KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com

Nomor	:	PR.03.02/II.1.2/1480/2022	26 Januari 2022
Lampiran	:	1 (satu) berkas	
Hal	:	Penyampaian LAKIP Tahun 2021 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	

Yth. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Jalan HR Rasuna Said Blox X.5 Kav 4-9 Jakarta 12950

Menindaklanjuti surat nomor PR.05.01/I.1/351/2022 tentang Penyusunan Laporan Kinerja Satuan Kerja TA 2021 dan Perjanjian Kinerja Satuan Kerja TA 2022 tanggal 13 Januari 2022, maka dengan ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Demikian kami disampaikan. Atas perhatian Bapak kami ucapkan terima kasih

Direktur Utama RSUP
dr. Soeradji Tirtonegoro
Klaten,

ttd

dr. Endang Widyaswati, M.Kes

Dokumen ini ditandatangani secara elektronik melalui Aplikasi TNDE menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE. (1/1)

LAPORAN
AKUNTABILITAS KINERJA
INSTALASI PEMERINTAH
TAHUN 2021



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

RSST

RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO
Jl. KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104
E-mail: rsupsoeradji klaten@yahoo.com

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

RSST

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2021

Jl.KRT Dr. Soeradji Tirtonegoro, No.1 Klaten Jawa Tengah
Telp (0272)321020, Fax (0272)321104
Email : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
Website : www.rsupsoeradjitirtonegoro.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah mencurahkan rahmat dan nikmat Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2021 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2021.

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan selama tahun 2021. Laporan kinerja ini merupakan laporan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024. Sesuai (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, PerMenpan RB No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai bentuk pertanggungjawaban dan wujud transparansi terkait pelaksanaan tugas dan fungsi, alat penilaian kinerja serta pemacu peningkatan kinerja organisasi dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang baik.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan dalam penyusunan LAKIP ini, untuk itu kami membutuhkan saran dan perbaikan guna penyempurnaan dimasa yang akan datang sehingga bisa mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP dr Soeradji

Tirtonegoro Klaten. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2021. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur Utama,

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP. 196402141990022001

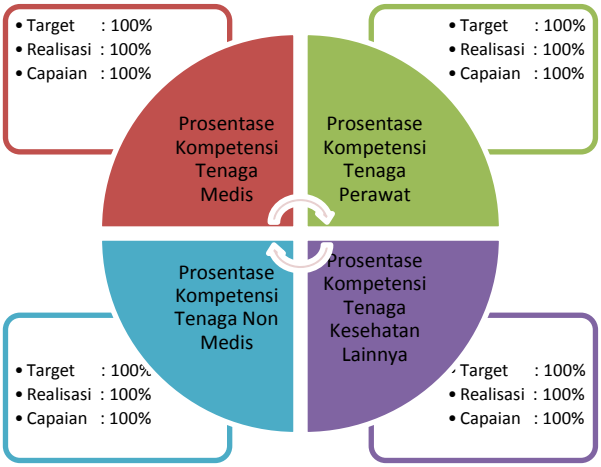
INFOGRAFIS

12 SASARAN STRATEGIS, 31 INDIKATOR KINERJA:

- **26 INDIKATOR MENCAPAI TARGET (83,87%)**
- **5 INDIKATOR BELUM MENCAPAI TARGET (16,13%)**

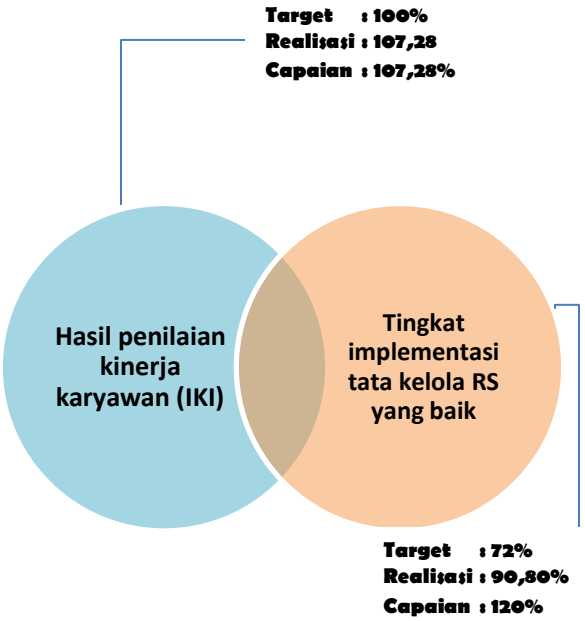
Sasaran Strategis 1

Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik



Sasaran Strategis 2

Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif



Sasaran Strategis 3

Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah

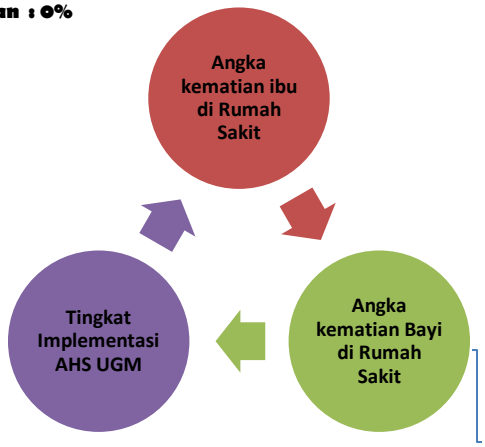


Target : 85%
Realisasi : 74,87%
Capaian : 87,49%

Sasaran Strategis 4

Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Target: : 0,42 %
Realisasi : 1,06%
Capaian : 0%



Target : 2
Realisasi : 2
Capaian : 100%

Target : 4,6%
Realisasi : 8,36%
Capaian : 18,26%

Sasaran Strategis 5

Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas

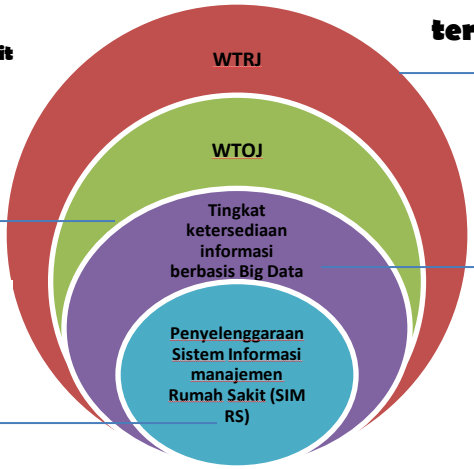


Target : 87
Realisasi : 87,49
Capaian : 100,56%

Sasaran Strategis 6

Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT

Target : 14 menit
Realisasi : 10,04 menit
Capaian : 120%



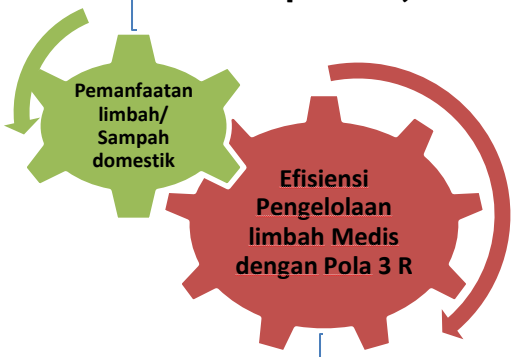
Target : 45 menit
Realisasi : 36 menit
Capaian : 120%

Target : Level 3
Realisasi : Level 3
Capaian : 100%

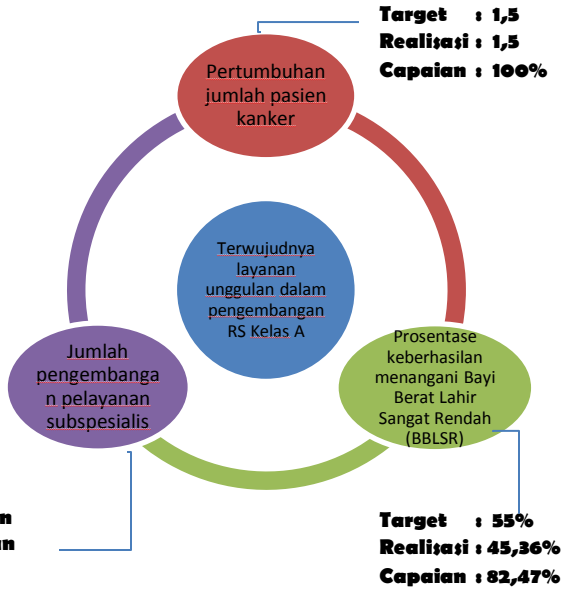
Target : Tingkat 1
Realisasi : Tingkat 1
Capaian : 100%

Sasaran Strategis 7

Terwujudnya Implementasi green hospital

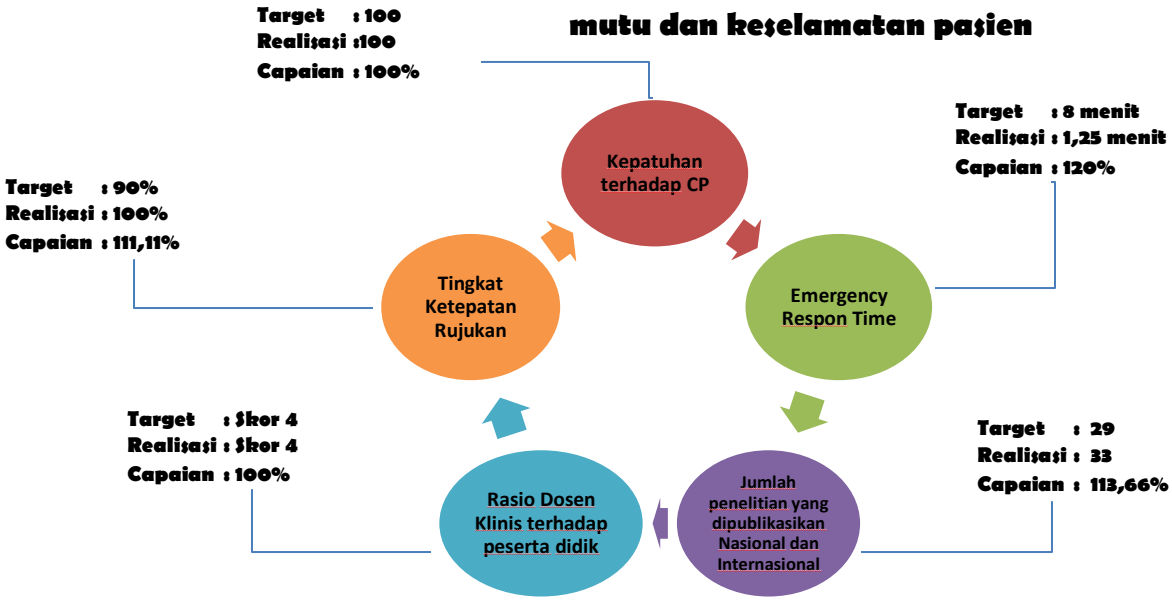


Sasaran Strategis 8



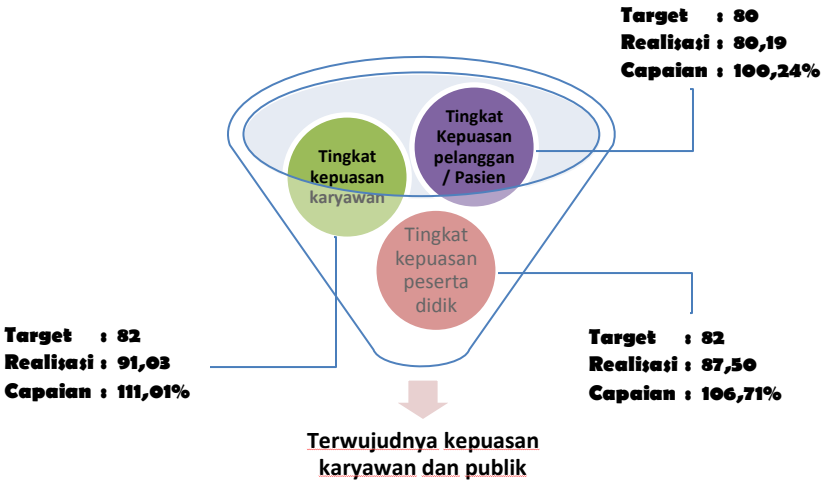
Sasaran Strategis 9

Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien



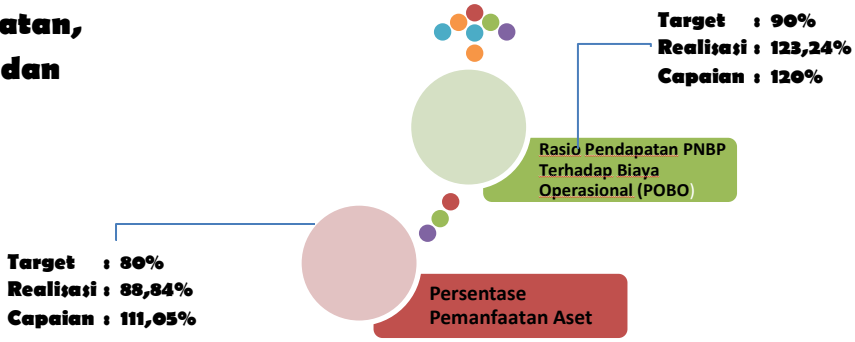
Sasaran Strategis 10

Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik



Sasaran Strategis 11

Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya



Sasaran Strategis 12

Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

Target : 60%
Realisasi : 20,91%
Capaian : 34,85%



RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan laporan yang berisi informasi mengenai rencana dan capaian kinerja yang telah dicapai selama satu tahun. Rencana kinerja dan capaian kinerja tahun 2021 mengacu pada perencanaan kinerja dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024.

Berdasarkan pada 12 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 31 indikator kinerja, 25 indikator sudah berhasil dicapai, dan 6 indikator belum tercapai. Hal ini dapat disampaikan ringkasannya sebagai berikut:

1. Dari sasaran terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik; 4 indikator mencapai target.
2. Dari sasaran terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif ; 2 indikator mencapai target.
3. Dari sasaran terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah; 1 indikator belum mencapai target.
4. Dari sasaran terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat; 1 indikator mencapai target, 2 indikator belum mencapai target.
5. Dari sasaran terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas, 1 indikator mencapai target.
6. Dari sasaran Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT; 4 indikator mencapai target.
7. Dari sasaran terwujudnya implementasi *green hospital*; 2 indikator mencapai target.
8. Dari sasaran Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS

Kelas A; 2 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.

9. Dari sasaran Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien; 5 indikator mencapai target.
10. Dari sasaran Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik; 3 indikator mencapai target.
11. Dari sasaran meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya; 2 indikator mencapai target.
12. Dari sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi; 1 indikator belum mencapai target.

Faktor penghambat capaian target kinerja tahun 2021 adalah:

1. Perlunya peningkatan kompetensi SDM dalam rangka peningkatan program layanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
2. Kondisi pandemi covid 19 yang menyebabkan penurunan kuantitas pelayanan RS;
3. Sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan sub spesialis belum lengkap;
4. SIM RS yang terintegrasi masih dalam tahap pengembangan;
5. Perlunya peningkatan kerjasama yang sinergis antara bidang pelayanan dengan Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran untuk meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun di luar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.
6. Perlunya peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan singkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial.

Kinerja tahun 2021 didukung dengan realisasi anggaran sebesar Rp.390.754.084.672,- atau terserap sebesar 93,82% dari total pagu

anggaran tahun 2021 sebesar Rp.416.488.345.000,- dan menggunakan sumber daya manusia sebesar 1120 pegawai

Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun 2022, RSUP dr. Soeradji akan melakukan rencana tindak lanjut sebagai berikut :

1. Memberikan dorongan dan motivasi kepada pegawai untuk menempuh pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan merencanakan program pelatihan pegawai;
2. Merencanakan dan melaksanakan pengiriman staf dalam pendidikan, magang, ataupun studi banding terkait program pengembangan layanan yang sudah direncanakan;
3. Mempercepat pengembangan IT yang terintegrasi;
4. Membangun kerjasama yang sinergis antara Bidang pelayanan dengan Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran untuk meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui berbagai media baik didalam maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya;
5. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun jajaran manajerial.

