



RS. OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI  
RENCANA AKSI TAHUN ANGGARAN 2024



No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target				Kebijakan	Program Kerja	Kegiatan				Output	Anggaran	PIC
			TW I	TW II	TW III	TW IV			TW I	TW II	TW III	TW IV			
1.	Terwujudnya SDM yang kompeten	1. Persentase SDM yang tersertifikasi	20%	40%	60%	95%	Rencana Strategi Bisnis 2020 - 2024 dan Perjanjian kinerja Direktur Utama dan Pedoman SDM	1. Pemenuhan kebutuhan SDM yang kompeten	1. Proses penerimaan SDM PPPK	Proses penerimaan NaKes Mitra	Proses penerimaan ASN	Proses Evaluasi kebutuhan SDM Kompeten sesuai kebutuhan RS dan evaluasi ABK	1. Terpenuhinya SDM yang sesuai dengan kompetensi	2.678.910.000	Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian
			2. Peningkatan kompetensi SDM melalui pendidikan dan latihan, workshop, seminar, studi banding	2. Mengadakan ikatan kerjasama dengan Institusi atau pihak terkait dalam rangka peningkatan pelayanan	1. Inhouse Training Marketing berupa pelatihan, seminar dan workshop: 2. Pelaksanaan Pelatihan Service Excelent 3. Bimtek untuk Tim Mutu Pelayanan Pelatihan EWS, Code Blue, Triase dan Transfer di RSOMH Bukittinggi 4. Pelatihan Service Excelent	1. Pengembangan SDM berupa pelatihan, seminar dan workshop: 2. Pelatihan Mental Rohani Karyawan 3. Pelatihan Service Excelent Workshop 4. Credensial dan recedensial keperawatan <input type="checkbox"/> Pelatihan Patien safety <input type="checkbox"/> Bimtek BTCLS		1. Pengembangan SDM berupa pelatihan, seminar dan 2. workshop: sosialisasi Pustawan RSOMH 3. Pembekalan Tim Uji Penguji Kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan <input type="checkbox"/> Pel Mahir EKG <input type="checkbox"/> Pel Rekam Medik <input type="checkbox"/> Bimtek Kepeg <input type="checkbox"/> Bimtek TRPNBP <input type="checkbox"/> Pel Gizi <input type="checkbox"/> Komite Etik	1. Pengembangan SDM berupa pelatihan, seminar dan workshop: 2. Pelatihan Refresing BHD 3. Pelatihan Operator EEG untuk Perawat Unit 4. Pelatihan Cathlab Neuro Intervensi ke 10 4. Jablung Penyuluh Bimtek bagi Ibu Dharma wanita dalam pencegahan korupsi	2. Terjalannya IKS dengan dokter yang tidak dimiliki RS					
			3. Pengawasan mutu program pendidikan dan pelatihan												
2.	Terwujudnya Sistem Informasi Rumah Sakit yang terintegrasi	2. Level integrasi SIMRS	Advanced 100%	Advanced 100%	Advanced 100%	Advanced 100%	Rencana Strategi Bisnis 2020 - 2024 dan Perjanjian kinerja Direktur Utama dan Pedoman SDM	Pemenuhan sarana dan peningkatan level SIRS (Advanced 100%)	1. Pengembangan SIMRS terintegrasi	1. Pengembangan SIMRS terintegrasi	1. Peremajaan Perangkat Iaringan	1. Peremajaan Perangkat Iaringan	Terintegrasinya SIMRS di RS	522.000.000	1. Koordinator PE 2. Ka. Inst. SIRS
3.	Terwujudnya sarana dan prasarana kesehatan	1. Tingkat kehandalan sarana dan prasarana medis 2. Tingkat kehandalan sarana dan prasarana non medis	100%	100%	100%	100%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pengelolaan sarana dan prasarana medis dan non medis	1. Pemenuhan ketersediaan, kinerja, serta kualitas sarana dan prasarana medis	1. Pengadaan alat kesehatan e-catalog dan non e-catalog	1. Pengadaan alat kesehatan e-catalog dan non e-catalog	1. Pengadaan alat kesehatan e-catalog dan non e-catalog	1. Pengadaan alat kesehatan e-catalog dan non e-catalog	1. Ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan	363.772.000 14.668.281.000 1.393.180.000 137.557.000	Koordinator Pelayanan Penunjang
			100%	100%	100%	100%		2. Pemenuhan ketersediaan, kinerja, serta kualitas sarana dan prasarana non medis	2. Pengadaan Obat-obatan, Bahan Medis Habis Pakai dan gas medis	2. Pengadaan Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	2. Pengadaan Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	2. Pengadaan Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	2. Tersedianya Obat dan BMHP		
