Kriteria Eksklusi	: -
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Semester
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 80 % 2018 : 85% 2019 : 90%
18	Penanggung Jawab	: Direktur Umum, SDM dan Pendidikan
19	Periode Laporan	: Tahun

KPI 2. % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan kebutuhan sarpras non medik
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Masih banyak kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik yang belum memenuhi standar
4	Perspektif	: Learning and Growth
5	Sasaran Strategis	: Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien
6	Dimensi mutu	: √ Kelayakan Ketepatan waktu √ Manfaat √ Ketersediaan √ Keselamatan √ Efisiensi √ Efektivitas Kesinambungan
7	Tujuan	: Terlaksananya pelayanan sesuai standar
8	Definisi Operasional	: Pemenuhan Kebutuhan Sarpras alat kesehatan (SPA Medik) adalah pengadaan sarana, prasarana medik (pendukung sarana) dan alat medik sesuai dengan usulan dari satuan kerja sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma. Pemenuhan dapat dilakukan melalui KSO, CSR dan hibah. Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Non Medik adalah pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma
9	Numerator	: Jumlah sarpras yang terealisasi sesuai standar
10	Denominator	: Jumlah seluruh sarpras yang dibutuhkan
11	Formula	: $\frac{\text{Jumlah sarpras terealisasi}}{\text{Jumlah seluruh sarpras yang dibutuhkan}} \times 100\%$
12	Kriteria Inklusi	: Khusus pelayanan unggulan spine dan trauma
13	Kriteria Eksklusi	: -
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Triwulan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 70 % 2018 : 80% 2019 : 90%
18	Penanggung Jawab	: Ka.Bag Umum Ka Bid Fas Med
19	Periode Laporan	: Tahun

KPI 3. % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Standar pelayanan terkait PPI dan K3 yang harus dipantau
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya sarana dan prasana sesuai standar PPI dan K3 dalam layanan unggulan
6	Dimensi mutu	: √ Kelayakan Ketepatan waktu Manfaat √ Ketersediaan √ Keselamatan Efisiensi Efektivitas √ Kestinambungan
7	Tujuan	: Meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan terkait PPI dan K3
8	Definisi Operasional	: % Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana PPI dan K3 adalah Kegiatan Pemantauan ketersediaanya sarana prasarana sesuai kaidah PPI dan K3 di area pelayanan rumah sakit sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma
9	Numerator	: Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI dan K3
10	Denominator	: Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI dan K3 yang harus dipenuhi RS
11	Formula	: $\frac{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI dan K3}}{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI dan K3 yang harus dipenuhi RS}} \times 100\%$
12	Kriteria Inklusi	: Sarana dan prasarana di seluruh area RS
13	Kriteria Eksklusi	: Sarana dan prasarana di seluruh area RS tidak sesuai standar PPI dan K3
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 65 % 2018 : 70% 2019 : 90%
18	Penanggung Jawab	: Ka.KPPI Ka K3
19	Periode Laporan	: Triwulan

KPI 4. % Integrasi Sistem Informasi

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: Prosentase Integrasi Sistem Informasi
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Belum semua modul aplikasi sistem informasi terintegrasi/ terhubung
4	Perspektif	: Learning and Growth
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi
6	Dimensi mutu	: Kelayakan v Ketepatan waktu v Manfaat v Ketersediaan Keselamatan v Efisiensi Efektivitas Kestinambungan
7	Tujuan	: Untuk menghubungkan modul aplikasi-aplikasi rumah sakit dalam gambaran arsitektur minimal dan variabel SIMRS yang dapat mengakomodir kebutuhan informasi.
8	Definisi Operasional	: Integrasi Sistem Informasi adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan/ menghubungkan seluruh alur proses bisnis RS yang terdiri dari variabel-variabel yang dijelaskan di dalam Permenkes No. 82 Tahun 2013, dalam bentuk pertukaran data dan pelaporan untuk memperoleh informasi.
9	Numerator	: Jumlah variabel yang sudah terintegrasi
10	Denominator	: Jumlah seluruh variabel yang ditetapkan sesuai Permenkes 82/ 2013
11	Formula	: Jumlah variabel yang sudah terintegrasi dibagi jumlah seluruh variabel yang ditetapkan dikalikan 100%
12	Kriteria Inklusi	: Variabel-variabel yang diterapkan sesuai dengan Permenkes RI No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen RS
13	Kriteria Eksklusi	: Diluar yang ditetapkan Permenkes No. 82 Tahun 2013
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Triwulan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 75 % 2018 : 80% 2019 : 85%
18	Penanggung Jawab	: Ka. ISIRS
19	Periode Laporan	: Triwulan