DAFTAR ISI

Daftar Isi

	Kata Pengantar	i
	Info grafis	iii
	Ringkasan Eksekutif	vii
	Daftar Isi	x
	Daftar Tabel	xi
	Daftar Grafik	xii
I	Pendahuluan	
	Tugas dan fungsi	1
	Struktur Organisasi	2
	Aspek Strategis Organisasi	4
	Maksud dan Tujuan	5
	Permasalahan Utama (Strategic Issued)	7
	Sistematika Penulisan	7
II	Perencanaan Kinerja	
	Perencanaan Kinerja Tahun 2021	9
	Perjanjian Kinerja	17
III	Akuntabilitas Kinerja Organisasi	
	Capaian Kinerja Organisasi	20
	Perbandingan Target Tahun 2021 dengan Realisasi Tahun 2021	21
	Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2021 Dengan Capaian Kinerja Tahun 2020 dan Target Jangka Menengah Tahun 2024	25
	Analisa Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan / Penurunan Kinerja dan Alternatif Solusi Yang Dilakukan	28
	Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	59
	Analisa Program/ Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Kinerja	62
	Realisasi Kinerja	63
IV	Penutup	
	Kesimpulan	65
	Saran	67

DAFTAR TABEL

1.1	Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian	3
2.1	Matrik Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024	14
2.2	Perjanjian Kinerja RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro Tahun2021	17
3.1	Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2021	21
3.2	Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2021 dengan Target Tahun 2020 dan 2024	25
3.3	Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian	59
4.1	Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB	65

DAFTAR GRAFIK

1.1	Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan	3
3.1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	28
3.2	Terbentuknya Pola Pikir *(mindset)* dan Pola Budaya (Culture Set) Organisasi yang Efektif	30
3.3	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	32
3.4	Terwujudnya Tata Kelola RS dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	33
3.5	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	36
3.6	Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	38
3.7	Terwujudnya Implementasi Green Hospital	39
3.8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	41
3.9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	46
3.10	Terwujudnya Kepuasan Karyawan dan Publik	53
3.11	Meningkatnya Pendapatan, Membaiknya Struktur dan Efisiensi Biaya	56
3.12	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	57

DAFTAR GAMBAR

1.1 1 Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten 2

BAB I

PENDAHULUAN

A. Tugas dan Fungsi

Setiap Instansi Pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara diwajibkan untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing – masing instansi (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 42/2020 tanggal 23 Oktober 2020 tentang Organisasi & Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugasnya, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai fungsi sebagai berikut:

a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
h. pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;

i. pengelolaan sumber daya manusia;
j. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
k. pelaksanaan kerja sama;
l. pengelolaan sistem informasi;
m. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
n. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

B. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berdasarkan PerMenKes RI No.42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terdiri atas tiga direktorat, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.1.

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten



LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 42 TAHUN 2020
TENTANG
ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

TERAWAN AGUS PUTRANTO

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

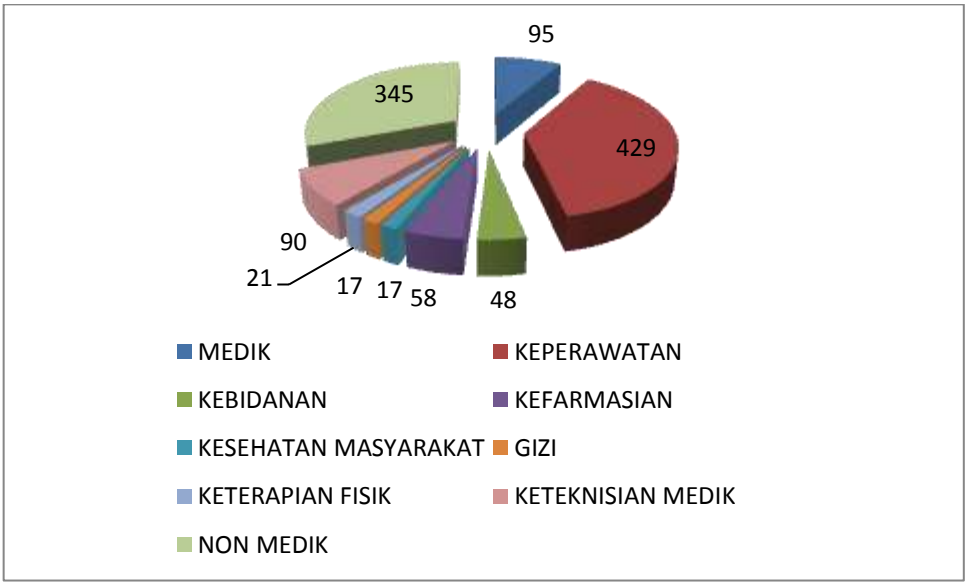
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

Struktur organisasi tersebut didukung dengan sumber daya manusia (SDM) sebanyak 1120 orang (per 31 Desember 2021). Komposisi SDM yang dikelompokkan dalam jabatan, golongan dan jenjang pendidikan disajikan dalam Tabel 1.1, Grafik 1.1, berikut

Tabel 1.1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

NO	STATUS KPEGAWAIAN	PNS	CPNS	BLU TETAP	BLU KONTRAK	JUMLAH
1	Manajerial	108	12	20	1	141
2	Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang	449	38	168	69	724
3	Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara	23	1	36	14	74
4	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum	81	1	38	61	181
	Jumlah	661	52	262	145	1.120

Grafik 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan



C. Aspek Strategis Organisasi

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten saat ini sudah menjadi RS Kelas A berdasarkan SK Badan Koordinasi Penanaman Modal No.5/1/10/KES/PMDN/2018 yang diberi waktu s/d 5 tahun untuk mempersiapkan Sumber Daya yaitu kompetensi dan sarana prasarana yang memadai untuk kategori layanan kelas A. Kondisi ini adalah peluang bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk dapat memperluas dan meningkatkan layanan kepada masyarakat dari sisi kompleksitas pelayanan, namun sekaligus sebagai tantangan untuk menyiapkan SDM yang memenuhi persyaratan kompetensi dan pemenuhan sarana prasarana yang memadai untuk kategori kelas A. RSUP dr Soeradji juga terus melakukan peningkatan fasilitas kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan.

Program pengembangan pelayanan yang disiapkan untuk tahun 2021 adalah pengembangan layanan unggulan dan layanan sub spesialis berdasarkan PerMenKes 30 Tahun 2019 revisi dari PerMenKes 56 Tahun 2014, penguatan program promosi layanan RS serta pengembangan layanan lainnya. Layanan unggulan Rumah Sakit berupa layanan kanker terpadu dan layanan pediatrik terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro yang unggul dalam pelayanan. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah masih terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi

kebutuhan masyarakat. Pengembangan layanan unggulan lain berupa layanan Pediatri Terpadu didukung ketersediaan SDM yang cukup lengkap dalam pelayanan pediatri terpadu dengan sarana prasarana yang memadai adalah modal utama pengembangan layanan pediatrik terpadu menjadi layanan unggulan RS. Layanan Pediatri Terpadu secara tidak langsung berkontribusi dalam mewujudkan tujuan Kementerian Kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) serta menjadi salah satu indikator meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat. Layanan geriatri dan layanan lainnya juga akan menjadi layanan prioritas yang akan dikembangkan Rumah Sakit.

Terjadinya Pandemi Covid-19 di awal tahun 2020 dimana RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang merupakan RS Vertikal milik Kementerian Kesehatan ditetapkan sebagai RS Rujukan Penanganan Covid-19. Adanya Pandemi Covid-19 menyebabkan terjadinya perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan dimana faktor keamanan petugas dan pasien menjadi prioritas utama pelayanan agar tidak terjadi penularan. Upaya yang dilakukan Rumah Sakit adalah disiplin dalam penerapan protokol kesehatan dan meningkatkan sarana prasarana kesehatan.

D. Maksud dan Tujuan

Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis atas pelaksanaan program RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang meliputi pengelolaan sumber daya, pengelolaan keuangan, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia. Laporan ini merupakan rangkuman yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang sudah ditetapkan. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro melakukan evaluasi kinerja atas keberhasilan

maupun kegagalan dalam pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka untuk mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan dan disusun secara periodik, sehingga apabila terjadi kegagalan akan dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan dan langkah-langkah perbaikan manajemen serta dapat dilakukan analisis penyebab ataupun penghambatnya. Apabila kinerjanya tercapai dengan baik maka tetap perlu dilakukan analisa dan strategi yang tepat untuk mempertahankannya.

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah:

1. Sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2021 yang harus dipertanggung jawabkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.
2. Sebagai instrument pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan kegiatan dan sebagai bahan untuk menyempurnakan perencanaan dan penyusunan program pada periode yang akan datang.
3. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun.
4. Sebagai alat kendali, alat penilai, dan alat pendorong yang dapat memberikan gambaran secara komprehensif pencapaian kinerja disetiap unit kerja RSUP. dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
5. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau peningkatan kinerja unit kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
6. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat diindentifikasi faktor

penghambat dan pendukung tercapainya kinerja dan tindakan perbaikan dimasa yang akan datang.

E. Permasalahan Utama (Strategic Issued)

Identifikasi beberapa permasalahan utama yang terjadi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

1. Pandemi Covid-19 (Perubahan pelayanan dan perilaku pelayanan, kebutuhan sarana dan prasarana)
2. Sistem Informasi RS belum terintegrasi.
3. Sarana dan prasarana belum memadai.
4. Pemenuhan kebutuhan SDM belum sesuai harapan (pola ketenagaan) yang disebabkan belum optimalnya pengidentifikasian beban kerja.
5. Komitmen dan budaya kerja sebagian pegawai masih rendah.
6. Masih perlu dilakukan peningkatan kepatuhan dalam kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medik untuk mempercepat proses penagihan /klaim ke BPJS.
7. Masih kurangnya tenaga programmer untuk mendukung terselesainya beberapa aplikasi dirumah sakit.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penyajian Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten disusun sebagai berikut:

a. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issued) yang sedang dihadapi organisasi.
b. Bab II Perencanaan Kinerja, menjelaskan tentang uraian ringkasan / ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2021
c. Bab III Akuntabilitas Kinerja.
   A) Capaian Kinerja Organisasi, menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis

organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini .
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah / Tahun 2024
3. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)
4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/ penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan .
5. Analisis atas efesiensi penggunaan sumber daya .
6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja.

B) Realisasi Anggaran,

Menguraikan realisasi anggaran yang digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja

d. Bab IV Penutup

Berisi kesimpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja

Perencanaan kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis, yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah melalui berbagai kegiatan tahunan. Didalam rencana kinerja ditetapkan rencana capaian kinerja tahunan untuk seluruh indicator kinerja yang ada pada tingkat sasaran dan kegiatan. Dokumen rencana kinerja memuat informasi tentang: sasaran yang ingin dicapai pada tahun yang bersangkutan; indikatorkinerja, dan rencana capaiannya.

Sasaran dan target kinerja yang dimaksud sesuai dengan yang tertuang dalam dokumen RSB periode tahun 2020-2024 yang setiap tahunnya dibuat suatu perjanjian kinerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Perjanjian kinerja dalam RSB tahun 2020-2024 digunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, baik dari segi masukan (input), proses, keluaran (output) danhasil (outcomes). Keberhasilan/kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan dengan target yang telah disusun secara periodic dalam rangka mencapai visi dan misi organisasi secara terukur dipertanggungjawabkan dalam laporan akuntabilitas kinerja.

Perencanaan program/rencana strategis dan pelayanan RS harus sejalan dengan visi, misi, dan rencana strategis Kementerian Kesehatan RI yaitu “Terwujudnya Masyarakat Sehat, Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan”. Pada Rencana Strategis Bisnis periode tahun2020-2024, telah dirumuskan visi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sebagaiberikut:

““Unggul dalam Pelayanan Publik””.

Unggul: Lebih tinggi (pandai, baik, cakap, kuat, awetdsb) daripada yang lain; utama

PelayananPublik : segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang public maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggunjawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di

Daerah dan di lingkungan BUMN/BUMD, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan

Visi tersebut diwujudkan melalui misi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bercirikan *smart and inteligent hospital* yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
2. Meningkatkan pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain serta penelitian translasional;
3. Meningkatkan kepuasan pelayanan publik melalui zona integritas;
4. Meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui *Academic Health System (AHS)* Universitas Gajah Mada (UGM)

Misi ini menjadi pendorong dan semangat kerja seluruh pimpinan maupun karyawan rumah sakit untuk menghadapi persaingan yang semakin keras dan untuk meraih cita-cita.

Tata nilai RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah IPAKI:

I = Integritas
P = Profesionalisme
A = Akuntabilitas
K = Keterbukaan
I = Ikhlas

Keyakinan dasar RSUP dr Soeradji Tirtonegoro :

1. Karyawan yang berkualitas dan berkomitmen tinggi kepada rumah sakit adalah aset yang paling berharga.
2. Kepuasan dan kesetiaan pelanggan adalah dasar kelangsungan hidup rumah sakit.
3. Mutu pelayanan rumah sakit sebagai pengikat kesetiaan pelanggan.
4. Kebersamaan adalah kunci utama dalam mencapai kesuksesan.

Upaya mencapai visi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro di tengah berbagai permasalahan yang ada memerlukan sasaran dan upaya yang jelas. Sasaran strategis mewujudkan tujuan-tujuan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro yaitu:

1. Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik
2. Terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif.
3. Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah
4. Terwujud nyata takelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
5. Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas
6. Terwujudnya Sistim Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT
7. Terwujudnya implementasi *green hospital*
8. Terwujudnyalayanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A
9. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
10. Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik
11. Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya
12. Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

Dalam rangka melaksanakan sasaran - sasaran yang ditetapkan diatas, maka perlu adanya strategi untuk mencapai sasaran tersebut. Adapun strateginya adalah sebagai berikut:

1. Pengelolaan Aparatur Sipil Negara secara sistematis, konseptis, dan berkelanjutan dimulai dari sistem rekrutmen yang bersih dan professional
2. Penuangan kaidah – kaidah budaya kerja pada setiap regulasi yang dibuat.
3. Mengembangkan sitem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi di rumah sakit.
4. Mengembangkan kemandirian dalam sistem tata kelola kehandalan sarana dan prasarana melalui pemberdayaan SDM RS berbasis *Health Technologi Assesment* (HTA) yang mengedepankan *Evidence Based Medicine* (EBM)
5. Pengembangan pelayanan rumah sakit berdasarkan perencanaan terpadu untuk mewujudkan efektifitas dan efisiensi dalam proses

bisnis rumah sakit.

6. Terwujudnya sistem rujukan berjenjang
7. Tercapainya peningkatan dan pengembangan layanan unggulan dan layanan prioritas
8. Mengembangkan tata layanan klinis, mengintensifkan fungsi unit kerja pendidikan dan penelitian serta menguatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rotasi Klinik, dengan mengedepankan Mutu dan Keselamatan Pasien.
9. Membangun system manajemen complain pelanggan

Adapun program- programnya sebagai berikut:

1. Implementasi Struktur Organisasi Rumah Sakit klas A Pendidikan Utama tahap II dan Penguatan manajemen SDM RS tahap II serta Peningkatan Profesionalisme /Kompetensi SDM Rumah Sakit Melalui Ekskalasi Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM.
2. Peningkatan Kesejahteraan dan Karier SDM Berbasis Kinerja dan IT (Reformasi Birokrasi Kepegawaian) tahap II, Pemantapan budaya menjaga mutu dan keselamatan pasien tahap II, Pemantapan budaya patient centered care tahap II, Pembangunan Zona Integritastahap II
3. Penataansarana RS kelas A, Pembangunan dan renovasi /refungsi sarana fisik tahap II, dan Optimalisasi pengawasan kualitas kelayakan sarana prasarana, alat kesehatan dan jaringan tahap II
4. Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap II dan Implementasi kegiatan yang efektif dan efisien, kehandalan pelaporan keuangan, pengamanan asset dan ketaatan terhadap regulasi serta Pembangunan ekselensi dalam konsep AHS UGM tahap II
5. Optimalisasi pelaksanaan reformasi birokrasi dalam rangka Good Governance tahap II
6. Pengembangan system informasi manajemen, regulasi dan promosi kesehatan RS yang terintegrasi tahap II
7. Pelaksanaan Sistem Monitoring, Evaluasi , dan Tindak Lanjut Pencapaian IKU tiap Direktorat berbasis IT (Tahap II), Pengelolaan Limbah Medis dengan pola 3 R, Pemanfaatan limbah/Sampah domestik, efisiensi air dan energi, dan Upaya minimisasi limbah melaui penggunaan kertas bekas (paperless)

8. Pengembangan dan optimalisasi layanan unggulan serta optimalisasi layanan lainnya
9. Optimalisasi pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien serta Penguatan system rujukan terintegrasi (sisrute) tahap II
10. Penambahan jumlah dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang teknologi informasi, baik pengembang, pengelola, maupun pengguna dan penguatan program-program dalam tata laksana komplain RS berbasis IT tahap II.
11. Penguatan Pengelolaan Keuangan berbasis IT

Perencanaan Strategis memiliki tujuan :

1. Sebagai sarana untuk memfasilitasi terciptanya anggaran yang efektif
2. Sebagai sarana untuk memfokuskan manajer pada pelaksanaan strategi yang telah ditetapkan
3. Sebagai sarana untuk memfasilitasi alokasi sumber daya yang optimal
4. Sebagai kerangka untuk pelaksanaan tindakan jangka pendek
5. Sebagai sarana bagi manajemen untuk memahami strategi organisasi