								3. Pembangunan dan renovasi Gedung dan Bangunan	3. Pembangunan dan renovasi Gedung dan Bangunan	3. Pembangunan dan renovasi Gedung dan Bangunan	3. Pembangunan dan renovasi Gedung dan Bangunan	3. Pembangunan dan renovasi Gedung dan Bangunan	3. Terlaksana renovasi gedung rawat inap		
								4. Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	4. Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	4. Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	4. Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	4. Ketersediaan peralatan dan fasilitas perkantoran	4. Ketersediaan peralatan dan fasilitas perkantoran		
4.	Terwujudnya budaya kerja yang baik	5. Persentase SDM dengan kinerja optimal	90%	90%	90%	90%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman budaya kerja pegawai	1. Pelaksanaan evaluasi kinerja karyawan 2. Monitoring dan evaluasi kinerja karyawan 3. Pemberian reward dan punishment (pemilihan karyawan berkinerja baik)	1. Menyusun pedoman sistem evaluasi kinerja karyawan 2. Melaksanakan monev atas sistem penilaian kinerja karyawan yang sedang berjalan 3. Pembahasan hasil evaluasi sistem penilaian kinerja 4. Merevisi atau menyempurnakan sistem penilaian kinerja karyawan 5. Melakukan Monev Kinerja Karyawan 6. Pemberian reward dan punishment / Remunerasi	1. Melaksanakan monev atas sistem penilaian kinerja karyawan yang sedang berjalan 2. Pembahasan hasil evaluasi sistem penilaian kinerja 3. Merevisi atau menyempurnakan sistem penilaian kinerja karyawan 4. Pemberian reward dan punishment / Remunerasi	1. Pembahasan hasil evaluasi sistem penilaian kinerja 2. Merevisi atau menyempurnakan sistem penilaian kinerja karyawan 3. Melakukan Monev Kinerja Karyawan 4. Pemberian reward dan punishment / Remunerasi	1. Merevisi atau menyempurnakan sistem penilaian kinerja karyawan 2. Melakukan Monev Kinerja Karyawan 3. Pemberian reward dan punishment / Remunerasi	1. Terpenuhinya SDM yang memiliki kinerja yang baik 2. Terpenuhinya kesejahteraan karyawan	26.524.741.000	Koordinator SDM dan Diklit
5.	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	6. Persentase hasil penilaian Mutu nasional di RS	85%	85%	85%	85%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelaksanaan akreditasi dan WBK-WBBM	1. Penilaian mutu nasional yang ada di rumah sakit 2. Monitoring dan evaluasi hasil penilaian mutu nasional yang ada di rumah sakit	1. Pengadaan SDM sesuai standar RS 2. Pengadaan peralatan medik dan non medik sesuai standar pelayanan 3. Pelaporan mutu nasional di rumah sakit	1. Pengadaan SDM sesuai standar RS 2. Pengadaan peralatan medik dan non medik sesuai standar pelayanan 3. Pelaporan mutu nasional di rumah sakit	1. Pengadaan SDM sesuai standar RS 2. Pengadaan peralatan medik dan non medik sesuai standar pelayanan 3. Pelaporan mutu nasional di rumah sakit	1. Pengadaan SDM sesuai standar RS 2. Pengadaan peralatan medik dan non medik sesuai standar pelayanan 3. Pelaporan mutu nasional di rumah sakit	Capaian mutu nasional	5.239.179.000	1. Koordinator SDM & Diklit 2. Koordinator Pelayanan Penunjang 3. Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan 4. KMMR

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target				Kebijakan	Program Kerja	Kegiatan				Output	Anggaran	PIC	
			TW I	TW II	TW III	TW IV			TW I	TW II	TW III	TW IV				