KPI 5. Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati per tahun

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Masih sedikitnya jumlah penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian
6	Dimensi mutu	: Kelayakan Ketepatan waktu √ Manfaat √ Ketersediaan Keselamatan Efisiensi Efektivitas √ Kestinambungan
7	Tujuan	: Meningkatkan kuantitas dan kualitas penelitian yang dilakukan di RSUP Fatmawati sesuai dengan visi dan misi
8	Definisi Operasional	: Jumlah penelitian yang dilakukan oleh SDM internal dan dilakukan di RSUP Fatmawati
9	Numerator	: -
10	Denominator	: -
11	Formula	: Jumlah penelitian yang dilakukan oleh SDM dan dilakukan di RSUP Fatmawati
12	Kriteria Inklusi	: Penelitian yang dilakukan SDM RSUP Fatmawati dan dilakukan di RSUP Fatmawati
13	Kriteria Eksklusi	: Peneliti bukan SDM RSUP Fatmawati dan Data maupun Sampling tidak diambil di RSUP Fatmawati
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: √ Rekam Medis √ Catatan Data √ Laporan Lain-lain
17	Target	: 2017 : 20 2018 : 25 2019 : 30
18	Penanggung Jawab	: Komite Penelitian dan Pengembangan dan Komite Medik
19	Periode Laporan	: Tahun

KPI 6. % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi

1	Area	: Keselamatan Pasien
2	Nama Indikator	: % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Belum berjalannya supervisi PPDS/PPDGS oleh DPJP sesuai level kompetensi
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian
6	Dimensi mutu	: Kelayakan √ Ketepatan waktu √ Manfaat Ketersediaan √ Keselamatan √ Efisiensi √Efektivitas √ Kesenambungan
7	Tujuan	: Meningkatkan mutu pelayanan pasien yang diberikan oleh PPDS/PPDGS sesuai dengan kaidah keselamatan pasien
8	Definisi Operasional	: PPDS/PPDGS adalah peserta didik program pendidikan dokter spesialis / dokter gigi spesialis yang dikirim oleh institusi pendidikan yang bekerjasama dengan RSUP Fatmawati dan melaksanakan kegiatan praktik (stase) di RSUP Fatmawati. Supervisi peserta didik adalah supervisi atau bimbingan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan atau supervisor yang ditunjuk bagi peserta didik program pendidikan dokter / dokter gigi spesialis terhadap kegiatan pelayanan pasien yang dilakukan oleh PPDS/PPDGS dalam rangka pendidikan.
9	Numerator	: DPJP yang telah melaksanakan supervisi kegiatan PPDS/PPDGS
10	Denominator	: DPJP yang direncanakan melaksanakan supervisi kegiatan PPDS/PPDGS
11	Formula	: $\frac{\text{Jumlah DPJP yang telah melaksanakan supervisi PPDS / PPDGS}}{\text{Jumlah DPJP yang direncanakan melaksanakan supervisi PPDS / PPDGS}} \times 100\%$
12	Kriteria Inklusi	: kegiatan pelayanan pasien oleh PPDS/PPDGS yang harus disupervisi
13	Kriteria Eksklusi	: -
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 80 % 2018 : 90% 2019 : 100%
18	Penanggung Jawab	: Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian Ka. Bidang Pelayanan Medik
19	Periode Laporan	: Bulanan

KPI 7. % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Belum optimalnya evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Alat kesehatan medik dan Farmasi)
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>
6	Dimensi mutu	: Kelayakan Ketepatan waktu Manfaat √ Ketersediaan √ Keselamatan √ Efisiensi √ Efektivitas √ Kesenambungan
7	Tujuan	: Terjaminnya layanan rumah sakit yang berkesinambungan
8	Definisi Operasional	: Kerjasama layanan kontrak adalah proses pengadaan yang dibutuhkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh pihak ketiga dengan proses melakukan perjanjian kerjasama sesuai dengan standar supply chain management. Kerjasama layanan kontrak yang dimaksud terdiri atas (1) SDM : satpam, cleaning service, parkir, jasa konsultan; (2) Alat Kesehatan Medik: MRI, CT Scan, LAS, Hemodialisis ; (3) Farmasi. Evaluasi adalah proses analisis mulai dari perencanaan, pengadaan dan pengendalian yang tercantum dalam kontrak. Tindak lanjut Hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak adalah perbaikan ketentuan dan syarat dalam dokumen lelang
9	Numerator	: Jumlah kontrak yang dievaluasi
10	Denominator	: Jumlah seluruh kontrak yang ada di RSUP Fatmawati
11	Formula	: $\frac{\text{Jumlah kontrak yang dievaluasi}}{\text{Jumlah seluruh kontrak yang ada di RSUP Fatmawati}} \times 100\%$
12	Kriteria Inklusi	: Seluruh kontrak yang melalui proses pengadaan barang dan jasa
13	Kriteria Eksklusi	: -
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Triwulan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100%
18	Penanggung Jawab	: Ka.Bagian Umum,
19	Periode Laporan	: Triwulan