IKU yang ditetapkan di RSB 2020 – 2024 ini dipergunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, baik dari segi masukan (input), proses, keluaran (out put), dan hasil (outcome). Penetapan Target IKU 2020 – 2024 seperti terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1.Matrik Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target				
					2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
1	**Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik**	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100	100	100	100	100
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100	100	100	100	100
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100	100	100	100	100
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	85	100	100	100	100	100
2	**Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif**	5	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%		100	100	100	100	100
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	74.19	72	72	72	72	72
3	**Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah**	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%		80	85	85	85	85
PERSPEKTIF PROSES BISNIS										
4	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	8	Angka kematian ibu di Rumah	%	0.45	0.43	0.42	<2	<2	<2
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.89	4.7	4.6	4.5	4.4	4
		10	Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	1	1	2	2	2	2
5	**Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas**	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	86.17	87	87	85	85	85

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline 2019 (Sem I)	Target 2020	2021	2022	2023	2024
6	**Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT**	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	72	60	45	40	35	30
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	32.71	30	14	14	14	14
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	-	1	1	2	2	3
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	Level 2	3	3	4	4	5
7	**Terwujudnya Implementasi *green hospital***	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	12	13	14	14	15	15
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	-	10	15	20	30	50
8	**Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A**	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor		1.5	1.5	2	2	2
		19	Presentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%		55	55	55	55	55
		20	Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	layanan		1	1	1	1	1
9	**Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	100	100	100	100
		22	Emergency Respon Time	menit	8	8	8	<5	<5	<5
		23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	Penelitian		26	29	32	35	39
		24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4	4	4	4	4
		25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%		85	90	95	100	100
PERSPEKTIF KONSUMEN										
10	**Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik**	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	79	80	80	80	80	80
		27	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	82	82	85	85	85
		28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	80	82	82	85	85	85

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline 2019 (Sem I)	Target 2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF FINANSIAL										
11	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	62.18	65	90	90	90	90
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%		80	80	85	88	90
INDIKATOR WAJIB										
12	**Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi**	31	Persentase Pelaksanaan sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	%			60	70	85	100

B. Perjanjian Kinerja

Menurut PerMenpan No.053 Tahun 2014 Perjanjian Kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indicator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, terwujud komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (outcome) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup outcomes yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2021 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro Tahun2021

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang	%	72

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektif penggunaan sarana prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	0.42
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.6
		Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	skor	87
6	Terwujudnya sistem informasi manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	45
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big	Tingkat	1
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	3
7	Terwujudnya Implementasi *green hospital*	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	15
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	1.5
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55
		Jumlah pengembangan pelayanan sub spesialis	layanan	1
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	%	100
		Emergency Respon Time	menit	8
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional dan internasional	Penelitian	29

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
		Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	Skor 4
		Tingkat Ketepatan Rujukan	%	90
PERSPEKTIF KONSUMEN				
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80
		Tingkat kepuasan karyawan	%	82
		Tingkat kepuasan peserta didik	%	82
PERSPEKTIF FINANSIAL				
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90
		Persentase Pemanfaatan Aset	%	80
INDIKATOR WAJIB				
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	60

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2021 sebesar Rp.419.877.018.000,- . Selama tahun berjalan ada penggunaan saldo awal sebesar Rp 65.747.69.000,- refocusing tahun 2021 sebesar Rp.36.690.967.000,-.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja merupakan kegiatan untuk membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan rencana tingkat capaian (target) dan standard pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Pengukuran kinerja juga memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Penetapan Kinerja. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindak lanjuti dalam perencanaan program / kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program / kegiatan yang direncanakan dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.

Tahun 2021 merupakan tahun kedua dari perencanaan jangka menengah, dimana RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020 – 2024 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja secara terperinci diuraikan untuk tiap-tiap indikator pada masing-masing sasarannya yang telah ditetapkan pada RSB 2020-2024.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2021 dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Capaian kinerja yang diukur adalah dengan membandingkan realisasi dengan target.

A.1. Perbandingan Target 2021 dengan Realisasi Tahun 2021

Tabel 3.1. Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2021

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2021		
				Target	Realisasi	Capaian
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100.00	100.00%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100.00	100.00%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100.00	100.00%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	100.00	100.00%
2	Terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	107.28	107.28%
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	90.80	120.00%
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Efectiveness (OEE)	%	85	74.37	87.49%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah	%	0.42	1.06	0.00%
		Angka kematian Bayi di Rumah	%	4.6	8.36	18.26%
		Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2	2.00	100.00%

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2021		
				Target	Realisasi	Capaian
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	87	87.49	100.56%
6	Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan	menit	45	36	120.00%
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14	10.04	120.00%
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1.00	100.00%
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	3	3.00	100.00%
7	Terwujudnya Implementasi *green hospital*	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14	20.91	120.00%
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	15	15.04	100.27%
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	1.5	1.50	100.00%
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	45.36	82.47%
		Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	layanan	1	2	120.00%

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2021		
				Target	Realisasi	Capaian
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100.00	100.00%
		Emergency Respon Time	menit	8	1.25	120.00%
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional dan internasional	Penelitian	29	33	113.79%
		Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4	100.00%
		Tingkat Ketepatan Rujukan	%	90	100.00	111.11%
PERSPEKTIF KONSUMEN						
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80.19	100.24%
		Tingkat kepuasan karyawan	%	82	91.03	111.01%
		Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	86.50	105.49%
PERSPEKTIF FINANSIAL						
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	123,24	120.00%
		Persentase pemanfaatan aset	%	80	88.84	111.05%
INDIKATOR WAJIB						
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	60	20.91	34.85%
	Capaian Kinerja					97.58%

Dari 30 indikator kinerja utama yang ditetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, dan 1 indikator dari pusat pada tahun 2021tercapai sebanyak 26 indikator (83,87%), dan belum tercapai 5 indikator (16,13%). Prosentase

rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2021 tercapai sebesar 97,58%.

A.2. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2021 Dengan tahun 2020 dan 2024

Tabel 3.2.Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2021 dengan Tahun 2020 dan Target Tahun 2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	2020				2021				2024			
			2020-2024		Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi*)	Capaian	Ket
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN																
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	96.33	96.33%	Belum Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	5	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	107.75	107.75%	Tercapai	100	107.28	107.28%	Tercapai	100	107.28	107.28%	Tercapai
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	80.66	112.03%	Tercapai	72	90.80	120.00%	Tercapai	72	90.80	126.11%	Tercapai
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	80	79.37	99.21%	Belum Tercapai	85	74.37	87.49%	Belum Tercapai	85	74.37	87.49%	Belum Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS																
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan	8	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	0.43	0.00	120.00%	Tercapai	0.42	1.06	0.00%	Belum Tercapai	<2	1.06	120.00%	Tercapai
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.7	5.81	76.38%	Belum Tercapai	4.6	8.36	18.26%	Belum Tercapai	4	8.36	0.00%	Belum Tercapai
		10	Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	1	2.00	120.00%	Tercapai	2	2.00	100.00%	Tercapai	2	2.00	100.00%	Tercapai
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90.95	107.00%	Tercapai	87	87.49	100.56%	Tercapai	85	87.49	102.93%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	2020				2021				2024			
			2020-2024		Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi*)	Capaian	Ket
6	**Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT**	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	60	40.42	120.00%	Tercapai	45	36	120.00%	Tercapai	30	36	80.00%	Belum Tercapai
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	30	9.94	120.00%	Tercapai	14	10.04	120.00%	Tercapai	14	10.04	120.00%	Tercapai
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1.00	100.00%	Tercapai	1	1.00	100.00%	Tercapai	3	1.00	33.33%	Belum Tercapai
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	3	3.00	100.00%	Tercapai	3	3.00	100.00%	Tercapai	5	3.00	60.00%	Belum Tercapai
7	**Terwujudnya Implementasi *green hospital***	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	13	14.82	114.00%	Tercapai	14	20.91	120.00%	Tercapai	15	20.58	120.00%	Tercapai
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	10	10.71	107.10%	Tercapai	15	15.04	100.27%	Tercapai	50	15.06	30.12%	Belum Tercapai
8	**Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A**	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	1.5	1.25	83.33%	Belum Tercapai	1.5	1.50	100.00%	Tercapai	2	1.50	75.00%	Belum Tercapai
		19	Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	59.26	107.75%	Tercapai	55	45.36	82.47%	Belum Tercapai	55	45.36	82.47%	Belum Tercapai
		20	Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	layanan	1	1.00	100.00%	Tercapai	1	2	120.00%	Tercapai	1	2	120.00%	Tercapai
9	**Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai
		22	Emergency Respon Time	menit	≤8	1.80	120.00%	Tercapai	8	1.25	120.00%	Tercapai	<5	1.25	120.00%	Tercapai
		23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	26	26	100.00%	Tercapai	29	33	113.79%	Tercapai	39	33	66.67%	Belum Tercapai
		24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	Skor 4	Skor 4	100.00%	Tercapai	Skor 4	Skor 4	100.00%	Tercapai	Skor 4	Skor 4	100.00%	Tercapai
		25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%	85	94.64	111.34%	Tercapai	90	100.00	111.11%	Tercapai	100	100.00	100.00%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	2020				2021				2024			
			2020-2024		Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi	Capaian	Ket	Target	Realisasi*)	Capaian	Ket
PERSPEKTIF KONSUMEN																
10	**Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik**	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80.90	101.13%	Tercapai	80	80.19	100.24%	Tercapai	80	80.19	100.24%	Tercapai
		27	Tingkat kepuasan karyawan	%	82	91.10	111.10%	Tercapai	82	91.03	111.01%	Tercapai	85	91.03	107.09%	Tercapai
		28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	92.50	112.80%	Tercapai	82	86.50	105.49%	Tercapai	85	86.50	101.76%	Tercapai
PERSPEKTIF FINANSIAL																
11	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	65	94.57	120.00%	Tercapai	90	123.42	120.00%	Tercapai	90	123,42	120.00%	Tercapai
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%	80	80.00	100.00%	Tercapai	80	88.84	111.05%	Tercapai	90	88.84	98.71%	Belum tercapai
INDIKATOR WAJIB																
12	**Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi**	31	Prosentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%					60	20.91	34.85%	Belum Tercapai	100	20.91	20.91%	Belum tercapai
	Capaian Kinerja						105.57%				97.58%				93.41%	

Prosentase rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2020 tercapai sebesar 105,57%, tahun 2021 tercapai sebesar 97,58%, dan terhadap target 2024 tercapai 93,41%. Perbandingan capaian tahun 2021 dengan target tahun 2024, dari 31 indikator kinerja utama,tercapai sebanyak 20 indikator (64,52%), dan belum tercapai 11 indikator (35,48%).

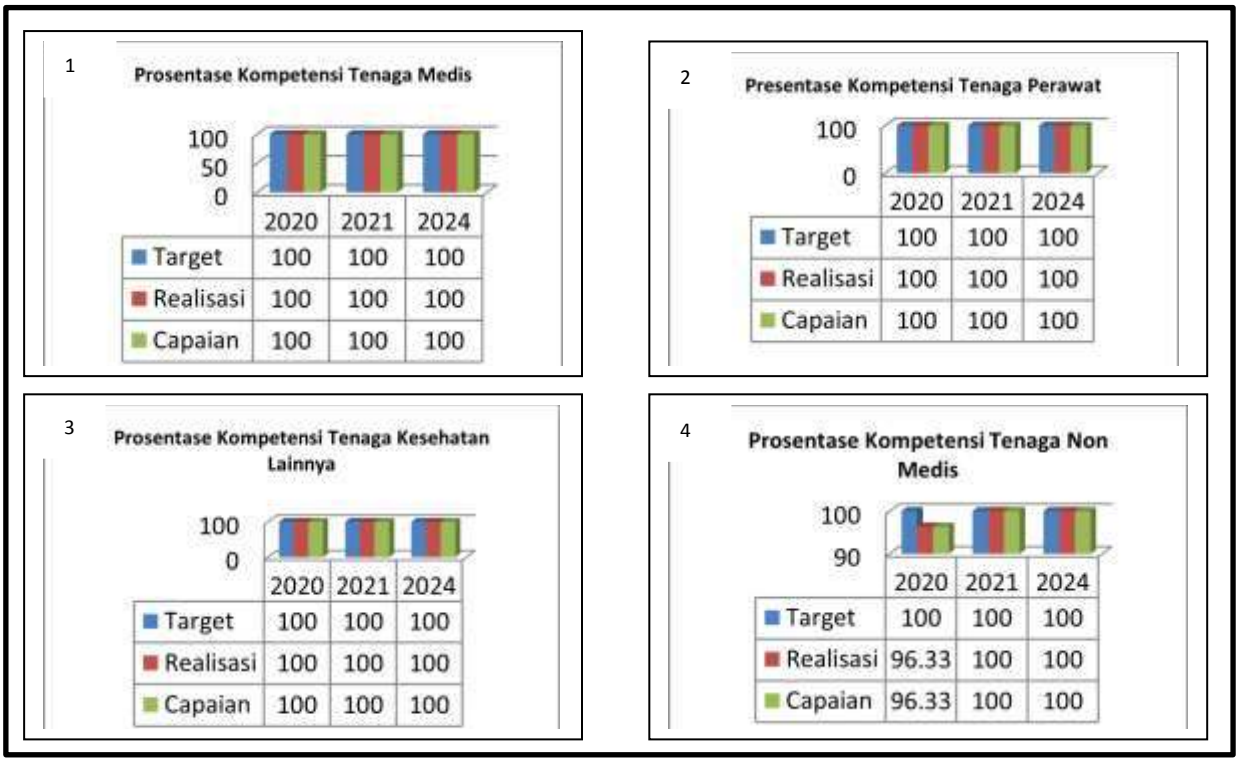
A.3 Analisa Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan / Penurunan Kinerja dan Alternatif Solusi yang telah Dilakukan

Analisa penyebab keberhasilan / kegagalan atau peningkatan /penurunan kinerja dan alternatif solusi dari sasaran strategis yang terdiri dari beberapa indikator adalah sebagai berikut:

Sasaran 1: *Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik.*

Ada 4 indikator Yang ditetapkan:

Grafik 3.1 Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik.



- Kondisi yang dicapai :
  - ✓ Capaian sasaran strategis terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik pada tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan tahun 2021 tercapai 4 indikator dari 4 indikator yang ditetapkan.

- ✓ Capaian kinerja tahun 2021 dibandingkan dengan target tercapai 100%.
- ✓ Capaian kinerja tahun 2021 dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai 100%.

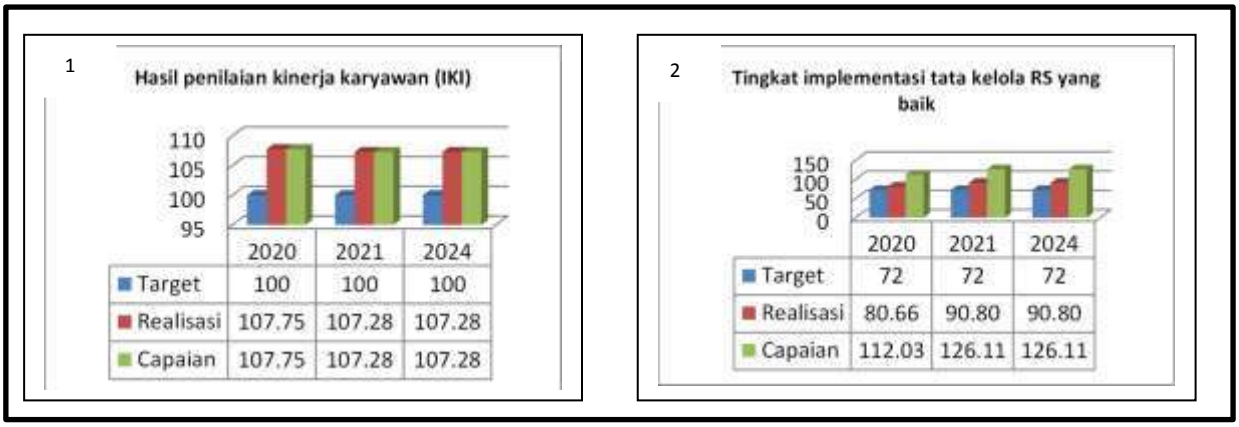
- Permasalahan :
  - ✓ Pengembangan pelayanan yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai RS Kelas A menuntut peningkatan kompetensi dan kualifikasi jabatan yang sesuai.
  - ✓ Pelatihan yang terakreditasi sulit diadakan karena selain terkendala dengan masalah modul, narasumber,biaya juga terkendala pandemi covid-19.
  - ✓ Semangat dan motivasi pegawai untuk melanjutkan pendidikan masih kurang
  - ✓ Perlunya peningkatan professionalisme/ kompetensi SDM RS dalam rangka peningkatan program layanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

- Usulan pemecahan masalah:
  - ✓ Mengadakan kerja sama dengan unit kerja dalam mendorong tercapainya seluruh persyaratan SDM untuk RS kelas A / pengembangan pelayanan.
  - ✓ Menyusun program pelatihan berbasis kompetensi maupun yang tehnis yang terakreditasi dan berdasarkan pada kebutuhan.
  - ✓ Memberikan dorongan dan motivasi kepada pegawai untuk menempuh pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi
  - ✓ Memberikan bantuan biaya pendidikan untuk pegawai yang akan melanjutkan pendidikan.
  - ✓ Membuat pemetaan pendidikan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit di tiap unit kerja.