6.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan otak dan saraf	7. Skor Pertumbuhan Pelayanan Otak dan Saraf	2,0	2,0	2,0	2,0	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelayanan otak dan saraf	1. Penilaian pertumbuhan pelayanan otak dan saraf 2. Pemberian skor pertumbuhan pelayanan otak dan saraf 3. Monitoring dan evaluasi skor pertumbuhan pelayanan otak dan saraf	1. Pembinaan faskes jejaring dan Evaluasi kemampuan faskes binaan 2. Melaksanakan kegiatan promkes/ kehumasan	1. Pembinaan faskes jejaring dan Evaluasi kemampuan faskes binaan 2. Melaksanakan kegiatan promkes/ kehumasan	1. Pembinaan faskes jejaring dan Evaluasi kemampuan faskes binaan 2. Melaksanakan kegiatan promkes/ kehumasan	1. Pembinaan faskes jejaring dan Evaluasi kemampuan faskes binaan 2. Melaksanakan kegiatan promkes/ kehumasan	Terlaksananya pertumbuhan pelayanan otak dan saraf	886.200.000	1. Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan 2. Koordinator Pelayanan Penunjang 3. Ka. Inst. Promkes	
7.	Terwujudnya inovasi pelayanan	8. Jumlah inovasi pelayanan yang dilaksanakan		1	1	2	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pengembangan pelayanan baru	1. Penetapan 1 (satu) jenis inovasi pelayanan baru ; yaitu Poliklinik tumbuh kembang anak dan Poliklinik Geriatri khusus stroke 2. Optimalisasi pelayanan baru tahun sebelumnya 3. Monitoring dan evaluasi inovasi pelayanan baru	1. Menyiapkan pedoman, kebijakan , tarif dan perencanaan SDM untuk inovasi pelayanan 2. Promosi program pelayanan unggulan melalui jejaring sosial, web, radio, televisi, media cetak dll	1. Menyiapkan dan melanjutkan proses pelaksanaan pengembangan Inovasi Layanan 2. Promosi program pelayanan unggulan melalui jejaring sosial, web, radio, televisi, media cetak dll	Sosialisasi, promosi, dan pelaksanaan layanan inovasi 1. Promosi program pelayanan unggulan melalui jejaring sosial, web, radio, televisi, media cetak dll	Evaluasi Layanan Inovasi 1. Promosi program pelayanan unggulan melalui jejaring sosial, web, radio, televisi, media cetak dll	Terlaksananya inovasi pelayanan	1.250.000.000	1. Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan 2. Koordinator Pelayanan Penunjang 3. Koordinator Organisasi dan Umum 4. Ka. Inst. Promkes	
8.	Terwujudnya kerjasama dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian	9. Jumlah Penelitian yang dilaksanakan 10. Jumlah Kerjasama yang dilaksanakan	1	1	2	3	4	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman kerjasama pelayanan, pendidikan dan penelitian	1. Pelaksanaan kerjasama dengan institusi pelayanan, pendidikan dan pihak ke-3 lainnya 2. Pelaksanaan penelitian oleh staf Rumah Sakit bekerjasama dengan pihak ke-3 3. Monitoring dan evaluasi kerjasama yang sudah dilaksanakan 4. Optimalisasi kerjasama tahun sebelumnya 5. Realisasi hasil penelitian yang sudah dilaksanakan 6. Monitoring dan evaluasi penelitian yang sudah dilaksanakan	Koordinasi dan kolaborasi pelayanan, pendidikan dan penelitian	Koordinasi dan kolaborasi pelayanan, pendidikan dan penelitian	Koordinasi dan kolaborasi pelayanan, pendidikan dan penelitian	Koordinasi dan kolaborasi pelayanan, pendidikan dan penelitian	1. Terlaksananya kerjasama dengan pihak ke-3 2. Terlaksananya budaya penelitian di rumah sakit	2.350.000.000	1. Koordinator Organisasi dan Umum 2. Koordinator SDM dan Diklat
9.	Terwujudnya pelayanan sesuai standar	11. Persentase kasus sesuai panduan praktik klinik ( PPK/ Clinical Pathway	90%	90%	90%	90%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman penetapan PPK dan CP	1. Pelaksanaan <i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan 2. Monitoring dan evaluasi terhadap <i>clinical pathway</i> tahun berjalan	Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan PPK dan CP tahun berjalan	Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan PPK dan CP tahun berjalan	Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan PPK dan CP tahun berjalan	Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan PPK dan CP tahun berjalan	Capaian indikator clinical pathway (CP)		Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan	
