KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

RSUP Dr. KARIADI
Sahabat Menuju Sehat

RSUP Dr. Kariadi Semarang

# PROGRAM KERJA TAHUN 2021

**RSUP Dr.KARIADI**
Jl. Dr. Sutomo No. 16 Semarang 50244 | Fax. 024 - 8318617 |
Telp. 024-8413476 | SMS Pengaduan : 0888 650 9262 | info@rskariadi.co.id
email : humas_rskariadi@yahoo.co.id | Website ; www.rskariadi.co.id

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmatNya kita diberikan kesehatan dan kekuatan sehingga dapat menyelesaikan dokumen program kerja ini.

Program Kerja Tahun 2021 ini merupakan Rencana Kerja Tahunan, tahun kedua dan penjabaran Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr Kariadi Tahun 2020-2024. Merupakan suatu kewajiban bagi kami untuk menetapkan program kerja pada tahun yang akan datang yang bermanfaat untuk memantau dan mengendalikan pencapaian organisasi, melaporkan capaian realisasi kinerja dan menilai keberhasilan program.

Namun demikian, kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang, sehingga kita dapat mewujudkan visi, misi tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Srategis Bisnis RSUP Dr Kariadi tahun 2020-2024.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh jajaran manajemen di RSUP Dr Kariadi, atas dukungan dan kerjasamanya dalam penyusunan program kerja RSUP Dr Kariadi tahun 2021. Kritik dan saran guna perbaikan penyusunan program kerja yang akan datang sangat kami harapkan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan Rahmat dan HidayahNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, 08 JAN 2021

Plt. Direktur Utama,

Dr. dr. Dodik Tugasworo Pramukarso, Sp.S(K)
NIP. 196204231989111001

## I. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi Semarang merupakan salah satu sektor yang mendukung pelayanan pembangunan kesehatan. RSUP Dr Kariadi Semarang sebagai Badan Layanan Umum (BLU) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bawah Kementerian Kesehatan RI yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa jasa pelayanan kesehatan mengutamakan keselamatan pasien dan dalam kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas dengan menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan sesuai dengan yang telah diamanatkan dalam PP No.23 Tahun 2005.

RSUP Dr Kariadi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya supaya jelas dan terarah telah menyusun Renstra tahun 2020-2024. Renstra tersebut dijadikan pelaksanaannya dalam bentuk program kerja Direktorat. Direktorat dilingkungan RSUP Dr Kariadi terdiri dari Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang, Direktorat SDM, Pendidikan & Penelitian, Direktorat Perencanaan, Organisasi & Umum serta Direktorat Keuangan & BMN.

Untuk mewujudkan kualitas pelayanan yang paripurna mendorong manajemen rumah sakit mengambil langkah-langkah strategis sesuai dengan regulasi dibidang kesehatan, yang dituangkan dalam bentuk kebijakan pimpinan yang bersifat mengatur tata hubungan kerja maupun program kerja yang merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit.

## II. LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia layanan kesehatan rujukan memiliki peranan penting untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien kepada masyarakat. RSUP Dr Kariadi sebagai rumah sakit rujukan, senantiasa berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan yang tinggi serta dilaksanakan pada lingkungan kerja yang memiliki tingkat profesionalisme yang tinggi namun tetap terjangkau bagi seluruh masyarakat.

Berdasarkan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024, Visi RSUP Dr Kariadi yaitu :

***"MENJADI RUMAH SAKIT MODERN DAN BERDAYA SAING TINGGI DI TINGKAT ASIA TAHUN 2024"***

Untuk mewujudkan visinya, RSUP Dr Kariadi Semarang mempunyai misi yaitu :

1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, penelitian kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien dan lingkungannya
2. Menyelenggarakan proses bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif
3. Menyelenggarakan pengembangan digitalisasi pelayanan rumah sakit

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi tersebut diatas, maka disusun Program Kerja RSUP Dr Kariadi Tahun 2021 yang merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis. Pelaksanaan program kerja melibatkan seluruh komponen yang ada di RSUP Dr Kariadi baik internal maupun eksternal. Pihak manajemen rumah sakit memantau pelaksanaan program kerja ini secara berkala tentang kinerja RSUP Dr Kariadi di tahun berjalan.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr Kariadi Tahun 2020-2024, ditetapkan berdasarkan tantangan strategis serta analisa SWOT yang menempatkan posisi RSUP Dr Kariadi pada Kuadran I, yaitu dalam kondisi *Growth*, yang mengandung arti bahwa RSUP Dr. Kariadi harus memfokuskan arah pengembangannya dimasa mendatang untuk pertumbuhan layanan yang akan diberikan. Artinya RS melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pada pengembangan layanan baik sarana prasarana maupun SDM sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi yang sudah dan sedang berjalan.