Sasaran 2 :*Terbentuknya Pola Pikir (mindset) dan Pola Budaya (Culture Set) Organisasi yang Efektif*

Ada 2 indikator yang ditetapkan:

Grafik 3.2 Terbentuknya Pola Pikir *(mindset*) dan Pola Budaya (*Culture Set)* Organisasi yang Efektif



2.1. Hasil Penilaian Kinerja Karyawan

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Berdasarkan penilaian dari Substansi SDM, rata-rata hasil penilaian sasaran kinerja pegawai tahun 2021 sebesar 107,28%. Penilaian kinerja sudah didukung dengan sistem pengukuran kinerja individu berbasis IT, seperti ; angka kehadiran, IKI Medis dan IKI Perawat, dan e-logbook untuk non medis.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 menurun dibandingkan tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target tahun 2024 tercapai sebesar 107,28%
- Permasalahan:
  - ✓ Belum optimalnya budaya kerja.

- ✓ Belum menggunakan aplikasi yang langsung bisa terbriging dengan kinerja. Penilaian kinerja untuk non medik masih tahap implementasi.

- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Optimalisasi penerapan budaya kerja dengan adanya pelatihan dan sosialisasi penerapan budaya kerja, keyakinan dasar, zona integritas, pelatihan manajerial serta leadership.
  - ✓ Melakukan monitoring dan evaluasi atas hasil penilaian kinerja karyawan yang nilai SKP nya masih kurang.
  - ✓ Melakukan monitoring dan evaluasi atas implementasi penilaian kinerja melalui aplikasi e-logbook.

2.2. Tingkat Implementasi Tata Kelola RS yang Baik

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator tingkat implementasi tata kelola RS yang baik tercapai sebesar 90,80% atau sebesar 126,11% apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan tahun 2021.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 meningkat bila dibandingkan tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai sebesar 126,11%
- Permasalahan:
  - ✓ Jumlah kunjungan pasien yang menurun.
  - ✓ Pandemi covid-19 berdampak pada turunnya kinerja layanan.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melakukan evaluasi secara rutin dan perbaikan sistem pelaporan hasil kegiatan.
  - ✓ Melakukan koordinasi dengan satuan kerja terkait PIC indikator yang belum tercapai untuk meningkatkan kinerja.

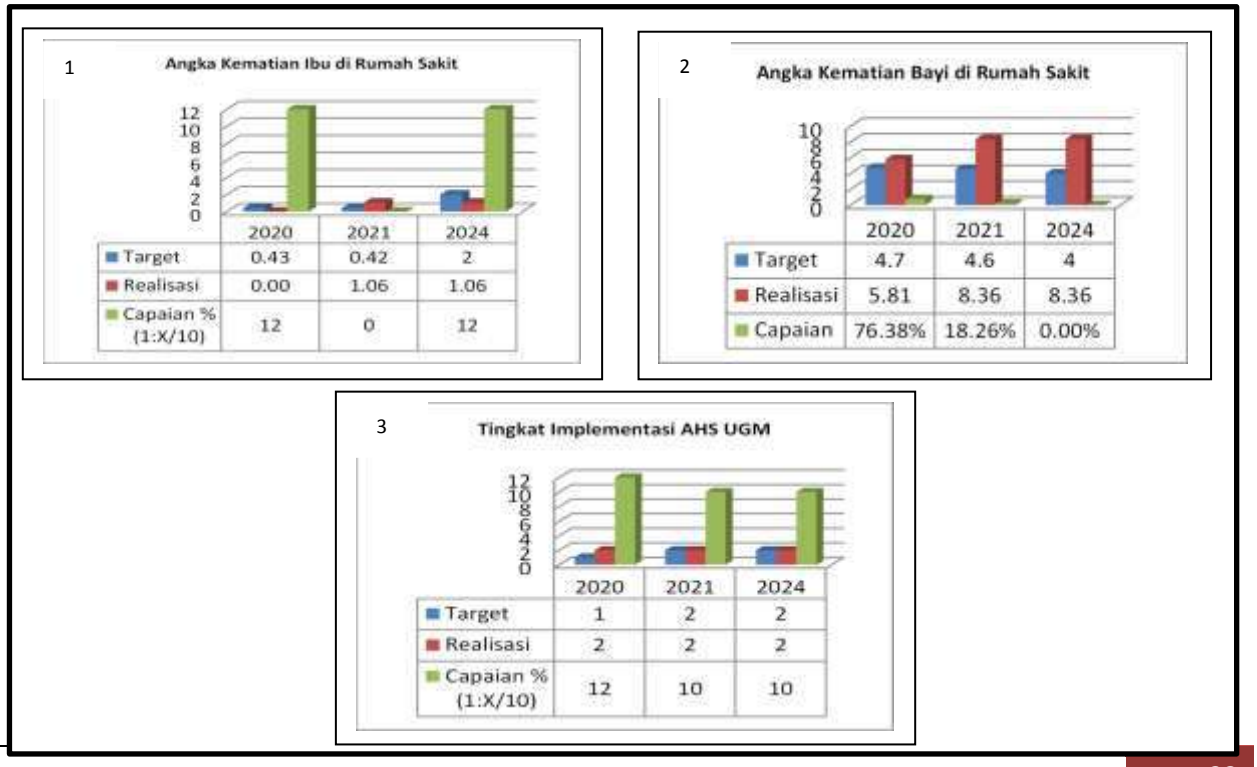
- ✓ Operasional alat Cath lab belum mencapai standar pemeriksaan karena pasien masih terbatas.
- ✓ Beberapa alat nilai OEE lebih dari 85% yang berarti menggambarkan bahwa pemakaian alat tersebut overload.

- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melakukan maintenance alat secara berkala
  - ✓ Menggunakan alat dengan efektif agar alat berkinerja optimal
  - ✓ Melakukan monitoring alat yang dihitung OEE nya supaya manajemen waktu
  - ✓ Melakukan promositentang alat cathlab bagi masyarakat diluar klaten untuk ditingkatkan lagi.

Sasaran 4: Terwujudnya Tata Kelola RS dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Ada 3 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.4.Terwujudnya Tata Kelola RS dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat



Dari 3 indikator tersebut, 1 indikator sudah tercapai dan 2 indikator yang belum tercapai yaitu angka kematian ibu di rumah sakit dan angka kematian bayi di rumah sakit.

4.1. Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit

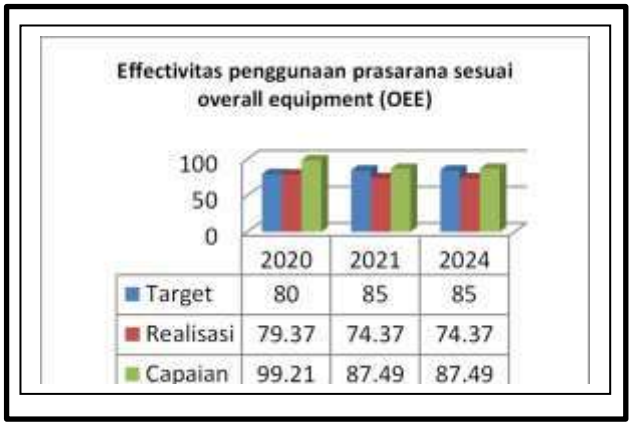
- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator angka kematian ibu di Rumah Sakit tahun 2021 tercapai sebesar 1,06% atau sebesar 0% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian kinerja angka kematian ibu di Rumah Sakit tahun 2021 menurun apabila dibandingkan tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja angka kematian ibu di Rumah Sakit tahun 2021 dibandingkan dengan jangka menengah/ tahun 2024 tercapai sebesar 120%.
- Permasalahan:
  - ✓ Beberapa pasien yang dirawat atau di rujuk ke RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sudah dalam kondisi yang buruk.
  - ✓ Adanya rujukan berjenjang yang diberlakukan oleh BPJS
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Memberikan program edukasi tentang kesehatan ibu hamil kepada masyarakat / pasien.
  - ✓ Bekerjasama dengan puskesmas dan fasilitas kesehatan lain tentang program kesehatan ibu hamil.

4.2 Angka Kematian Bayi di Rumah Sakit

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator angka kematian bayi di Rumah Sakit tahun 2021 tercapai sebesar 8,36% atau sebesar 18,26% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator angka kematian bayi di Rumah Sakit tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020

Sasaran 3: Terealisasinya Sarana dan Prasarana siap/laik Pakai Rumah Sakit Heritage yang Memiliki Nilai Sejarah

Grafik 3.3. Efektivitas penggunaan prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness (OEE)*



Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai kelaikan alat medis maupun non medis dapat bekerja dengan efektif guna mewujudkan safe condition untuk keberhasilan program patient safety.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Indikator tingkat kehandalan prasarana sesuai *overall Equipment effectiveness (OEE)* pada tahun 2021 tercapai sebesar 74,37% atau sebesar 87,49% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 dibandingkan dengan target jangka menengah tercapai sebesar 87,49%
- Permasalahan:
  - ✓ Beberapa alat belum mencapai target karena jumlah masukan/input yang rendah sehingga berpengaruh terhadap tinggi rendahnya kinerja dan performa alat.

- ✓ Capaian indikator angka kematian bayi bila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai sebesar 0%.

- Permasalahan:
  - ✓ Penyebab terbesar kematian bayi di Rumah sakit adalah kematian bayi dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR).
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melengkapi sarana dan prasarana untuk perawatan bayi yang lahir di RS
  - ✓ Meningkatkan kompetensi SDM baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain untuk menunjang terselenggaranya pelayanan untuk perawatan bayi yang lahir di RS sesuai standar dan berkualitas terutama penanganan yang adequat untuk BBLSR.
  - ✓ Berkoordinasi dan kerja sama dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam pendampingan dan pengawasan melekat pada setiap ibu hamil di sekitar kader serta promosi kesehatan kepada ibu hamil dan ibu melahirkan terutama tentang informasi kesehatan selama kehamilan dan perawatan bayi.

4.3 Tingkat Implementasi AHS UGM

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator tingkat implementasi AHS UGM tahun 2021 tercapai sebesar skor 2 atau sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator tingkat implementasi AHS UGM tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.

- ✓ Capaian indikator tingkat implementasi AHS UGM tahun 2021dibandingkan dengan target jangka menengah /tahun 2024 tercapai sebesar 100%.

- Permasalahan:
  - ✓ Indikator ini merupakan indikator yang pencapaiannya melibatkan institusi pendidikan (FKKMK UGM), sehingga diperlukan koordinasi intensif antara Sub stansi Diklit RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dengan FK UGM
  - ✓ Perlu dirumuskan dokumen-dokumen regulasi terkait penerapan AHS
  - ✓ Perlu pendataan dan sinkronisasi program-program yang termasuk dalam konsep AHS
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Memaksimalkan Tim AHS RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam koordinasi Tim AHS UGM
  - ✓ Meningkatkan inovasi kegiatan AHS selanjutnya
  - ✓ Meningkatkan koordinasi dan inovasi selama pandemi Covid-19.

Sasaran 5: Terwujudnya Tata Laksana Pembangunan Zona Integritas

Grafik 3.5 . Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI



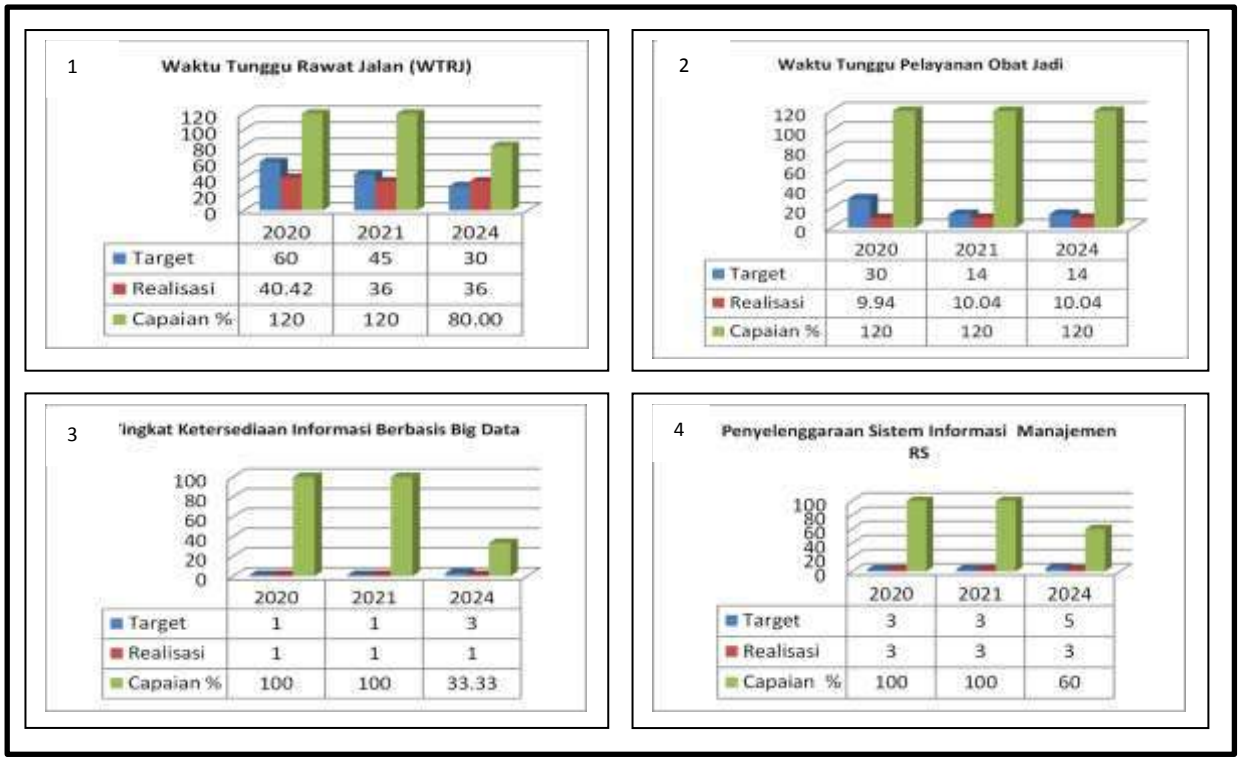
Untuk mencapai sasaran terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas ada satu indikator yang ditetapkan.Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai percepatan reformasi birokrasi dalam rangka good governance.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil zona integritas tahun 2021 tercapai sebesar 87,49 % atau sebesar 100,56% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil zona integritas tahun 2021 menurun bila dibandingkan dengan target tahun 2020.
  - ✓ Capaian indikator persentasenilai factor pengungkit dan factor zona integritas tercapai 102,93% bila dibandingkan dengan target jangka menengah/ tahun 2024.
- Permasalahan:
  - ✓ Pada tahun 2021 sudah dilakukan rangkaian evaluasi pembangunan Zona integritas oleh Tim Penilai Nasional (TPN) dan Menpan RB untuk seluruh kementerian dan RSUP dr. Soeradji termasuk salah satu rumah sakit yang diusulkan untuk memperoleh predikat WBBM, akan tetapi untuk Kementerian Kesehatan belum ada yang memperoleh predikat WBBM.
- Usul pemecahan masalah:
  - ✓ Perlu dilakukan evaluasi kembali program-program ZI yang telah disusun pada tahun 2021 sebagai dasar penyusunan program kerja ZI di tahun 2022 dan strategi menyiapkan kembali RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro meraih WBBM.
  - ✓ Monev setiap bulan akan perkembangan ZI, bandingkan dengan rencana pembangunannya.

Sasaran 6: Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT

Ada 4 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.6. Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT



Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai tingkat kematangan IT atas proses layanan dan dukungan IT dalam berbagai proses layanan di rumah sakit. Dukungan sistem IT yang terintegrasi diseluruh unit pelayanan akan membantu mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian sasaran strategis Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT pada tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan tahun 2021 tercapai 4 indikator dari 4 indikator yang ditetapkan .