KPI 8. Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Belum optimalnya program pendidikan dan pelatihan untuk menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan pusat rujukan Spine dan Trauma Center
4	Perspektif	: Learning and Growth
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya
6	Dimensi mutu	: √ Kelayakan Ketepatan waktu √ Manfaat √ Ketersediaan √ Keselamatan Efisiensi Efektivitas √ Kestinambungan
7	Tujuan	: Terwujudnya rumah sakit sebagai pusat pendidikan Spine dan Trauma Center
8	Definisi Operasional	: Program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain dalam bidang spine dan trauma adalah penyusunan kurikulum dan modul pendidikan / pelatihan khusus spine dan trauma secara komprehensif dan terintegrasi untuk mencapai SDM yang berkualitas dan terstandar.
9	Numerator	: Program pendidikan dan pelatihan spine dan trauma yang dilaksanakan di rumah sakit
10	Denominator	: -
11	Formula	: Jumlah program pendidikan dan pelatihan spine dan trauma yang dilaksanakan di rumah sakit
12	Kriteria Inklusi	: Program pendidikan dan pelatihan spine dan trauma yang dilaksanakan berdasarkan perjanjian kerja sama antara rumah sakit dengan institusi pendidikan atau organisasi profesi serta berdasarkan kurikulum dan modul yang ditetapkan bersama
13	Kriteria Eksklusi	: Program pendidikan dan pelatihan selain spine dan trauma
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Tahun
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan Catatan Data
17	Target	: 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1
18	Penanggung Jawab	: Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian
19	Periode Laporan	: Tahun

KPI 9. Ketepatan Identifikasi Pasien

1	Area	: Keselamatan Pasien
2	Nama Indikator	: Ketepatan Identifikasi Pasien
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Masih ditemukan proses identifikasi pasien yang tidak dilakukan pada beberapa produk layanan yang dapat berdampak pada terjadinya kejadian yang tidak diharapkan dan untuk pengukuran indikator ini cukup mudah
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya penyelenggaraan pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien
6	Dimensi mutu	: Kelayakan Ketepatan waktu Manfaat Ketersediaan √ Keselamatan Efisiensi Efektivitas √ Kestinambungan
7	Tujuan	: Terlaksananya proses identifikasi pasien pada semua produk layanan yang diberikan untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien yang dilayani
8	Definisi Operasional	: Ketepatan identifikasi difokuskan pada kelengkapan identitas pasien seperti nama, tanggal lahir, nomor rekam medis yang tertulis dalam stiker atau barcode yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama. Produk layanan yang ditetapkan wajib menggunakan identitas adalah : Dokumen rakam medis, gelang identitas pasien, hasil pemeriksaan radiologi, Hasil pemeriksaan Laboratorium dan Obat dari Apotik atau Depo Farmasi
9	Numerator	: Jumlah produk layanan yang ada stiker identitas atau stiker barcode identitas pasien
10	Denominator	: Jumlah seluruh sampling produk layanan yang seharusnya menggunakan stiker identitas atau Barcode identitas pasien
11	Formula	: Jumlah produk layanan yang ada stiker identitas atau stiker barcode identitas pasien dibagi Jumlah seluruh sampling produk layanan yang seharusnya menggunakan stiker identitas atau Barcode identitas pasien dikali 100% pada periode yang sama
12	Kriteria Inklusi	: Pasien rawat inap
13	Kriteria Eksklusi	: Pasien dalam Fase Gaduh Gelisah
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 100 % 2018 :100% 2019 : 100%
18	Penanggung Jawab	: Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
19	Periode Laporan	: Bulanan