Penyusunan program kerja RSUP Dr Kariadi ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tatakerja Kementerian Kesehatan, serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi no 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## III. TUJUAN

a. Tujuan Umum :

Dokumen Program Kerja RSUP Dr Kariadi disusun sebagai panduan melaksanakan kegiatan dan sebagai alat untuk memantau dan mengendalikan pencapaian kinerja organisasi.

b. Tujuan Khusus :

1. Mengetahui untuk langkah-langkah pelaksanaan kegiatan dan penanggungjawab kegiatan.
2. Mengetahui sasaran, tujuan dan waktu pelaksanaan kegiatan sebagai bahan melaporkan capaian realisasi kinerja dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok dari program kerja adalah menjabarkan visi dan misi rumah sakit yang selanjutnya dituangkan ke dalam program strategis dan rencana aksi kegiatan di tahun 2021.

A. **Sasaran Strategis RSUP Dr Kariadi Semarang :**

1. Terwujudnya pemenuhan kebutuhan SDM dan peningkatan budaya kerja pegawai.

2. Meningkatnya pendidikan dan penelitian kesehatan yang bermutu tinggi
3. Terwujudnya tata kelola klinik yang baik
4. Terwujudnya tata organisasi yang baik
5. Terwujudnya pengembangan pelayanan
6. Terwujudnya sarana prasarana penunjang pelayanan
7. Terwujudnya pengembangan digitalisasi pelayanan Rumah Sakit
8. Meningkatnya jaminan keamanan, kenyamanan dan keselamatan lingkungan rumah sakit
9. Terwujudnya tata kelola keuangan yang sehat berbasis pada prinsip value of money

B. **Program dan Kegiatan RSUP Dr Kariadi tahun 2021 sebagai berikut** :

1. Melaksanakan pendidikan formal baik D3, S1, S2, maupun Dokter Spesialis I dan Spesialis II.
2. Melaksanakan pendidikan non formal
3. Melaksanakan pemenuhan kompetensi dasar dan kompetensi khusus
4. Implementasi budaya kerja pegawai
5. Melakukan rekruitmen pegawai
6. Melakukan pembinaan karier pegawai
7. Melakukan monitoring dan evaluasi hasil kredensial bagi tenaga profesional
8. Melakukan reviu penilaian kinerja pegawai
9. Menyelenggarakan pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit
10. Meningkatkan pelatihan yang terakreditasi oleh PPSDM
11. Pemenuhan fasilitas pendidikan dan pelatihan
12. Pengembangan penelitian yang mendukung pelayanan
13. Melakukan publikasi penelitian di jurnal ilmiah nasional dan internasional
14. Meningkatkan Integrasi pendidikan dan pelayanan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien
15. Mereviu panduan praktik klinik dan evaluasi implementasi *Clinical Pathway*
16. Pelayanan *Virtual Home Care* untuk pasien pasca rawat inap
17. Implementasi budaya mutu
18. Mereviu dan re-strukturisasi organisasi
19. Implementasi inovasi dan penilaian kinerja unit
20. Implementasi manajemen risiko
21. Mempertahankan predikat WBK dan WBBM
22. Evaluasi kegiatan kerja sama pelayanan
23. Optimalisasi pelayanan Non JKN
24. Optimalisasi pelayanan unggulan
25. Penyelenggaraan layanan Cardiac Check Up
26. Pemenuhan kebutuhan sarana medis dan non medis
27. Persiapan fasilitas sesuai kebijakan kelas standar JKN
28. Melakukan kalibrasi tepat waktu
29. Digitalisasi layanan rumah sakit

30. Melengkapi infrastruktur IT
31. Implementasi program keamanan rumah sakit
32. Implementasi program efisiensi energi
33. Meningkatkan sarana kebutuhan pengunjung rumah sakit
34. Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal
35. Melakukan survei kepuasan pelanggan internal
36. Optimalisasi pengelolaan asset BLU
37. Melakukan penguatan perencanaan anggaran belanja
38. Meningkatkan pengguna layanan non JKN (asuransi/ Perusahaan penjamin)
39. Persiapan penerapan kebijakan tarif tunggal