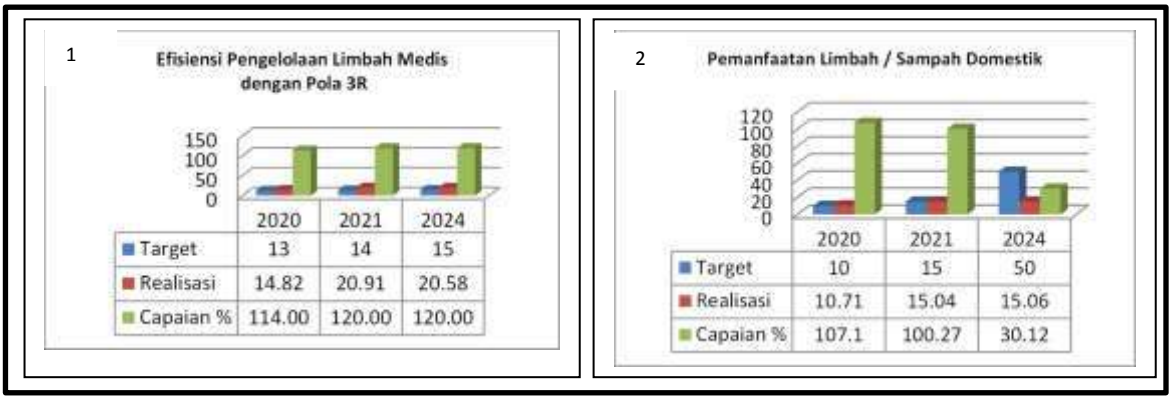
- ✓ Capaian sasaran strategis Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT pada tahun 2021dibandingkan dengan target tahun 2020 tercapai 4 indikator dari 4 indikator yang ditetapkan.
- ✓ Capaian kinerja tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 1 indikator dari 4 indikator yang ditetapkan.

- Permasalahan:
  - ✓ Proses pengolahan data dibuat sesuai permintaan pengguna sehingga membutuhkan koordinasi yang efektif dengan PIC.
  - ✓ Diperlukan pengaturan dan strategi yang tepat agar aplikasi dapat diimplementasikan di unit kerja pengguna
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Meningkatkan komunikasi dengan pemilik sistem/ proses bisnis agar aplikasi yang dikembangkan bisa sesuai dengan kebutuhan.
  - ✓ Mengikuti pelatihan data minning dan data *science*

Sasaran 7 : Terwujudnya Implementasi Green Hospital

Ada 2 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.7.Terwujudnya Implementasi Green Hospital

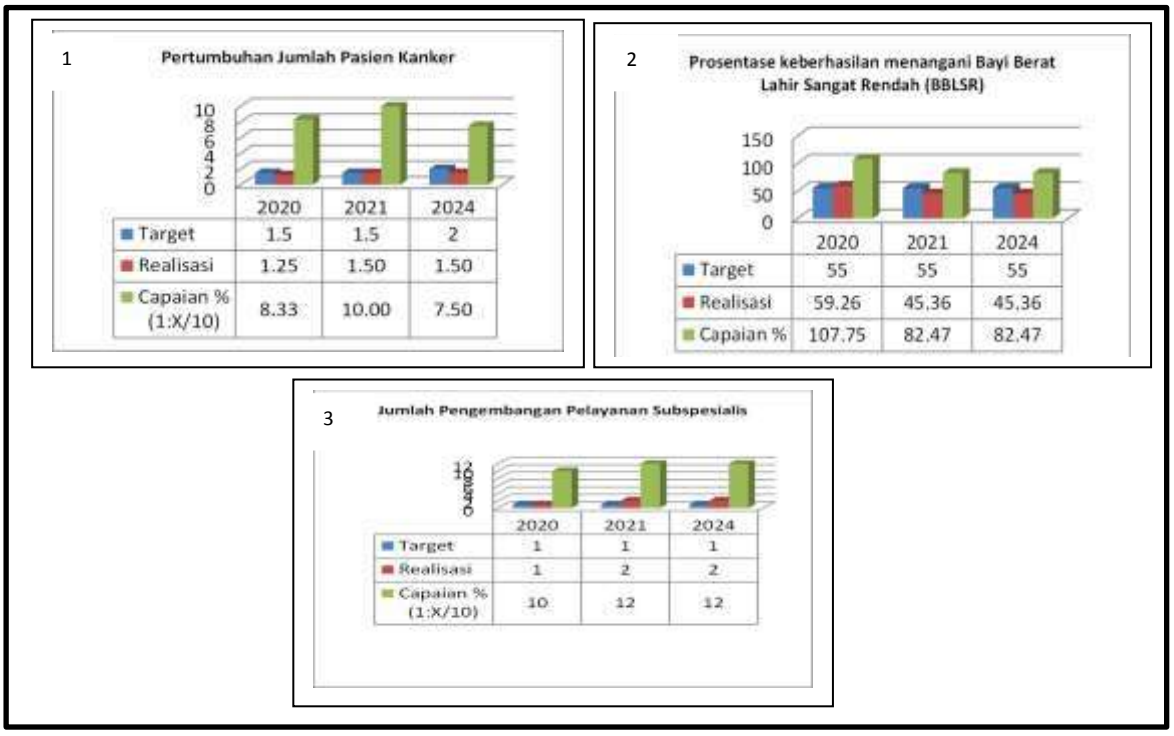


- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian sasaran strategis terwujudnya implementasi green hospital tahun 2021 tercapai 2 indikator dari 2 indikator yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian sasaran strategis terwujudnya implementasi green hospital tahun 2021 dibandingkan target 2020 tercapai 2 indikator dari 2 indikator yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian sasaran strategis terwujudnya implementasi green hospital tahun 2021 dibandingkan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 1 indikator dari 2 indikator yang ditetapkan
- Permasalahan:
  - ✓ Kerjasama dengan penyedia jasa pengolah limbah B3 khususnya infeksius sangat sulit, terbatas dan harganya tinggi.
  - ✓ Program pengelolaan limbah domestik terpadu melalui pelaksanaan kegiatan bank sampah dan pembuatan komposting belum dilaksanakan secara maksimal, pengelolaan limbah baru sebatas limbah potongan daun.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Untuk Lelang Pekerjaan Pengelolaan Limbah B3 Fasyankes khususnya kategori limbah infeksius dilakukan lelang bersama rumah sakit Vertikal melalui Konsolidasi "Joglosemar".
  - ✓ Menerapkan Aspek-aspek Green Hospital di dalam Pembangunan fisik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mulai dari perencanaan sampai pelaksanaan

Sasaran 8 : Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A

Ada 3 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.8. Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A



Sasaran indikator ini adalah pelayanan kesehatan akan lebih paripurna dengan makin lengkapnya sarana dan SDM khususnya SDM dokter sub spesialis, sehingga kemampuan menangani pasien akan meningkat sesuai dengan ketentuan.

8.1 Pertumbuhan jumlah pasien kanker

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator pertumbuhan jumlah pasien kanker tahun 2021 tercapai sebesar skor 1,5 atau 100% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator pertumbuhan jumlah pasien kanker tahun 2021 meningkat dibandingkan capaian tahun 2020.

- ✓ Capaian indikator pertumbuhan jumlah pasien kanker tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai sebesar 75%.

- Permasalahan:
  - ✓ Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker di rumah sakit terkait dengan kesiapan SDM dan sarana prasarana untuk pelayanan pasien kanker.
  - ✓ RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro telah menjadikan Onkologi sebagai salah satu layanan unggulan, sehingga keterpaduan layanan merupakan suatu keharusan. Saat ini di RSST pelayanan rawat jalan, rawat inap dan sarana penunjang untuk pelayanan pasien kanker dilakukan di lokasi yang terpisah-pisah.
  - ✓ Pelayanan kanker harus tuntas, yaitu mulai dari pencegahan, deteksi dini, diagnosis terapi sampai dengan rehabilitasi dan pengobatan.
  - ✓ *Support System* pelayanan kanker belum tersedia lengkap di RSST seperti sarana pengobatan : Radioterapi, Layanan rehabilitasi mental.

- Usulan pemecahan masalah:
  - ✓ Melengkapi sarana dan prasarana untuk pelayanan kanker di RS dengan rencana pembangunan gedung onkology dan radioteraphy pada tahun 2022/2024 agar segera terwujud pelayanan terpadu untuk pasien kanker yaitu;menempatkan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan sarana penunjang dalam satu lokasi.
  - ✓ Membentuk *support system* seperti :

- Kelompok keluarga dan penderita kanker untuk meningkatkan kesehatan mental keluarga dan penderita
- Menyediakan rumah singgah untuk mempermudah dan menjaring pasien dari luar daerah.
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam upaya pencegahan penyakit kanker serta sosialisasi tentang gaya hidup sehat.

8.2 Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) tahun 2021 tercapai sebesar 45,36% atau 82,47% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian indikator prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) tahun 2021 dibandingkan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai sebesar 82,47%.
- Permasalahan:
  - ✓ BBSLR pada umumnya terjadi karena kelahiran tidak cukup bulan (prematur) sehingga dibutuhkan kerjasama dengan pihak luar RS untuk penanganan secara komprehensif sejak sebelum kelahiran (masa kehamilan, selama persalinan hingga setelah lahir.
  - ✓ Bayi dengan BBLSR membutuhkan penanganan khusus yang berbeda-beda selama berada di lingkungan rumah

sakit, tergantung pada beberapa hal seperti : usia kehamilan saat bayi lahir, kondisi kesehatan, gejala yang dialami bayi, serta toleransi tubuh bayi terhadap obat dan prosedur medis tertentu. Penatalaksanaan BBLSR berfokus pada terapi suportif, yaitu pemberian nutrisi untuk mengejar target berat badan, mempertahankan suhu tubuh normal, dan menjaga kebersihan bayi untuk mencegah infeksi. Sehubungan dengan hal tersebut dibutuhkan sarana prasarana dan kompetensi SDM yang khusus pula

- ✓ BBLSR lama waktu perawatan yang dibutuhkan untuk mencapai derajat kesembuhan dan berat badan normal akan lebih lama dan banyak memerlukan effort/upaya baik dari pihak RS maupun keluarga bayi terutama ibu.
- ✓ Pemberian ASI bagi BBLSR adalah salah satu upaya yang bermanfaat untuk meningkatkan pertumbuhan tubuh serta penambahan berat badannya, namun terkadang ASI dari ibu BBLSR tidak keluar paska melahirkan sehingga diperlukan Donor ASI.
- ✓ Pencegahan merupakan tindakan terbaik untuk menghindari BBLSR, tetapi RS sangat terbatas ruang geraknya untuk mengakses dan memberi sosialisasi kepada ibu hamil terkait pencegahan terjadinya BBLSR, diperlukan koordinasi lintas sektoral untuk mencegah terjadinya BBLSR.

• Usulan pemecahan masalah:

- ✓ Melengkapi sarana dan prasarana untuk pelayanan perawatan BBLSR di RS.
- ✓ Mengupayakan penambahan kapasitas inkubator untuk perawatan BBLSR.

- ✓ Membentuk kelompok Donor ASI untuk mendukung perawatan BBLSR
- ✓ Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan Bidan dan kader kesehatan dalam upaya pencegahan terjadinya BBLSR dengan sosialisasi tentang perlunya asupan gizi ibu sebelum dan selama kehamilan, pemeriksaan rutin selama masa kehamilan dan gaya hidup sehat serta untuk pemantauan perkembangan BBLSR setelah paska rawat di RS.

8.3 Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis

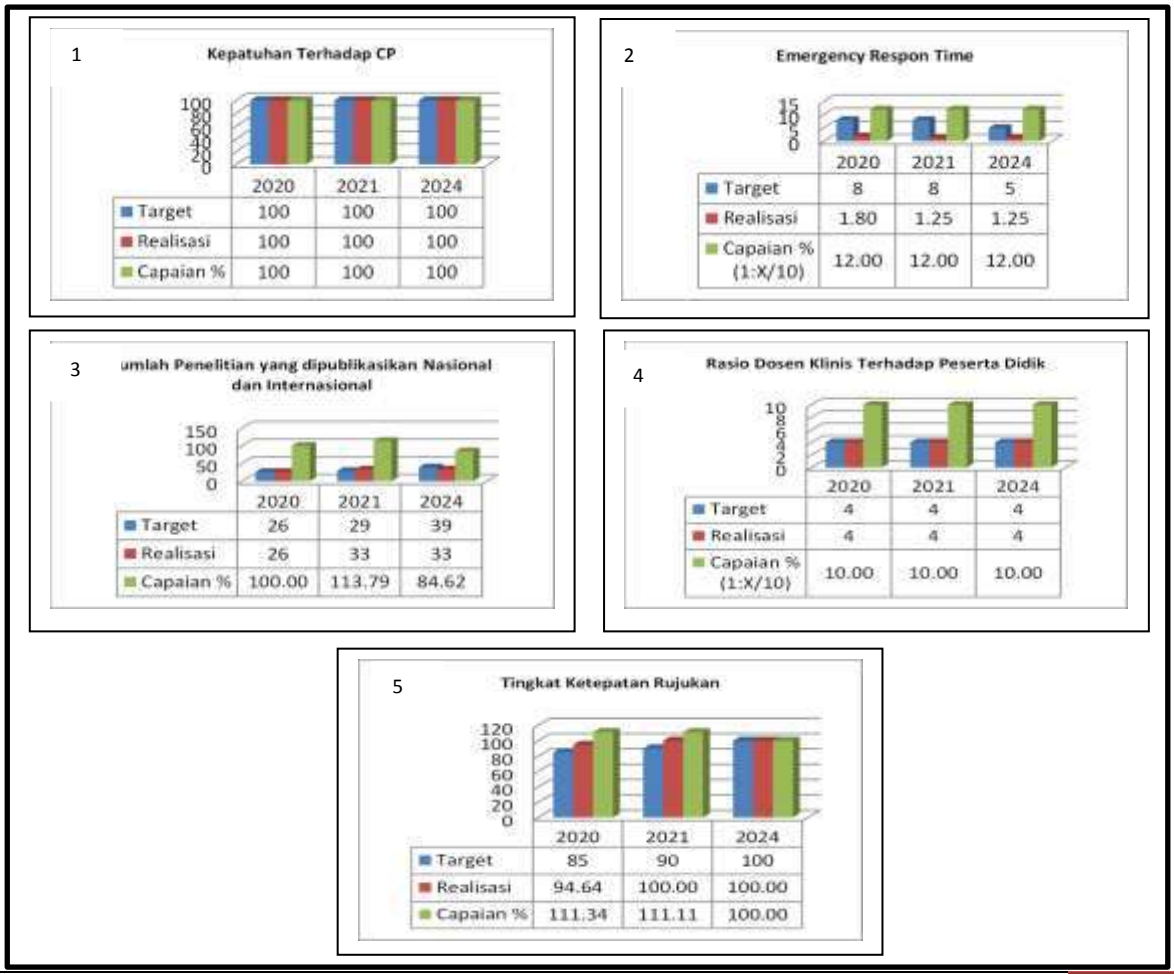
- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis tahun 2021 tercapai sebesar 120,00% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis tahun 2021 meningkat bila dibandingkan capaian tahun 2020; yaitu bertambah 2 layanan subspesialis (Sub Spesialis Psikiatri anak dan sub spesialis penyakit Dalam Konsultan Hemato onkology (KHom)
  - ✓ Capaian indikator Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai 120% karena target pengembangan layanan setiap tahun adalah 1 layanan.
- Permasalahan:
  - ✓ Sebagian besar SDM dokter Subspesialis belum terpenuhi
  - ✓ Masih terbatasnya dokter spesialis dan subspesialis
  - ✓ Jumlah pasien dibanding dengan jumlah dokter masih mungkin dilayani dengan kondisi SDM yang ada.

- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melakukan pemetaan kebutuhan dalam pemenuhan kebutuhan pengembangan pelayanan jumlah dokter sub spesialis dengan melakukan kerja sama dengan center pendidikan diluar UGM maupun RSUP dr. Sardjito.
  - ✓ Merencanakan dan melaksanakan pengiriman staf dalam pendidikan, magang ataupun studi banding terkait program pengembangan layanan yang sudah direncanakan.