KPI 10. Penerapan Keselamatan Operasi

1	Area	: Keselamatan Pasien
2	Nama Indikator	: Penerapan Keselamatan Operasi
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Jumlah operasi yang dilakukan banyak dan penerapan keselamatan operasi merupakan salah satu standar yang wajib dilakukan agar keselamatan pasien terjamin, dan pengukuran indikator mudah dilakukan
4	Perspektif	: Proses Bisnis Internal
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya penyelenggaraan pelayanan yang berbasis mutu dan keselamatan pasien
6	Dimensi mutu	: Kelayakan Ketepatan waktu Manfaat Ketersediaan √ Keselamatan Efisiensi Efektivitas √ Kesinambungan
7	Tujuan	: Terlaksananya proses memastikan benar lokasi, benar tindakan dan benar pasien pada setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan atau invasif
8	Definisi Operasional	: Kepatuhan penerapan keselamatan operasi di ruang Operasi adalah proses yang dilakukan untuk memastikan benar lokasi, benar tindakan dan benar pasien yang dilakukan oleh tim Bedah dengan melakukan Sign in, Time Out dan Sign Out pada setiap melakukan tindakan bedah di ruang operasi
9	Numerator	: Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap checklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan Sign In, Time Out dan Sign Out
10	Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang dilakukan pembedahan di ruang operasi pada periode yang sama
11	Formula	: Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap checklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan Sign In, Time Out dan Sign Out dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan pembedahan di ruang operasi pada periode yang sama dikali 100%
12	Kriteria Inklusi	: Pembedahan yang dilakukan di ruang Operasi (IBS)
13	Kriteria Eksklusi	: Pembedahan yang dilakukan diluar IBS
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Harian
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Rekam Medis
17	Target	: 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100%
18	Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Bedah Sentral
19	Periode Laporan	: Bulanan

KPI 11. Indeks Kepuasan Pelanggan

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: Indeks Kepuasan Pelanggan
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Menjadi standar yang diwajibkan dipantau dalam akreditasi untuk menilai mutu layanan, mudah dilakukan pengukurannya
4	Perspektif	: Customer
5	Sasaran Strategis	: Terwujudnya peningkatan aksesibilitas pelayanan unggulan terpadu
6	Dimensi mutu	: √ Kelayakan Ketepatan waktu √ Manfaat √ Ketersediaan Keselamatan Efisiensi Efektivitas Kestinambungan
7	Tujuan	: Menilai tingkat kepuasan Pelanggan atas pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati
8	Definisi Operasional	: Indeks Kepuasan Pasien yang diukur dengan menggunakan indikator-indikator Kepuasan Konsumen yang direkomendasikan oleh Kemenpan (Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. KEP/25/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah)
9	Numerator	: Jumlah nilai rata rata tertimbang masing masing unsur pelayanan yang diukur
10	Denominator	: Seluruh Unsur yang dinilai yang terisi
11	Formula	: $\frac{\text{Jumlah Nilai Persepsi Per Unsur} \times \text{Nilai Penimbang}}{\text{Jumlah Unsur yang terisi}}$
12	Kriteria Inklusi	: Pasien atau keluarga diatas usia 18 Tahun, bisa membaca dan mendengar
13	Kriteria Eksklusi	: Formulir IKP yang tidak terisi lengkap oleh Pasien
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sampling
16	Sumber Data	: Laporan
17	Target	: 2017 : 80 2018 : 80 2019 : 80
18	Penanggung Jawab	: Kepala Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas
19	Periode Laporan	: Bulanan

KPI 12. Rasio PNBP terhadap biaya operasional

1	Area	: Manajerial
2	Nama Indikator	: Rasio PNBP terhadap biaya operasional
3	Dasar Pemilihan Indikator	: Kemampuan untuk membiayai beban operasional dari pendapatan operasional dapat tercapai dari target 75%
4	Perspektif	: Finance
5	Sasaran Strategis	: Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya
6	Dimensi mutu	: Kelayakan Ketepatan waktu Manfaat Ketersediaan Keselamatan v Efisiensi v Efektivitas Kesenambungan
7	Tujuan	: Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien
8	Definisi Operasional	: Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (rupiah murni). Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.
9	Numerator	: Pendapatan PNBP
10	Denominator	: Biaya Operasional
11	Formula	: $\frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$
12	Kriteria Inklusi	: -
13	Kriteria Eksklusi	: -
14	Frekuensi Pengumpulan Data	: Bulanan
15	Cara Pengumpulan Data	: Sensus
16	Sumber Data	: Laporan Catatan Data
17	Target	: 2017 : 75 % 2018 : 75 % 2019 : 75 %
18	Penanggung Jawab	: Ka. Bagian Akuntansi
19	Periode Laporan	: Bulanan