## V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Cara melaksanakan kegiatan dengan membagi program tersebut kepada Direktorat terakit sesuai tugas pokok dan fungsinya sebagai penanggungjawab kegiatan. Pelaksanaan kegiatan dikumpulkan hasilnya serta dilaporkan secara berkala kepada Direktur Utama. Pengukuran kinerja RSUP Dr Kariadi dilakukan dengan cara :

1. Membandingkan capaian kinerja dengan target
2. Membandingkan capaian kinerja tahun berjalan dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

## VI. SASARAN

Untuk tercapainya visi dan misi rumah sakit maka setiap sasaran strategis terdapat indikator dan target yang ingin dicapai ditahun 2021. Adapun sasaran dan target tahun 2020 adalah sebagai berikut :

**Tabel 1. Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja RSUP Dr Kariadi Tahun 2021**

| No. | Sasaran Strategis | Program dan Kegiatan | Indikator Kinerja Utama | | Target 2021 | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | (3) | (4) | | (5) | (6) |
| 1. | Terwujudnya pemenuhan kebutuhan SDM dan peningkatan budaya kerja pegawai. | • Melaksanakan pendidikan formal dengan rincian :<br>- Sp I dan II = 3 org<br>- S2 = 9 org<br>- S1 = 32 org<br>- D3 / D4 = 2 org | 1 | Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai | 90% | SDM |
| | | • Melaksanakan pendidikan non formal | | | | |
| | | • Melaksanakan pemenuhan kompetensi dasar dan kompetensi khusus | | | | |
| | | • Melakukan reviu penilaian kinerja pegawai | 2 | Tercapainya Indikator Kinerja Individu SDM dengan kinerja baik / sangat baik | >90% | SDM |
| | | • Implementasi budaya kerja pegawai | 3 | Tercapainya budaya kerja | >80% | SDM |
| | | • Melakukan monitoring & evaluasi pelaksanaan budaya kerja | | | | |

| No | Sasaran Strategis | Program dan Kegiatan | Indikator Kinerja Utama | | Target 2021 | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | • Menyelenggarakan pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit | 4 | Terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun | 85% | DIKLIT |
| 2 | Meningkatnya pendidikan dan penelitian kesehatan yang bermutu tinggi | • Menyelenggarakan pelatihan yang terakreditasi oleh PPSDM | 5 | Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 1 pelatihan / tahun | 100% | DIKLIT |
| | | • Melakukan publikasi penelitian di jurnal ilmiah nasional dan internasional | 6 | Meningkatnya jumlah publikasi ilmiah nasional dan internasional | 10% | |
| | | • Melakukan pemantauan terhadap DPJP dalam melaksanakan supervisi ke peserta didik | 7 | Supervisi DPJP terhadap peserta didik | 100% | KOMKORDIK |
| 3 | Terwujudnya tata kelola klinik yang baik | • Melakukan integrase clinical pathway ke rekam medik elektronik | 8 | Pelayanan sesuai *Clinical Pathway* | 100% | PELAYANAN MEDIK |
| | | • Melaksanakan sosialisasi *clinical pathway* yang baru | | | | |
| | | • Melakukan monitoring dan evaluasi kelengkapan pengisian *clinical pathway* | | | | |
| | | • Melakukan peningkatan indikator mutu klinik | 9 | Tercapainya indikator mutu layanan sesuai standard | >90% | |
| 4 | Terwujudnya tata organisasi yang baik | • Meningkatnya akuntabilitas kinerja organisasi | 10 | Penilaian SAKIP | >95 | PE |
| | | • Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator kinerja unit | 11 | Prosentase unit kerja yang mencapai target Indikator Kinerja Unit | >90% | |
| | | • Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program WBK & WBBM | 12 | Tetap terwujudnya predikat WBK dan WBBM | 100% | SPI |
| | | • Melakukan pemantauan dan evaluasi sistem rujukan terintegrasi | 13 | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) | 60% | IGD |
| 5 | Terwujudnya pengembangan pelayanan | • Membuat sistem pengembangan sub pelayanan unggulan | 14 | Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal satu pengembangan sub pelayanan / tahun | 100% | PELAYANAN MEDIK |
| | | • Menyusun sistem pengembangan pelayanan baru | 15 | Terlaksananya pengembangan pelayanan baru (brain and spine) | 100% | |
| | | • Melengkapi administrasi untuk proses perijinan | 16 | Proses perijinan Gedung Medik Sentral | 100% | PE |
| | | • Membuat konsep layanan brain check up | 17 | Bertambahnya layanan Non JKN (Brain Check Up) | 100% | PELAYANAN MEDIK |
| 6 | Terwujudnya sarana prasarana penunjang pelayanan | • Melaksanakan pengadaan sesuai kebutuhan sarana medis dan non medis | 18 | Terpenuhinya kebutuhan sarana medis dan non medis prioritas | 90% | PE |
| | | • Melakukan kalibrasi sesuai jadwal | 19 | Peralatan terkalibrasi sesuai standar dan tepat waktu | 100% | IPS RS |