Sasaran 9 : Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien

Ada 5 indikator yang ditetapkan**;**

Grafik 3.9. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien



9.1 Kepatuhan terhadap*Clinical Pathway* (CP)

- Sasaran indikator/ Kegiatan:

  Sasaran indikator ini adalah terwujudnya pelayanan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien yaitu terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis tepat serta penggunaan sumber daya yang efisien serta konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian realisasi kinerja tahun 2021 tercapai sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian kinerja Kepatuhan pelaksanaan Clinical Pathway (CP) tahun 2021 tercapai sama bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja kepatuhan pelaksanaan Clinical Pathway (CP) tahun 2021 target jangka menengah/ tahun 2024 tercapai sebesar 100%.
- Permasalahan:
  - ✓ Standar CP yang ditetapkan rumah sakit terkadang tidak dijumpai kasus dalam satu bulan
  - ✓ Jumlah sample untuk tiap CP yang dievaluasi masih sedikit.
  - ✓ Perlunya menyusun regulasi alur yang jelas terkait data pasien yang masuk diagnosis CP.
- Usulan Pemecahan masalah:
  - ✓ Menambah jumlah sample tiap CP yang dievaluasi dengan memperbaiki alur data rekam medis yang masuk dalam penetapan CP.
  - ✓ Segera menyusun regulasi tata kelola alur CP

9.2 *Emergency Respon Time*

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian realisasi kinerja tahun 2021 tercapai sebesar 1,25 menit atau sebesar 120% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian realisasi kinerja *Emergency Respon Time* tahun 2021 lebih baik apabila dibandingkan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian realisasi kinerja *Emergency Respon Time* tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah/ tahun 2024 tercapai sebesar 120%.
- Upaya mempertahankan:
  - ✓ Mengutamakan keselamatan pasien sesuai SOP mulai pasien datang hingga dilakukan treatment
  - ✓ Mempertahankan rata-rata waktu tunggu pelayanan di IGD sehingga pasien segera masuk bangsal

9.3 Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional

- Sasaran indikator/ Kegiatan:

  Selaras dengan visi misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai RS pendidikan yaitu menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu bidang kesehatan dengan standar mutu yang tinggi maka mengelola penelitian merupakan salah satu kegiatan yang menjadi tugas pokok RS. Dari tugas pokok tersebut diharapkan penelitian yang dilakukan dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian kinerja jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional tahun 2021 mencapai 33 penelitian atau tercapai sebesar 113,37% dari target yang ditetapkan sebesar 29 publikasi penelitian.
  - ✓ Capaian kinerja jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional tahun 2021 meningkat bila dibandingkan capaian kinerja tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja pertumbuhan jumlah publikasi nasional dan internasional tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 84,62%.
- Permasalahan:
  - ✓ Publikasi penelitian membutuhkan waktu yang relatif lama.
  - ✓ Masih perlunya peningkatan selektivitas proposal pra penelitian
  - ✓ Belum optimalnya pemanfaatan hasil-hasil penelitian yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro bagi pengembangan layanan maupun keilmuan pada umumnya, baik di internal RSST maupun eksternal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
  - ✓ Perlunya perintisan dan pengembangan jejaring penelitian.
  - ✓ Perlunya peningkatan kemampuan dan kompetensi peneliti.
  - ✓ Perlunya perintisan kerjasama dengan Etik FK UGM
  - ✓ Belum optimalnya fasilitas publikasi penelitian.
  - ✓ Belum optimalnya perintisan kemitraan dengan lembaga penerbit jurnal ilmiah/sponsor penelitian.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melakukan sosialisasi kepada calon peneliti tentang rencana penelitiannya beserta SK bantuan peneliti.

- ✓ Melakukan presentasi pra penelitian agar menghasilkan penelitian yang bermutu serta menjaga mutudan keselamatan pasien.
- ✓ Melakukan kegiatan sosialisasi hasil penelitian.
- ✓ Meningkatkan minat dan budaya meneliti di kalangan karyawan dengan cara memberi kemudahan perijinan dan meninjau kembali kebijakan penelitian karyawan
- ✓ Meningkatkan peran tim etik penelitian RSST dalam pengkajian proposal pra penelitian
- ✓ Melakukan pengiriman surat ke Badan Litbangkes untuk inventarisasi rencana penelitian dan jika memungkinkan ke pembiayaannya.
- ✓ Merencanakan dan menyelenggarakan pelatihan metodologi penelitian
- ✓ Memberikan informasi dan sosialisasi serta ikut berpartisipasi mengikuti hibah penelitian Dana Masyarakat FKKMK UGM bagi Dodiknis.
- ✓ Memperbaiki tata kelola penelitian dengan memperbaiki regulasi bantuan biaya penelitian dan mempermudah mekanismenya.
- ✓ Mengoptimalkan kinerja Komisi Etik FKKMK UGM agar personil RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro bisa tergabung dalam Komite Etik Penelitian FKKMK
- ✓ Mengoptimalkan fungsi web site RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk mempublikasikan hasil-hasil penelitian karyawan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

9.4Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik

- Sasaran indikator/ Kegiatan:
  Sasaran indikator ini adalah terwujudnya pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang berkualitas karena RS

pendidikan adalah RS yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator rasio dosen klinis terhadap peserta didik tahun 2021 tercapai sebesar skor 4 atau sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator rasio dosen klinis terhadap peserta didik tahun 2021 tercapai sama dengan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai sebesar 100%.
- Permasalahan:
  - ✓ Pihak pengiriman dokter muda oleh FKKMK UGM seringkali tidak mengkomunikasikan terlebih dahulu untuk memperhitungkan kesesuaian rasio
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Melakukan pemantauan standar rasio yang telah ditetapkan dalam implementasi pengelolaan pendidikan.
  - ✓ Dalam rangka menjaga mutu dan keselamatan pasien, pengaturan rasio peserta didik dibanding dosen pendidik dilakukan sesuai standar nasional akreditasi RS.
  - ✓ Selalu menjaga dan menerapkan protokol kesehatan yang ketat untuk menunjang pelaksanaan kegiatan secara daring.

9.5Tingkat Ketepatan Rujukan

- Sasaran indikator/ Kegiatan:

  Sasaran dari indikator ini adalah terwujudnya sistem rujukan pasien sesuai standar dan kelas RS berdasarkan Permenkes No.1/2012.

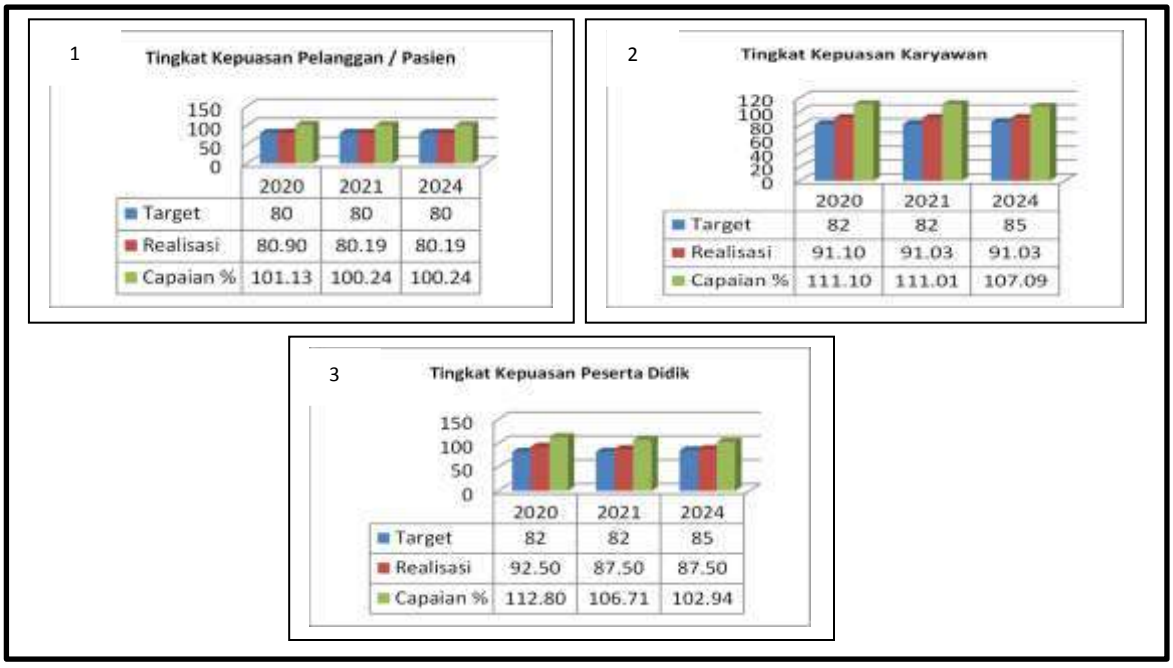
- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator tingkat ketepatan rujukan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2021 tercapai sebesar 100% atau sebesar 111,11% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator tingkat ketepatan rujukan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2021 tercapai sama apabila dibandingkan capaian tahun 2021 sebesar 111%.
  - ✓ Capaian kinerja tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah /tahun 2024 tercapai sebesar 100%.
- Permasalahan:
  - ✓ Perlunya peningkatan kesiapan, komitmen, dan kemampuan para pegawai untuk menjadi rumah sakit rujukan nasional.
  - ✓ Perlunya peningkatan kerja sama dengan pemberi pelayanan kesehatan
  - ✓ Perlunya penguatan sistem rujukan vertical, horizontal dan rujuk balik berbasis JKN dan permenkes Permenkes No.1/2012.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Meningkatkan skill pegawai di front line agar pasien dapat ditangani semua.
  - ✓ Memberikan pelatihan dan motivasi kepada karyawan sehingga komitmen para pegawai terhadap RS meningkat dan bisa memberikan pelayanan terbaik untuk pasien.

- ✓ Optimalisasi layanan kesehatan dengan pemenuhan sarana prasarana dan logistik, pemenuhan tenaga SDM yang berkualitas.

Sasaran 10 : Terwujudnya Kepuasan Karyawan dan Publik

Ada 3 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.10.Terwujudnya Kepuasan Karyawan dan Publik



Sasaran indikator ini adalah untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik dan untuk mengetahui tingkat kepuasan yang diberikan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

10.1 Tingkat kepuasan pelanggan

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan tahun 2021 tercapai sebesar 80,19% atau sebesar 100,24% target yang ditetapkan.

- ✓ Capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
- ✓ Capaian realisasi kinerja tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 100,24%.

- Permasalahan:
  - ✓ Tindak lanjut evaluasi kepuasan/hasil survey
  - ✓ Form untuk survey agar lebih komprehensif
  - ✓ Survey masih dilakukan pihak internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
- Pemecahan Masalah:
  - ✓ Optimalisasi tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan
  - ✓ Melakukan penyesuaian form atau materi survey sesuai kebutuhan
  - ✓ Survey dilakukan pihak independen (eksternal).

10.2 Tingkat kepuasan karyawan

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator tingkat kepuasan karyawan tahun 2021 tercapai sebesar 91,03% atau sebesar 111,01 % dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator tingkat kepuasan karyawan tahun 2021 meningkat bila dibandingkan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian realisasi kinerja tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 107,09%.
- Permasalahan:
  - ✓ Parameter dalam skala penilaian masih dirasakan belum memadai sehingga perlu dilakukan penyelarasan selanjutnya pengujian skala
  - ✓ Tindak lanjut evaluasi kepuasan/hasil survey belum optimal

- ✓ Form untuk survey agar lebih komprehensif

- Pemecahan Masalah:
  - ✓ Dilakukan penyelarasan /validasi skala penilaian dan agar regulasi penilaian kepuasan dapat ditetapkan.
  - ✓ Optimalisasi tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan
  - ✓ Melakukan penyesuaian form atau materi survey sesuai kebutuhan.

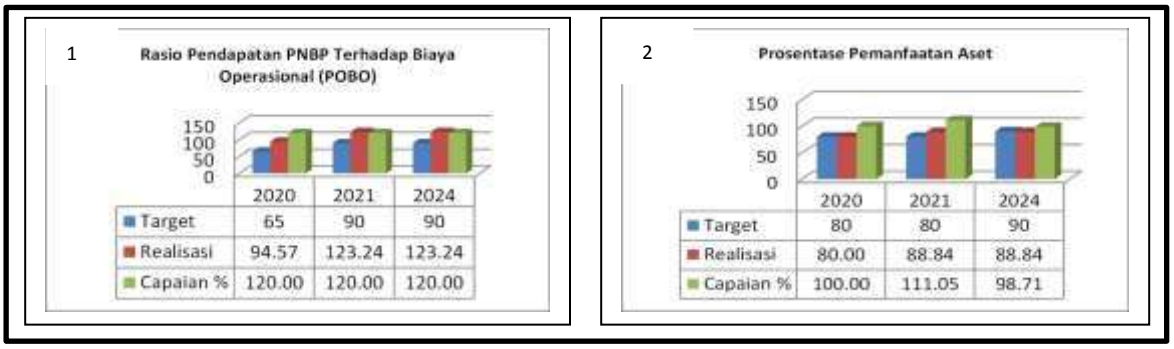
10.3 Tingkat Kepuasan Peserta didik

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator kepuasan peserta didik tahun 2021 tercapai sebesar 87,50% atau sebesar 106,71% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator kepuasan peserta didik tahun 2021 menurun apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian realisasi kinerja tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai 102,94%.
- Permasalahan:
  - ✓ Pandemi covid-19 memberika inovasi pelaksanaan kombinasi praktik daring dan luring serta dilakukan pembatasan akses dipelayanan.
- Pemecahan Masalah:
  - ✓ Meningkatkan kualitas pelayanan pendidikan klinik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dari aspek pembimbingan dosen, kapasitas kemampuan dosen klinik, fasilitas RS, sistem administrasi pendidikan dan wahana belajar di RS
  - ✓ Meningkatkan koordinasi kepada mitra pendidikan.

Sasaran11 : Meningkatnya Pendapatan, Membaiknya Strukturdan Efisiensi Biaya

Ada 2 indikator yang ditetapkan;

Grafik 3.11.Meningkatnya Pendapatan, Membaiknya Struktur dan Efisiensi Biaya



Untuk mencapai sasaran meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya ada dua indikator yangditetapkan yaitu rasio pendapatan terhadap biaya operasional dan persentase pemanfaatan aset. Dari 2 indikator yang ditetapkan tercapai 2 indikator.

- Sasaran indikator/ Kegiatan:

  Sasaran indikator ini adalah untuk menilai keefektifan operasional Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Rasio pendapatan terhadap biaya operasional tahun 2021 tercapai sebesar 123,24% mencapai target kinerja yang ditetapkan RS dengan prosentase capaian maksimal yaitu sebesar 120,00%
  - ✓ Rasio pendapatan terhadap biaya operasional tahun 2021 meningkat bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
  - ✓ Capaian kinerja rasio pendapatan terhadap biaya operasional dibandingkan dengan target jangka menengah / tahun 2024 tercapai maksimal yaitu sebesar 120%.

- ✓ Capaian indikator persentase pemanfaatan aset tercapai sebesar 88,84% atau sebesar 111,05% dari target yang ditetapkan.
- ✓ Capaian indikator persentase pemanfaatan aset tahun 2021 meningkat apabila dibandingkan capaian tahun 2020.
- ✓ Capaian kinerja indikator persentase pemanfaatan aset tahun 2021 bila dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai sebesar 98,71%.

- Permasalahan:
  - ✓ Efisiensi biaya dan sumber daya perlu ditingkatkan lagi.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Pengelolaan pendapatan dengan memanfaatkan asset-aset RS
  - ✓ Pengelolaan pendapatan dengan menggali sumber pendapatan baru
  - ✓ Pengendalian Biaya operasional RS dengan melakukan perawatan rutin terhadap asset asset RS.

Sasaran 12 : Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi.

Grafik 3.12.Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal



*)Capaian s.d bulan Oktober 2021

*)Bulan November dan Desember 2021 Aplikasi error sehingga data tidak bisa ditarik.

Untuk mencapai sasaran peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi ada satu indikator yang ditetapkan yaitu indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.

- Kondisi yang dicapai:
  - ✓ Capaian indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi tahun 2021 di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tercapai sebesar 20,91% atau sebesar 34,85% dari target yang ditetapkan.
  - ✓ Capaian indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi tahun 2021 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah/tahun 2024 tercapai sebesar 20,91%.
- Permasalahan:
  - ✓ Pada aplikasi SISRUTE waktu respon rujukan tidak terbatas / tidak memiliki waktu kadaluwarsa, sehingga apabila rujukan belum dibalas maka waktu rujukan masih aktif/tidak bisa dinonaktifkan
  - ✓ Petugas lebih memprioritaskan pasien yang datang langsung melalui IGD.
- Usul Pemecahan Masalah:
  - ✓ Membuat alur penerimaan rujukan
  - ✓ Menerima dan menjawab rujukan masuk yang masih ada dan belum terjawab di aplikasi.
  - ✓ Memperbaikai waktu tanggap rujukan masuk melalui aplikasi SISRUTE.

A.4 Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian kinerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2021 tidak terlepas dari tersedianya Sumber Daya yang ada baik sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan sumber daya sarana dan prasarana.