10.	Terwujudnya pelayanan Otak dan Saraf yang bermutu	12. Persentase kepuasan stakeholder	85%	85%	85%	85%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelaksanaan survey kepuasan pasien, pegawai dan peserta didik serta movev tindak lanjut	1. Survey berkala terhadap kepuasan pasien dan keluarga pasien, pegawai 2. Evaluasi terhadap hasil survey 3. Perbaikan terhadap SDM, sarana prasarana berdasarkan hasil evaluasi	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	Capaian indikator kepuasan stakeholder (Kepuasan Pelanggan, Kepuasan Peserta didik dan Kepuasan Karyawan)	14.668.281.000	Koordinator Organisasi dan Umum	
11.	Terwujudnya kemandirian keuangan rumah sakit	13. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) 14. Rasio perputaran aset tetap (Fixed Asset Turn Over )	20	30%	40%	56%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman keuangan rumah sakit	1. Pelaksanaan efisiensi belanja 2. Optimalisasi pelayanan dalam rangka peningkatan pendapatan RS 3. Pengoptimalan penggunaan aset tetap 4. Monitoring dan evaluasi terhadap pendapatan dan pengoptimalan aset tetap 5. Mengoptimalkan penggunaan SIMRS terintegrasi 6. Menggunakan pembayaran elektronik 7. Mengembangkan SOP keuangan terkait pendapatan	1. Evaluasi usulan perencanaan 2. Evaluasi pelaksanaan kegiatan anggaran 3. Evaluasi tarif 4. Mengoptimalkan penggunaan aset yang ada di rumah sakit 5. Mengoptimalkan penggunaan SIMRS terintegrasi 6. Menggunakan pembayaran elektronik 7. Mengembangkan SOP keuangan terkait pendapatan	1. Evaluasi usulan perencanaan 2. Evaluasi pelaksanaan kegiatan anggaran 3. Evaluasi tarif 4. Mengoptimalkan penggunaan aset yang ada di rumah sakit 5. Mengoptimalkan penggunaan SIMRS terintegrasi 6. Menggunakan pembayaran elektronik 7. Mengembangkan SOP keuangan terkait pendapatan	1. Meningkatkan kualitas penagihan piutang 2. Menyusun anggaran berbasis kinerja 3. Pengadaan barang/ jasa sesuai skala prioritas 4. Mengerakan pola hidup hemat 5. Melakukan perhitungan unit cost 6. Menjalin kerjasama penggunaan aset dengan pihak ke-3	1. Meningkatkan kualitas penagihan piutang 2. Menyusun anggaran berbasis kinerja 3. Pengadaan barang/ jasa sesuai skala prioritas 4. Mengerakan pola hidup hemat 5. Melakukan perhitungan unit cost 6. Menjalin kerjasama penggunaan aset dengan pihak ke-3	1. Capaian Indikator POBO 2. Capaian indikator perputaran aset tetap	15.000.000	Koordinator Keuangan dan BMN	
12.	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	50%	60%	60%	70%	Surat keputusan Direktur Utama tentang Tim dan Operator SISROUTE	1. Monitoring dan evaluasi respon time kurang dari 1 jam	1. Melakukan monitoring dan evaluasi respon time < 1 jam	1. Melakukan monitoring dan evaluasi respon time < 1 jam	1. Melakukan monitoring dan evaluasi respon time < 1 jam	1. Melakukan monitoring dan evaluasi respon time < 1 jam	Capaian indikator Persentase	35.000.000	Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan	
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar		25%	25%	45%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman penetapan PPK	pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan	1. melaksanakan renovasi toilet umum dan pasien disabilitas. 2. pemenuhan ruang terbuka hijau	1. pemenuhan fasilitas ruang tunggu pasien rawat jalan. 2 pemenuhan sarana dan prasarana parkir untuk pasien	1. pemenuhan sarana dan prasarana parkir untuk pasien	1. pemenuhan sarana dan prasarana parkir untuk pasien	Capaian indikator Persentase	1.393.180.000	Koorinator umum dan Instalasi Kesling	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target				Kebijakan	Program Kerja	Kegiatan				Output	Anggaran	PIC	