| No | Sasaran Strategis | Program dan Kegiatan | Indikator Kinerja Utama | | Target 2021 | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Terwujudnya pengembangan digitalisasi pelayanan rumah sakit | • Melakukan identifikasi kebutuhan user tentang aplikasi / sistem IT | 20 | IT terintegrasi seluruh pelayanan (PAC's) | 100% | SIR RS |
| 8 | Meningkatnya jaminan keamanan, kenyamanan dan keselamatan lingkungan rumah sakit | • Melakukan survei kepuasan pegawai rumah sakit | 21 | Kepuasan pelanggan internal | >90% | SDM |
| | | • Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal | 22 | Kepuasan pelanggan eksternal | >80% | HUKMAS |
| | | • Membuat konsep / program efisiensi energi | 23 | Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu program / tahun | 100% | IPS RS |
| | | • Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap keamanan radiasi / nuklir | 24 | Tingkat keamanan radiasi / nukllir sesuai standar | 100% | RADIOLOGI |
| 9 | Terwujudnya tata kelola keuangan yang sehat berbasis prinsip *value of money* | • Melakukan pengelolaan anggaran yang efektif dan efisien yaitu :<br>- Penguatan perencanaan<br>- Efisiensi dan efektifitas pelayanan | 25 | Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan | >90% | PEA |
| | | | 26 | Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional (POBO) | >80% | AKUNTANSI |

## VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Untuk pelaksanaan kegiatan pada tahun 2021 disusun sebagai berikut :