1. Sumber Daya Manusia

   RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sebagai instansi pemerintah yang ditetapkan sebagai instansi dengan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum, bahwa sumber daya manusia (pegawai) yang dimiliki tidak hanya pegawai negeri sipil (PNS), tetapi juga pegawai non PNS/Badan Layanan Umum. Berikut kami sampaikan peta sumber daya manusia RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten per 31 Desember 2021:

Tabel 3.1 : Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian (per 31 Des 2021)

NO	STATUS KPEGAWAIAN	PNS	CPNS	BLU TETAP	BLU KONTRAK	JUMLAH
1	Manajerial	108	12	20	1	141
2	Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang	449	38	168	69	724
3	Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara	23	1	36	14	74
4	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum	81	1	38	61	181
	Jumlah	661	52	262	145	1.120

Manajemen rumah sakit terus mengupayakan program pemberdayaan sumber daya manusia melalui moratorium penerimaan pegawai, hal ini dilaksanakan guna efisiensi serta

efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan di lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Untuk analisis atas efisiensi penggunaaan sumber daya manusia, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro memberikan tanggungjawab kinerja kepada bagian yang berhubungan dengan target kinerja dan setiap pegawai melaksanakan kinerja sesuai tupoksi masing-masing serta membuat laporan kinerja berupa log book.

Disamping penilaian terhadap target kinerja, setiap pegawai juga wajib menjalankan presensi secara disiplin dimana setiap keterlambatan atau pulang awal akan dikenakan sanksi.

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara adalah sebagai berikut:

•	BMN INTRAKOMTABLE			
	Posisi Awal (1 Januari 2021)	:	Rp	875,607,317,221.00
	Penambahan	:	Rp	345,789,409,830.00
	Pengurangan	:	Rp	235,585,976,689.00
	Posisi Akhir (31 Desember 2021)	:	Rp	985,810,750,362.00
•	BMN EKSTRAKOMTABLE			
	Posisi Awal (1 Januari 2021)	:	Rp	1,055,756,368.00
	Penambahan	:	Rp	14,153,500.00
	Pengurangan	:	Rp	17,549,844.00
	Posisi Akhir (31 Desember 2021)	:	Rp	1,052,360,024.00
•	BMN Gabungan INTRA dan EKSTRA			
	Posisi Awal (1 Januari 2021)	:	Rp	876,663,073,589.00
	Penambahan	:	Rp	345,803,563,330.00
	Pengurangan	:	Rp	235,603,526,533.00
	Posisi Akhir (31 Desember 2021)	:	Rp	986,863,110,386.00

3. Sumber Dana / Anggaran

Sumber dana / Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2021 berjumlah Rp.416.488.345.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp.100.740.876.000,- dan anggaran Badan Layanan Umum (BLU) Rp.315.747.469.000,-.Penyerapan tahun 2021 dari anggaran rupiah murni sebesar Rp 99.633.678.412,- atau 98,90%, penyerapan dari anggaran Badan Layanan Umum Rp.291.120.406.260,- atau 92,20%. Penyerapan tahun 2021 sebesar Rp 390.754.084.672,- atau 93,82% dari pagu.

4. Efisiensi

4.a Upaya efisiensi yang telah dilakukan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah sebagai berikut:

- Efisiensi pengadaan barang/jasa.

  Proses pengadaan dilakukan oleh PPK melalui lelang LPSE maupun e catalog
- Efisiensi Keuangan :

  Pengiriman SDM yang melakukan perjadin sangat selektif; Penyelenggaraan rapat-rapat didalam kantor, tidak dihotel /diluar; Persetujuan Anggaran hanya bagi unit kerja yang sudah menyampaikan usulan melalui RKT/RBA
- Efisiensi SDM
- Efisiensi Waktu
- Efsiensi Pemanfaatan Fasilitas dan Aset

4.b Analisa Efisiensi secara kuantitatif

Selama kurun waktu satu tahun pelaksanaan anggaran, khususnya dalam pemenuhan sarana prasarana dilaksanakan oleh ULP melalui metode tender, e-catalog, dan metode pengadaan lainnya. Adapun Efisiensi pengadaan barang dan jasa

adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2.Efisiensi pengadaan barang dan jasa

No	Metode Pemilihan	Nilai RAB	Nilai HPS	Nilai Kontrak	Efisiensi
1	Tender	118,357,815,559	117,069,599,562	103,923,645,934	13,145,953,628
2	E Katalog	17,445,590,935	0	14,825,502,621	2,620,088,314
3	Pengadaan/ penunjukan langsung	24,864,298,966	24,033,734,190	22,881,573,560	1,152,160,630
4	Pengadaan < 10JT	121,647,600	0	116,626,405	5,021,195
	Jumlah	**160,789,353,060**	**141,103,333,751**	**141,747,348,519**	**16,923,223,767**

A.6. Analisa Program / Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Indikator Kinerja

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.
3. Mempercepat pengembangan IT yang terintegrasi
4. Direktur medik dan keperawatan mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
5. Membina kerjasama dengan pihak-pihak terkait diluar rumah sakit maupun rumah sakit jejaring untuk menunjang pengembangan pelayanan.
6. Implementasi standar akreditasi Nasional
7. Meningkatkan program promosi RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.

B. Realisasi Kinerja

Rincian alokasi dan rincian realisasi menurut sumber dan jenis belanja adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3 Tabel Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja

No	BELANJA	TAHUN 2021			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
A	**Rupiah Murni**				
1	Pembangunan Gedung Layanan	1,855,468,000	1,484,373,880	371,094,120	80.00
2	Pengadaan Alat Kesehatan di Lingkup UPT Vertikal	34,835,499,000	34,796,449,189	48,817,717,248	99.89
3	Pengadaan Alat Kesehatan	3,901,000,000	3,879,230,622	0	99.44
4	Obat-Obatan dan BMHP	2,400,000,000	2,399,997,537	0	100
5	Alat Kesehatan (PEN)	99,000,000	90,000,000	432,250,000	90.91
6	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	52,649,909,000	51,983,631,103	3,172,135,130	98.73
7	Layanan Operasional dan Perkantoran	5,000,000,000	4,999,996,081	4,365,418,985	100
	Jumlah Anggaran RM	**100,740,876,000**	**99,633,678,412**	**1,107,197,588**	**98.90**
B	**Badan Layanan Umum**				
1	Pembangunan Gedung Layanan	83,119,808,000	81,509,490,273	1,610,317,727	98.06
2	Tanah	86,300,000	64,137,500	22,162,500	74.32
3	Belanja Modal Alat Kesehatan	2,578,210,000	2,425,297,767	152,912,233	94.07
4	Obat-obatan dan BMHP	52,756,974,000	47,722,823,665	5,034,150,335	90.46
5	Bahan Makanan Pasien dan PDTT	6,138,856,000	4,606,372,453	1,532,483,547	75.04
6	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Barang	760,661,000	517,703,891	242,957,109	68.06
7	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Jasa	16,510,746,000	15,140,500,707	1,370,245,293	91.70
8	Belanja Operasional dan	8,975,510,000	7,771,179,165	1,204,330,835	86.58
9	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Perjalanan	487,768,000	204,272,429	283,495,571	41.88
10	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Barang dan Jasa BLU	769,150,000	406,439,174	362,710,826	52.84

No	BELANJA	TAHUN 2021			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
11	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Persediaan	4,526,257,000	3,722,668,876	803,588,124	82.25
12	Belanja Operasional dan Pemeliharaan - Penanganan Pandemi	1,566,461,000	1,053,064,370	513,396,630	67.23
13	Belanja Barang Persediaan BLU-Penanganan pandemi Covid-19	336,331,000	278,538,136	57,792,864	82.82
14	Belanja Operasional dan Pemeliharaan -Belanja Perjalanan Penanganan Pandemi Covid 19	108,880,000	54,915,167	53,964,833	50.44
15	Perjanjian Kerjasama	25,945,829,000	24,187,136,596	1,758,692,404	93.22
16	Belanja Pengembangan SDM	2,321,800,000	1,204,024,250	1,117,775,750	51.86
17	Insentif Pelayanan	3,972,330,000	3,880,156,294	92,173,706	97.68
18	Bantuan Tenaga Kesehatan	263,850,000	250,449,100	13,400,900	94.92
19	Layanan Pembayaran Remunerasi	100,000,000,000	91,934,493,013	8,065,506,987	91.93
20	Pengadaan Kendaraan Bermotor	251,275,000	244,500,000	6,775,000	97.30
21	Alat Pengolah Data dan Pelayanan	2,408,040,000	2,304,512,710	103,527,290	95.70
22	Peralatan Non Medik	1,862,433,000	1,637,730,724	224,702,276	87.94
	Jumlah Anggaran BLU	**315,747,469,000**	**291,120,406,260**	**24,627,062,740**	**92.20**
	Jumlah Anggaran RM dan BLU (A s/d B)	**416,488,345,000**	**390,754,084,672**	**25,734,260,328**	**93.82**

Tabel 3.4. Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU

No	Jenis Belanja	Pagu Anggaran	Realisasi Belanja	%
1	**Rupiah Murni (RM)**	**100,740,876,000**	**99,633,678,412**	**98.90**
	Belanja Pegawai	52,649,909,000	51,983,631,103	**98.73**
	Belanja Barang	7,400,000,000	7,399,993,618	**100.00**
	Belanja Modal	40,690,967,000	40,250,053,691	**98.92**
2	**Badan Layanan Umum (BLU)**	**315,747,469,000**	**291,120,406,260**	**92.20**
	Belanja Barang	225,747,503,000	203,189,279,410	**90.01**
	Belanja Modal	89,999,966,000	87,931,126,850	**97.70**
	Jumlah RM dan BLU	**416,488,345,000**	**390,754,084,672**	**93.82**

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil pengukuran dan pencapaian kinerja pada bab III masing-masing sasaran dan indikator, berikut rekapitulasi dan penjelasan tercapai atau tidak tercapainya setiap indikator.

Tabel 4.1. Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2021			
					Target	Realisasi	Capaian	Ket
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	**Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik**	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100.00	100.00%	Tercapai
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100.00	100.00%	Tercapai
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100.00	100.00%	Tercapai
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	100.00	100.00%	Tercapai
2	**Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif**	5	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	107.28	107.28%	Tercapai
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	90.80	120.00%	Tercapai
3	**Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah**	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	74.37	87.49%	Belum Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
4	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat**	8	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	0.42	1.06	0.00%	Belum Tercapai
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.6	8.36	18.26%	Belum Tercapai
		10	Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2	2.00	100.00%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2021			
					Target	Realisasi	Capaian	Ket
5	**Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas**	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	87	87.49	100.56%	Tercapai
6	**Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT**	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	45	36	120.00%	Tercapai
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14	10.04	120.00%	Tercapai
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1.00	100.00%	Tercapai
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	3	3.00	100.00%	Tercapai
7	**Terwujudnya Implementasi *green hospital***	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14	20.91	120.00%	Tercapai
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	15	15.04	100.27%	Tercapai
8	**Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A**	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	1.5	1.50	100.00%	Tercapai
		19	Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	45.36	82.47%	Belum Tercapai
		20	Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	layanan	1	2.00	120.00%	Tercapai
9	**Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	100.00%	Tercapai
		22	Emergency Respon Time	menit	8	1.25	120.00%	Tercapai
		23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	Penelitian	29	33	113.79%	Tercapai
		24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	Skor 4	Skor 4	100.00%	Tercapai
		25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%	90	100.00	111.11%	Tercapai
PERSPEKTIF KONSUMEN								
10	**Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik**	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80.19	100.24%	Tercapai
		27	Tingkat kepuasan karyawan	%	82	91.03	111.01%	Tercapai
		28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	87.50	106.71%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2021			
					Target	Realisasi	Capaian	Ket
PERSPEKTIF FINANSIAL								
11	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	123.24	120.00%	Tercapai
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%	80	88.84	111.05%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB								
12	**Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi**	31	Prosentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	60	20.91	34.85%	Belum Tercapai
	Capaian Kinerja						97.58%	

Dari 31 indikator yang ada, tercapai sebanyak 26 indikator dan belum tercapai sebanyak 5 indikator. Prosentase rata-rata capaian terhadap target sebesar 97,58%. Indikator yang belum tercapai pada tahun 2021 adalah sebagai berikut:

1. Tingkat kehandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)
2. Angka kematiuan Ibu di Rumah Sakit
3. Angka kematian bayi di Rumah Sakit
4. Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)
5. Prosentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro antara lain:

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Penyusunan panduan alokasi, distribusi, dan analisa kebutuhan SDM berbasis kinerja kompetensi

3. Melengkapi sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan subspesialis.
4. Membangun kerjasama yang sinergis antara Bidang Pelayanan dengan Instalasi Pemasaran dan Humas serta meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.
5. Direktur USDM melakukan koordinasi untuk membangun kerjasama dengan FK UGM dan RSUP dr Sardjito dalam rangka memenuhi kebutuhan dokter subspesialis dan dokter spesialis.
6. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial
7. Direktur Medik dan Keperawatan mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
8. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
9. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.
10. Mempercepat penyesuaian ijazah bagi pegawai yang sudah lulus sekolah.

Lampiran

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Endang Widyaswati, M. Kes

Jabatan : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 5 Juli 2021

Pihak Kedua,

Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS
NIP. 196205231989031001

Pihak Pertama

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		
1.	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	100%
2.	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan(IKI)	100%
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	72%
3.	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%
	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL		
4.	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	0,42%
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	4,6%
		Tingkat implementasi AHS UGM	Skor 2
5.	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	87%
6.	Terwujudnya Sistim Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	45 menit
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	14 menit
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat 1

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level 3
7.	Terwujudnya implementasi *green hospital*	Efisiensi pengelolaan limbah medis dengan pola 3R	14%
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	15%
8.	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor 1.5
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	55%
		Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	1 layanan
9.	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	100%
		Emergency Respon Time	8 menit
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	29 penelitian
		Rasio dosen klinis terhadap peserta didik	Skor 4
		Tingkat ketepatan rujukan	90%
	PERSPEKTIF KONSUMEN		
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat kepuasan pelanggan / pasien	80%
		Tingkat kepuasan karyawan	82%
		Tingkat kepuasan peserta didik	82%
	PERSPEKTIF FINANSIAL		
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	90%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Persentase pemanfaatan aset	80%
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 352.647.469.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 67.229.549.000,-
Total	**Rp 419.877.018.000,-**

Jakarta, 5 Juli 2021

Pihak Kedua,

Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS
NIP. 196205231989031001

Pihak Pertama,

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001

NERACA
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN
PER 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI : 04 DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROPINSI : 0300 JAWA TENGAH
SATUAN KERJA : 415573 RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
ASET				
ASET LANCAR				
Kas pada Badan Layanan Umum	127,601,619,546	15,166,655,958	112,434,963,588	741.32
Investasi Jangka Pendek- Badan Layanan Umum	50,000,000,000	90,000,000,000	(40,000,000,000)	(44.44)
Belanja Dibayar Dimuka (prepaid)	0	12,705,000	(12,705,000)	(100.00)
Pendapatan yang Masih Harus Diterima	9,729,715	109,784,796	(100,055,081)	(91.13)
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	43,055,274,187	57,079,969,190	(14,024,695,003)	(24.57)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(5,099,180,224)	(5,554,307,813)	455,127,589	(8.19)
Piutang dari Kegiatan Operasional BLU (Netto)	*37,956,093,963*	*51,525,661,377*	*(13,569,567,414)*	*(26.33)*
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	377,640,040	387,789,187	(10,149,147)	(2.61)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(377,517,650)	(377,568,396)	50,746	(0.01)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU (Netto)	*122,390*	*10,220,791*	*(10,098,401)*	*(98.80)*
Persediaan	17,297,862,508	30,542,712,224	(13,244,849,716)	(43.36)
JUMLAH ASET LANCAR	**232,865,428,122**	**187,367,740,146**	**45,497,687,976**	**24.28**
ASET TETAP				
Tanah	232,604,222,149	232,540,084,649	64,137,500	0.02
Peralatan dan Mesin	418,966,754,837	347,794,127,319	71,172,627,518	20.46
Gedung dan Bangunan	315,124,172,391	256,258,844,901	58,865,327,490	22.97
Jalan, Irigasi dan Jaringan	18,647,013,473	18,647,013,473	0	0.00
Aset Tetap Lainnya	235,803,892	235,803,892	0	0.00
Konstruksi Dalam Pengerjaan	1,484,373,880	0	1,484,373,880	0.00
Akumulasi Penyusutan	(293,017,975,236)	(237,323,173,551)	(55,694,801,685)	23.46
JUMLAH ASET TETAP	**694,044,365,386**	**618,152,700,683**	**75,891,664,703**	**12.27**
ASET LAINNYA				
Aset Lain-lain	232,783,620	20,131,442,987	(19,898,659,367)	(98.84)
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(232,783,620)	(20,075,153,490)	19,842,369,870	(98.84)
JUMLAH ASET LAINNYA	**0**	**56,289,497**	**(56,289,497)**	**(100.00)**
JUMLAH ASET	**926,909,793,508**	**805,576,730,326**	**121,333,063,182**	**15.06**
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
Utang kepada Pihak Ketiga	3,985,090,214	1,314,437,309	2,670,652,905	203.17
Pendapatan Diterima Dimuka	626,435,823	331,277,749	295,158,074	89.09