			TW I	TW II	TW III	TW IV			TW I	TW II	TW III	TW IV				
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5%	< 2.5%	< 2.5%	< 2.5%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pengembangan pelayanan	penurunan angka kematian di RS	1. peningkatan kompetensi SDM 2. Pelaksanaan movev	1. peningkatan kompetensi SDM 2. Pelaksanaan movev	1. peningkatan kompetensi SDM 2. Pelaksanaan movev	1. peningkatan kompetensi SDM 2. Pelaksanaan movev	Capaian indikator Persentase	250.000.000	Koordinator SDM	
15	Meningkatnya pelaporan audit medissakit 9 penyakit prioritas di rumah Sakit	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan		1		1	Surat keputusan Direktur Utama tentang komite medik	melaksanakan audit medik dan menyampaikan hasil laporan		1. melakukan audit medik dan menyampaikan laporan		1. melakukan audit medik dan menyampaikan laporan	Capaian indikator Persentase	25.000.000	Ketua komite medik	
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	85%	85%	85%	85%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelaksanaan survey kepuasan pasien, pegawai dan peserta didik serta movev tindak lanjut	1. Survey berkala terhadap kepuasan pasien dan keluarga pasien, pegawai 2. Evaluasi terhadap hasil survey 3. Perbaikan terhadap SDM, sarana prasarana berdasarkan hasil evaluasi	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	Capaian indikator kepuasan stakeholder (Kepuasan Pelanggan, Kepuasan Peserta didik dan Kepuasan Karyawan)	25.000.000	Koordinator Organisasi dan Umum	
17	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	1. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran			30%	70%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman penetapan PPK	pemenuhan sarana program unggulan VVIP			proses perencanaan ruangan VVIP	Pelaksanaan renovasi ruangan VIP menjadi Ruangan VVIP	tersedianya ruangan VVIP	200.000.000	Koordinator Pelayanan Medik, Keperawatan, IPS dan Kesling	
		2. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP		3,0%	3,5%	3,5%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelayanan	Pemenuhan sarana dan prasarana program unggulan pelayanan poliklinik eksekutif		promosi pelayanan poliklinik eksekutif	promosi pelayanan poliklinik eksekutif	promosi pelayanan poliklinik eksekutif	meningkatnya volume layanan poliklinik eksekutif	664.010.000	Koordinator pelayanan medik dan keperawatan dan instalasi promkes	
18	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	1. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				1	Surat keputusan Direktur Utama tentang kerjasama internasional	terlaksananya kerjasama layanan unggulan dengan RS internasional		Penjajakan RS luar negeri yang akan dijadikan objek kerja sama	dilakukan draf kerjasama internasional dengan RS Luar negeri	dilakukan draf kerjasama internasional dengan RS Luar negeri	terlaksananya kerjasama dengan RS Luar Negeri	50.000.000	koordinator pelayanan medik dan keperawatan, koordinator hukomas	
		2. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar		20%	20%	30%	PKS Rs dengan Pihak ke 3	pelaksanaan pemenuhan lahan parkir		pemenuhan sarana dan prasarana lahan parkir pasien	pemenuhan sarana dan prasarana lahan parkir pasien	pemenuhan sarana dan prasarana lahan parkir pasien		50.000.000		
		3. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan		80%	80%	80%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pedoman pelaksanaan survey kepuasan pasien	1. Survey berkala terhadap kepuasan pasien dan keluarga pasien, pegawai 2. Evaluasi terhadap hasil survey 3. Perbaikan terhadap SDM, sarana prasarana berdasarkan hasil evaluasi	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Membuat kuesioner untuk mendapatkan masukan tentang harapan pelanggan 2. Mengembangkan sistem penilaian kepuasan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	1. Menyusun usulan perbaikan untuk pengembangan website RSSN 2. Mengembangkan sistem pengaduan pelanggan	Capaian indikator kepuasan stakeholder (Kepuasan Pelanggan, Kepuasan Peserta didik dan Kepuasan Karyawan)	15.000.000	Koordinator Organisasi dan Umum	