**Tabel 2. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Tahun 2021**

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| 1 | Terwujudnya pemenuhan kebutuhan SDM dan peningkatan budaya kerja pegawai | 1 | Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai | Pemenuhan kompetensi dasar | 1 | Mendata data pegawai yang habis masa berlaku sertifikat kompetensi dasar | √ | | | | | | √ | | | | | | SDM |
| | | | | | 2 | Penyusunan perencanaan dan jadwal kegiatan pelatihan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Pelaksanaan Pelatihan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | DIKLIT |
| | | | | Pemenuhan kompetensi khusus | 1 | Mengkaji ulang standar kompetensi SDM perawat unit khusus (IRIN, IGD, IBS, Cathlab, Ruang isolasi Haemodialisa, Kemoterapi, PBRT) | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | SDM |
| | | | | | 2 | Menetapkan standar kompetensi SDM perawat unit khusus | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melakukan identifikasi kesesuaian standar kompetensi yang dimiliki pegawai dgn standar yang ditetapkan RS | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Menyajikan dan melaporkan hasil standar kompetensi SDM | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | | | Melaksanakan pendidikan formal dan non formal | 1 | Membuat surat edaran usulan TNA ke unit kerja | √ | | | | | | | | | | | | SDM |
| | | | | | 2 | Mereview hasil TNA | √ | √ | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Melakukan *feedback* ke unit kerja tentang hasil TNA | √ | | | √ | | | √ | | | √ | | | |
| | | | | | 4 | Membuat perencanaan pendidikan formal dan non formal | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Proses pengajuan pendidikan formal dan non formal | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 2 | Tercapainya Indikator Kinerja Individu SDM dengan kinerja baik / sangat baik | Reviu penilaian kinerja individu | 1 | Menerima hasil penilaian kinerja individu dari unit kerja | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | SDM |
| | | | | | 2 | Membuat rekapitulasi penilaian kinerja individu ke dalam data base penilaian kinerja | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melakukan verifikasi penilaian kinerja individu | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Melakukan identifikasi penilaian kinerja yang masuk dalam kategori baik/sangat baik | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 3 | Tercapainya budaya kerja | Pelaksanaan budaya kerja | 1 | Melaksanakan pengukuran budaya kerja | | | | | | √ | √ | | | | √ | √ | SDM |
| | | | | | 2 | Sosialisasi hasil pengukuran budaya kerja | √ | √ | | | | | | √ | √ | | | | |
| | | | | | 3 | Sosialisasi dan internalisasi budaya kerja ke pegawai | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi setiap bulan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 4 | Terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/peg/tahun | Menyelenggarakan pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit | 1 | Membuat surat ke unit kerja untuk usulan pelatihan | √ | | | | | | | | | | | | DIKLIT |
| | | | | | 2 | Merekapitulasi usulan pelatihan dari unit kerja | | √ | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Membuat usulan pelatihan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Pelaksanaan pelatihan sesuai jadwal | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 2 | Meningkatnya pendidikan dan penelitian kesehatan yang bermutu tinggi | 1 | Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 1 pelatihan / tahun | Menyelenggarakan pelatihan yang terakreditasi oleh PPSDM | 1 | Membuat proposal (TOR) pelatihan yang diusulkan ke PPSDM | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | DIKLIT |
| | | | | | 2 | Mengirimkan proposal (TOR) pelatihan ke PPSDM | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melaksanakan pelatihan yg terakreditasi PPSDM sesuai jadwal | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Des | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 2 | Meningkatnya jumlah publikasi ilmiah nasional dan internasional | Publikasi penelitian di jurnal ilmiah nasional dan internasional | 1 | Mengedarkan surat ke unit kerja tentang penelitian yang akan dipublikasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | DIKLIT |
| | | | | | 2 | Melakukan proses ijin penelitian yang akan dipublikasikan | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melaksanakan kegiatan publikasi di jurnal ilmiah nasional dan internasional | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 3 | Supervisi DPJP terhadap peserta didik | Melakukan pemantauan terhadap DPJP dalam supervisi ke peserta didik | 1 | Memberikan bimbingan ke peserta didik | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | KOMKOR DIK |
| | | | | | 2 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 3 | Terwujudnya tata kelola klinik yang baik | 1 | Pelayanan sesuai *Clinical Pathway* | Melakukan integrasi *clinical pathway* ke rekam medik elektronik | 1 | Melakukan koordinasi dengan unit terkait | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PELAY MEDIK |
| | | | | | 2 | Membahas usulan format CP integrasi ke rekam medik elektronik | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Mengusulkan format CP baru ke rekam medik elektronik | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Sosialisasi format CP baru | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Des | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 2 | Tercapainya indikator mutu layanan sesuai standard | Peningkatan indikator mutu klinik | 1 | Membuat program kebijakan indikator mutu rumah sakit | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | KOMITE MUTU |
| | | | | | 2 | Sosialisasi tentang kebijakan indikator mutu rumah sakit | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melakukan pemantauan pengukuran indikator mutu | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Melakukan validasi data | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi setiap bulan | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 4 | Terwujudnya tata organisasi yang baik | 1 | Penilaian SAKIP | Peningkatan akuntabilitas kinerja organisasi | 1 | Mengumpulkan dokumen dan data untuk laporan LAKIP | | √ | | | | | | | | | | | | PE |
| | | | | | 2 | Menyusun laporan LAKIP | | √ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Evaluasi SAKIP | | | | √ | √ | | | | | | | | | |
| | | 2 | Presentase unit kerja yang mencapai target IKU | Peningkatan indikator mutu kinerja unit | 1 | Penyusunan draft indikator mutu kinerja unit | √ | | | | | | | | | | | | | PE & KOMITE MUTU |
| | | | | | 2 | Penyusunan profil kamus indikator | √ | √ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Menyusun format pengumpulan indikator mutu kinerja unit | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Rapat koordinasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Des | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 3 | Tetap terwujudnya predikat WBK dan WBBM | Meningkatkan predikat WBK dan WBBM | 1 | Penandatanganan pakta integritas bagi pejabat | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | SPI |
| | | | | | 2 | Melaporkan LHKPN | | √ | √ | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Menerapkan Whistle Blower System | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Melakukan pengendalian gratifikasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Sosialisasi anti korupsi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 4 | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi | Pemantauan SISRUTE | 1 | Menindaklanjuti kasus yang dirujuk ke rumah sakit | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IGD |
| | | | | | 2 | Monitoring dan Evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 5 | Terwujudnya pengembangan pelayanan | 1 | Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal satu sub pelayanan | Pengembangan sub pelayanan unggulan | 1 | Membuat konsep pengembangan pelayanan | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PELAY MEDIK |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Identifikasi kebutuhan tenaga, sarana & prasarana untuk pengembangan sub pelayanan unggulan | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Sosialisasi dan promosi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Des | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 2 | Terlaksananya pengembangan pelayanan baru | Menyusun sistem pengembangan pelayanan baru (brain and spine) | 1 | Membuat konsep / sistem pengembangan pelayanan baru | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PELAY MEDIK |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Identifikasi kebutuhan untuk pengembangan pelayanan baru | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Sosialisasi pengembangan pelayanan baru | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 3 | Proses perijinan gedung medik sentral | Melengkapi administrasi untuk proses ijin gedung medik sentral | 1 | Membuat surat untuk proses ijin | | √ | √ | | | | | | | | | | | PE |
| | | | | | 2 | Melengkapi syarat-syarat administrasi untuk proses ijin | | √ | √ | √ | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 6 | Terwujudnya sarana prasarana penunjang pelayanan | 1 | Terpenuhinya kebutuhan sarana medis dan non medis prioritas | Melaksanakan pengadaan kebutuhan alat medik dan non medik prioritas | 1 | Melakukan kajian terhadap usulan dari unit | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PE |
| | | | | | 2 | Membuat Harga Perkiraan Sendiri dan SP2 | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melakukan proses pengadaan | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PE |
| | | 2 | Peralatan terkalibrasi sesuai standar dan tepat waktu | Optimalisasi pelaksanaan kalibrasi alat kesehatan | 1 | Menyusun jadwal pelaksanaan kalibrasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IPS RS |
| | | | | | 2 | Menyiapkan sarana & prasarana kalibrasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Pelaksanaan kalibrasi sesuai jadwal | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring pelaksanaan kalibrasi | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 7 | Terwujudnya pengembangan digitalisasi pelayanan RS | 1 | IT terintegrasi seluruh pelayanan | Penyiapan modul IT terintegrasi | 1 | Membuat modul IT terintegrasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | SIRS |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Implementasi modul IT terintegrasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | Kelengkapan infrastruktur IT terintegrasi | 1 | Identifikasi kebutuhan infrastruktur IT terintegrasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Mengajukan kebutuhan infrastruktur IT terintegrasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| 8 | Meningkatnya jaminan keamanan, kenyamanan dan keselamatan lingkungan RS | 1 | Kepuasan pelanggan internal | Peningkatan kepuasan pegawai | 1 | Melakukan reviu instrumen survei | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | SDM |
| | | | | | 2 | Menetapkan instrumen survei yang digunakan | | √ | √ | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | 3 | Menentukan sampel | | | | √ | | | | | √ | | | | |
| | | | | | 4 | Menyebarkan kuesioner | | | | | √ | | | | | | √ | | |
| | | | | | 5 | Mengolah data hasil survei | | | | | | √ | √ | | | | | √ | |
| | | | | | 6 | Menyajikan dan melaporkan hasil | | | | | | | √ | | | | | √ | |
| | | | | | 7 | Mengevaluasi hasil survei | | | | | | | √ | | | | | √ | |
| | | | | | 8 | Melaporkan ke Direktur hasil survei | | | | | | | √ | | | | | | |
| | | | | | 9 | Melaksanakan survei kedua | | | | | | | | | | | √ | √ | |
| | | | | | 10 | Mengolah hasil survei | | | | | | | | | | | √ | √ | |
| | | | | | 11 | Melaporkan hasil survei kedua | | | | | | | | | | | | √ | |
| | | 2 | Kepuasan pelanggan eksternal | Survei kepuasan pasien | 1 | Menyusun kuesioner | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | HUKMAS |
| | | | | | 2 | Melakukan survey kepuasaan pasien | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melakukan pengolahan data | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Penyusunan laporan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | 3 | IPAL memenuhi baku mutu lingkungan sesuai standar | Pengembangan IPAL sentral | 1 | Merencanakan konsep pengembangan IPAL sentral | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IPS RS |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Melaksanakan pemeliharaan dan maintenance IPAL sentral | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 4 | Terwujudnya implementasi efisiensi energi | Implementasi program efisiensi energi | 1 | Membuat konsep program efisiensi energi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IPS RS |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi dengan unit terkait | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Identifikasi kebutuhan sarana prasarana program efisiensi energi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Pelaksanaan efisiensi energy diruangan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 5 | Tingkat keamanan radiasi / nuklir sesuai standar | Program keamanan radiasi / nuklir | 1 | Identifikasi pemenuhan sarana & prasarana untuk keamanan radiasi / nuklir | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IPS RS |
| | | | | | 2 | Mengusulkan kebutuhan sarana & prasarana untuk keamanan radiasi / nuklir | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Koordinasi dengan instansi terkait tentang program keamanan radiasi / nuklir | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