		4. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang		80%	80%	80%	SOP pelayanan Rawat jalan	tercapainya waktu pelayanan tanpa pemeriksaan penunjang		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	Koordinator pelayanan Medik
		5. Penundaan waktu Operasi Elektif		3%	3%	3%	SOP pelayanan Kamar Operasi	tercapainya waktu pelayanan tanpa pemeriksaan penunjang		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	Koordinator pelayanan Medik
		6. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik		80%	80%	80%	SOP pelayanan Rawat jalan	terlaksananya waktu pelayanan di poliklinik		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	Koordinator pelayanan Medik
		7. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI		80%	80%	80%	SOP pelayanan Rawat Inap	terlaksananya ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	Koordinator pelayanan Medik
		8. Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususannya		4%	4%	4%	SOP Pelayanan kekhususan	Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususannya		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	Koordinator pelayanan Medik

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target				Kebijakan	Program Kerja	Kegiatan				Output	Anggaran	PIC
			TW I	TW II	TW III	TW IV			TW I	TW II	TW III	TW IV			
19	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan		1%	1%		Surat keputusan Direktur Utama tentang pengampunan	terlaksananya 1 RS yang terampu		melakukan identifikasi rs yang akan di ampu	melakukan pengampunan	melakukan pengampunan	1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	100.000.000	koordinator pelayanan medik dan keperawatan, koordinator hukormas
20	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna			1%		Surat keputusan Direktur Utama tentang Tim Akreditasi	pelaksanaan Akreditasi RS		Persiapan-persiapan pelaksanaan Akreditasi	penilaian akreditasi		akreditasi paripurna	100.000.000	koordinator SDM dan Diklat
21	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	1. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	3	3	3	3	Surat keputusan Direktur Utama tentang Mutu RS	terlaksananya penyusunan laporan bulanan Mutu RS		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	15.000.000	koordinator TIM Mutu RS
		2. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	3	3	3	3	Surat keputusan Direktur Utama tentang Mutu RS	terlaksananya penyusunan laporan bulanan Mutu RS		Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi	Capaian indikator Persentase	20.000.000	koordinator TIM Mutu RS
22	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital				1	Surat keputusan Direktur Utama tentang pengelolaan dan pengembangan SIMRS terintegrasi	Peningkatan kemampuan surveilans berbasis digital		pengembangan aplikasi surveilans berbasis digital	pengembangan aplikasi surveilans berbasis digital	aplikasi surveilans	25.000.000	Instalasi SIRS	
23	Indikator RPJMN	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%	100%	100%	100%	Surat keputusan Direktur Utama tentang pengelolaan dan pengembangan SIMRS terintegrasi	Pelaksanaan pengembangan RME terintegrasi	penyempurnaan aplikasi RME terintegrasi	penyempurnaan aplikasi RME terintegrasi	penyempurnaan aplikasi RME terintegrasi	penyempurnaan aplikasi RME terintegrasi	aplikasi RME terintegrasi	365.800.000	Instalasi SIRS


  
 Bukittinggi, Januari 2024  
 R. Direktur Utama  
 Sp.Bi, Sp.B, Sp.BA(K), MARS, FISQua  
 NIP. 196211221989031001