| No | Sasaran Strategis | No IKU | Indikator Kinerja Utama | Program Kerja Strategis | | Rencana Aksi / Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | PIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Jan | Peb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nop | Des | |
| | | | | | 4 | Mengusulkan pelatihan keamanan radiasi / nuklir bagi tenaga rumah sakit | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | IPS RS |
| | | | | | 5 | Monitoring dan evaluasi tentang budaya keamanan radiasi / nuklir | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 9 | Terwujudnya tata kelola keuangan yang sehat berbasis pada prinsip *value of money* | 1 | Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) | Pengembangan aplikasi sistem informasi manajemen keuangan BLU yang terintegrasi | 1 | Penyusunan modul | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | AKUNTANSI |
| | | | | | 2 | Rapat koordinasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Sosialisasi aplikasi sistem informasi manajemen keuangan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Implementasi aplikasi sistem informasi manajemen keuangan BLU | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | 2 | Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan | Penguatan perencanaan anggaran belanja | 1 | Melakukan perencanaan anggaran belanja | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | PEA |
| | | | | | 2 | Efisiensi dan efektifitas pengadaan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 3 | Merekapitulasi anggaran belanja dengan realisasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |
| | | | | | 4 | Monitoring dan evaluasi | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | |

## VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Evaluasi pelaksanaan kegiatan merupakan jembatan antara perencanaan kegiatan dengan pelaporan akuntabilitas dan disusun dengan memperhatikan target kinerja pada satu tahun. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan tingkat capaian target dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perencanaan kinerja. Secara berkala RSUP Dr Kariadi melakukan pengukuran kinerja terhadap capaian sasaran melalui indikator-indikator dan target sebagaimana ditetapkan pada dokumen program kerja yang kemudian dituangkan dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja. Evaluasi dilakukan oleh jajaran struktural dimasing-masing Direktorat yang merupakan penanggungjawab dari masing-masing program yang kemudian hasil evaluasinya dilaporkan kepada Direktur Utama.

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan suatu sistem yang digunakan Instansi Pemerintah dalam memenuhi kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan pelaksanaan misi organisasi dimulai dari proses penetapan visi, misi, tujuan dan sasaran organisasi yang akan dicapai.

Program kerja disusun dengan mempertimbangkan Rencana Kinerja Tahunan (RKT) sehingga ada kesamaan, dengan demikian upaya pencapaian kinerja program dapat dilaksanakan.

## IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan dilakukan dengan mencatat hasil semua kegiatan, menyusun pelaporan dan mengevaluasi hasil kegiatan tersebut. Pencatatan dilakukan pada setiap kali pelaksanaan kegiatan setiap bulan yang selanjutnya dirangkum dalam laporan semester dan tahunan.

Kegiatan adalah bagian dari program yang dilaksanakan oleh satu atau beberapa satuan kerja sebagai bagian dari pencapaian sasaran terukur pada suatu program dan terdiri dari sekumpulan tindakan sumber daya baik sumber daya manusia, barang modal termasuk peralatan dan teknologi, dana atau kombinasi dari beberapa atau semua jenis sumber daya sebagai masukan untuk menghasilkan keluaran dalam bentuk barang dan jasa.

Hasil kegiatan adalah segala sesuatu yang mencerminkan berfungsinya keluaran dari kegiatan-kegiatan dalam satu program mengacu pada sasaran strategis dan tujuan yang telah ditetapkan.

Pelaporan dan evaluasi kegiatan dilakukan secara berkala, dilaporkan kepada Direktur Utama dan jajaran Direksi RSUP Dr Kariadi Semarang.

Semarang, 08 JAN 2021

Plt. Direktur Utama

Dr. dr. Dodik Tugasworo P, Sp.S(K)
NIP. 196204231989111001