NERACA
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN
PER 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI : 04 DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROPINSI : 0300 JAWA TENGAH
SATUAN KERJA : 415573 RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK	**4,611,526,037**	**1,645,715,058**	**2,965,810,979**	**180.21**
JUMLAH KEWAJIBAN	**4,611,526,037**	**1,645,715,058**	**2,965,810,979**	**180.21**
EKUITAS				
EKUITAS				
Ekuitas	922,298,267,471	803,931,015,268	118,367,252,203	14.72
JUMLAH EKUITAS	**922,298,267,471**	**803,931,015,268**	**118,367,252,203**	**14.72**
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	**926,909,793,508**	**805,576,730,326**	**121,333,063,182**	**15.06**

Klaten, 31 Desember 2021
Direktur Utama

KEMENTERIAN KESEHATAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

dr. Endang Widyaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001

LAPORAN OPERASIONAL
TINGKAT SATUAN KERJA
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	**: 024**	**KEMENTERIAN KESEHATAN**
UNIT ORGANISASI	**: 04**	**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**
WILAYAH/PROPINSI	**: 0300**	**JAWA TENGAH**
SATUAN KERJA	**: 415573**	**RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**
JENIS KEWENANGAN	**: KD**	**KANTOR DAERAH**

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
KEGIATAN OPERASIONAL				
PENDAPATAN OPERASIONAL				
Pendapatan Alokasi APBN	99,550,472,133	136,134,883,955	(36,584,411,822)	(26.87)
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	158,868,862,087	224,659,133,459	(65,790,271,372)	(29.28)
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	184,873,005,760	34,231,447,220	150,641,558,540	440.06
Pendapatan Hibah BLU	9,113,693,166	8,326,607,707	787,085,459	9.45
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	362,746,564	438,218,697	(75,472,133)	(17.22)
Pendapatan BLU Lainnya	4,872,442,908	4,687,889,628	184,553,280	3.93
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL	**457,641,222,618**	**408,478,180,666**	**49,163,041,952**	**12.03**
BEBAN OPERASIONAL				
Beban Pegawai	144,768,622,871	139,779,252,499	4,989,370,372	3.56
Beban Persediaan	76,133,243,453	54,307,926,194	21,825,317,259	40.18
Beban Barang dan Jasa	57,179,740,525	52,361,962,269	4,817,778,256	9.20
Beban Pemeliharaan	12,218,294,821	11,937,317,481	280,977,340	2.35
Beban Perjalanan Dinas	259,187,596	295,922,099	(36,734,503)	(12.41)
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	0.00
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	0.00
Beban Penyusutan dan Amortisasi	53,366,875,339	43,446,807,564	9,920,067,775	22.83
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	610	469,365,537	(469,364,927)	(99.99)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	**343,925,965,215**	**302,598,553,643**	**41,327,411,572**	**13.65**
SURPLUS/(DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL	**113,715,257,403**	**105,879,627,023**	**7,835,630,380**	**7.40**
KEGIATAN NON OPERASIONAL				
Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar				
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	235,816,787	122,930,060	112,886,727	91.83
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	617,423,172	277,150,500	340,272,672	122.77
JUMLAH Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar	**(381,606,385)**	**(154,220,440)**	**(227,385,945)**	**(147.44)**
Surplus (Defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya				
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	450,953,031	2,504,089,027	(2,053,135,996)	(81.99)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	550,936,605	2,454,279,804	(1,903,343,199)	(77.55)
JUMLAH Surplus (Defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	**(99,983,574)**	**49,809,223**	**(149,792,797)**	**(300.70)**
SURPLUS/(DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	**(481,589,959)**	**(104,411,217)**	**(377,178,742)**	**361.24**
SURPLUS / (DEFISIT) - LO	**113,233,667,444**	**105,775,215,806**	**7,458,451,638**	**7.05**

LAPORAN OPERASIONAL
TINGKAT SATUAN KERJA

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020

(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	**: 024**	**KEMENTERIAN KESEHATAN**
UNIT ORGANISASI	**: 04**	**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**
WILAYAH/PROPINSI	**: 0300**	**JAWA TENGAH**
SATUAN KERJA	**: 415573**	**RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**
JENIS KEWENANGAN	**: KD**	**KANTOR DAERAH**

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5

Klaten, 31 Desember 2021
Direktur Utama

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Endang Widyaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001

LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS
TINGKAT SATUAN KERJA
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	: 024	**KEMENTERIAN KESEHATAN**
UNIT ORGANISASI	: 04	**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**
WILAYAH/PROPINSI	: 0300	**JAWA TENGAH**
SATUAN KERJA	: 415573	**RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

JENIS KEWENANGAN : KD **KANTOR DAERAH**

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	31 DESEMBER 2021	31 DESEMBER 2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
EKUITAS AWAL	**803,931,015,268**	**678,211,645,118**	**125,719,370,150**	**18.53**
SURPLUS/DEFISIT - LO	**113,233,667,444**	**105,775,215,806**	**7,458,451,638**	**7.05**
KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI/KESALAHAN MENDASAR	**(2,224,569,147)**	**15,060,932,685**	**(17,285,501,832)**	**(114.77)**
Penyesuaian Nilai Aset	0	0	0	0.00
Koreksi Nilai Persediaan	0	0	0	0.00
Koreksi Atas Reklasifikasi	(2,578,596,632)	(790,424,464)	(1,788,172,168)	226.22
Selisih Revaluasi Aset Tetap	0	16,948,371,450	(16,948,371,450)	(100.00)
Koreksi Nilai Aset Tetap Non Revaluasi	(101,151,460)	(1,097,014,301)	995,862,841	(90.77)
Koreksi Lain-lain	455,178,945	0	455,178,945	0.00
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	**7,358,153,906**	**4,883,221,659**	**2,474,932,247**	**50.68**
KENAIKAN/PENURUNAN EKUITAS	**118,367,252,203**	**125,719,370,150**	**(7,352,117,947)**	**(5.84)**
EKUITAS AKHIR	**922,298,267,471**	**803,931,015,268**	**118,367,252,203**	**14.72**

Klaten, 31 Desember 2021
Direktur Utama

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Endang Widyaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001

KEMENTERIAN KESEHATAN
DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
JAWA TENGAH

LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA
POSISI PER TANGGAL 31 DESEMBER 2021
TAHUN ANGGARAN 2021

NAMA UAKPB : 024.04.03.415573.000 RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

AKUN NERACA		JUMLAH		
KODE	URAIAN	NILAI BMN	AKM. PENYUSUTAN	NILAI NETTO
1	2	3	4	5
117111	Barang Konsumsi	3,754,188,409	0	3,754,188,409
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	2,879,000	0	2,879,000
117114	Suku Cadang	2,332,388,440	0	2,332,388,440
117131	Bahan Baku	103,931,254	0	103,931,254
117199	Persediaan Lainnya	11,104,475,405	0	11,104,475,405
131111	Tanah	232,604,222,149	0	232,604,222,149
132111	Peralatan dan Mesin	418,966,754,837	264,679,007,367	154,287,747,470
133111	Gedung dan Bangunan	315,124,172,391	23,794,979,480	291,329,192,911
134112	Irigasi	2,274,734,800	325,646,617	1,949,088,183
134113	Jaringan	16,372,278,673	4,218,341,772	12,153,936,901
135121	Aset Tetap Lainnya	235,803,892	0	235,803,892
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	1,484,373,880	0	1,484,373,880
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	232,783,620	232,783,620	0
J U M L A H		1,004,592,986,750	293,250,758,856	711,342,227,894

Klaten, 31 Desember 2021
Penanggung Jawab UAKPB
Direktur Utama

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Endang Widyaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001



KOMISI INFORMASI
PROVINSI JAWA TENGAH

ANUGERAH
KETERBUKAAN
INFORMASI PUBLIK
2021

Penghargaan

APRESIASI

Komisi Informasi Provinsi Jawa Tengah
Memberikan Apresiasi Kepada :

RSUP. dr SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

Sebagai Badan Publik Vertikal Dalam Penyampaian Konten Informasi Publik
Berdasarkan Undang - undang No 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik
Melalui Website dengan Kualifikasi
WEBSITE INFORMATIF

Semarang, 14 Desember 2021

KOMISIONER	WAKIL KETUA	KETUA	KOMISIONER	KOMISIONER
Ermy Sri Ardhyanti, S.Sos	Zainal Abidin Petir, SH, MH	Drs. Sosiawan	Fb. Fx. Handoko AS, S.Sos	Widi Hertyanto, S.Sos



BUMN UNTUK INDONESIA

JASA RAHARJA

SERTIFIKAT

DIBERIKAN KEPADA

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

UNTUK

TERBAIK PERTAMA

KECEPATAN DAN KETEPATAN
ADMINISTRASI BERKAS OVERBOOKING
DI
WILAYAH KERJA KPJR TK. I KLATEN
PERIODE TAHUN 2021

SEMARANG, JUNI 2021
KEPALA PT JASA RAHARJA
CABANG UTAMA JAWA TENGAH

JAHJA JOEL LAMI S.E., M.M., AAAIK.

Capaian Program RSB Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang Tahun 2021

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
1	**Terwujudnya sarana dan prasarana Rumah Sakit yang siap/laik pakai sebagai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah**	Pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan	**V**		Anggaran tahun 2021 terdiri dari anggaran BLU Reguler sudah terealisasi 90%, dan BLU Covid sudah terealisasi 82% , sudah termasuk efisiensi baik BLU Covid dan BLU non Covid (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melanjutkan proses pengadaan baik Anggaran BLU Covid, BLU Non Covid, dan Efisiensi	Anggaran tahun 2021 terdiri dari anggaran BLU Reguler sudah terealisasi 100%, dan BLU Covid sudah terealisasi 100% , sudah termasuk efisiensi baik BLU Covid dan BLU non Covid (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melakukan proses pengadaan tahun 2022 baik Anggaran BLU Covid, BLU Non Covid, dan Efisiensi	Koord. Pelayanan Penunjang
					Anggaran Rupiah Murni Reguler terealisasi 100% dan ada efisiensi dibelikan 6 alat sudah terealisasi sebanyak 50 %, Anggaran RM Covid terealisasi 50% (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melanjutkan proses pengadaan baik Anggaran RM Covid, RM Non Covid, dan Efisiensi	Anggaran Rupiah Murni Reguler terealisasi 100% dan ada efisiensi dibelikan 6 alat sudah terealisasi sebanyak 50 %, Anggaran RM Covid terealisasi 100% (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melakukan proses pengadaan tahun 2022 apabila anggaran Rupiah Murni sudah tersedia	
					Anggaran RM Refocusing terdiri dari Anggaran Refocusing Non Covid terealisasi 0% dan Anggaran Refocusing Covid terealisasi 30%, Efisiensi Refocusing 0%(Belanja Modal Peralatan Medik)	Melanjutkan proses pengadaan Anggaran RM Refocusing Covid, RM Non Covid, dan Efisiensi.	Anggaran RM Refocusing terdiri dari Anggaran Refocusing Non Covid terealisasi 100% dan Anggaran Refocusing Covid terealisasi 100%, Efisiensi Refocusing 100%(Belanja Modal Peralatan Medik)		
					Anggaran alat non medik yang berasal dari BLU sudah terealisasi 80% (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melanjutkan proses pengadaan .	Anggaran alat non medik yang berasal dari BLU sudah terealisasi 100% (Belanja Modal Peralatan Medik)	Melakukan proses pengadaan tahun 2022 sesui rencana apabila anggaran BLU sudah tersedia	
2	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	**Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap II**							

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		Pembuatan regulasi monev secara elektronik	V		Proses Pembuatan regulasi monev secara elektronik berkoordinasi dengan SIMRS	Koordinasi dengan ISIRS untuk Pengembangan Sistem Manajemen Data berbasis IT	Sistem Manajemen Data berbasis IT, baik data pelayanan, keuangan, umum, SDM dan penelitian dalam proses pengembangan	Monitoring dan evaluasi capaian	Koord Pelayanan Medik & Kep
		Pemetaan kasus per KSM secara elektronik	V		Bersama Instalasi Rekam Medik dan ISIRS membuat data 10 besar penyakit per KSM secara digital	Bersama Instalasi Rekam Medik & ISIRS mengembangkan Digitalisasi semua data KSM seperti jenis kasus, jumlah kunjungan, demografi pasien, penggunaan obat dan	Data 10 besar penyakit per KSM dapat diunduh secara langsung melalui Rekam Medis Elektronik.	Berkoordinasi dengan Instalasi Rekam Medik & ISIRS untuk pengembangkan Digitalisasi semua data KSM seperti jenis kasus, asal rujukan, jumlah kunjungan, demografi pasien, penggunaan obat	Koord Pelayanan Medik & Kep
3	**Optimalnya layanan unggulan dan Pengembangan RS Kelas A**	Optimalisasi : - Klinik Onkologi	V		Layanan klinik Onkologi : Bedah Onkologi dan Onkologi Ginekologi	Monitor dan evaluasi layanan	Telah dibuka layanan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Hemato Onkologi Medik (Sp.PD –KHOM) Capaian layanan semester 2 mengalami peningkatan Sekitar 17.5% (601) pasien. Dibandingkan dengan capaian semester 1 tahun 2021 Dikarenakan RSST belum ada pelayanan radioterapi banyaknya pasien yang dirujuk ke RS lain Pemeriksaan hormon masih dilakukan diluar RS, alat sebenarnya sudah ada tetapi belum bisa operasional	Monitor dan evaluasi layanan	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		- Rawat Inap Kanker	V		Disediakan ruang rawat inap dan Kemoterapi untuk pasien kanker di Gedung Dahlia 2 (4 kamar dengan kapasitas 8 tempat tidur) Selama masa pandemi, gedung Dahlia 2 digunakan sebagai ruang rawat inap pasien COVID-19, maka ruang rawat inap dan Kemoterapi untuk pasien kanker dialihkan di ruang Aster dengan kapasitas 11 tempat tidur.	Monitor dan evaluasi layanan	Jumlah kunjungan pasien rawat inap meningkat dengan kapasitas 11 TT masih sering terjadi penumpukan pasien pada saat jam2 kerja (senin s.d jumat) Jumlah kunjungan pasien kanker meningkat berpengaruh terhadap kebutuhan obat (jenis obat) farmasi. Permohonan alat kemoterapi yang aman serta MCU bagi petugas kemoterapi	Untuk optimalisasi pelayanan pasien perlu adanya bangsal tersendiri (perbaikan KU, Rawat Inap, One daycare)	Koord Pelayanan Medik & Kep
		- Paliatif Terapi (Pain therapy)		V	Pelayanan belum dapat dijalankan karena Palliative Care (Perawatan Paliatif) mencakup pelayanan terintegrasi antara dokter, perawat, terapis, petugas social-medis, psikolog, rohaniwan, relawan, dan profesi lain yang diperlukan serta kelengkapan sarana dan prasarana yang belum tersedia untuk pelayanan. Disediakan ruang rawat inap dan Kemoterapi untuk pasien kanker di Gedung Dahlia 2 (4 kamar dengan kapasitas 8 tempat tidur)	Koordinasi dengan Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan untuk pemenuhan SDM dan sarana-prasarana untuk pembukaan layanan Palliative Care (Perawatan Paliatif)	Pelayanan Paliatif Terapi (Pain therapy) yang telah dijalankan, diantaranya : - Penanggulangan nyeri - Penanggulangan penyakit penyerta penyakit primer. - Bimbingan psikologis, sosial dan spiritual	Optimalisasi layanan berkoordinasi dengan Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan untuk pemenuhan SDM dan sarana-prasarana untuk pembukaan layanan Palliative Care (Perawatan Paliatif) secara terintegrasi.	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
							- Persiapan kemampuan keluarga untuk perawatan pasien di rumah - Kunjungan rumah (Home Care) sesuai kebutuhan pasien dan keluarga - Asuhan keperawatan terhadap pasien dengan luka - Membantu kesiapan menghadapi akhir hayat dengan tenang. Pelayanan dilakukan terpisah-pisah tidak terintegrasi		
		Pengembangan layanan :							
		- Kemoterapi			Selama masa pandemi, gedung Dahlia 2 digunakan sebagai ruang rawat inap pasien COVID-19, maka ruang rawat inap dan Kemoterapi untuk pasien kanker dialihkan di ruang Aster dengan kapasitas 11 tempat tidur.	Monitor dan evaluasi layanan	- Jumlah kunjungan pasien rawat inap meningkat dengan kapasitas 11 TT masih sering terjadi penumpukan pasien pada saat jam2 kerja (senin s.d jumat) - Jumlah kunjungan pasien kanker meningkat berpengaruh terhadap kebutuhan obat (jenis obat) farmasi. - Permohonan alat kemoterapi yang aman serta MCU bagi petugas kemoterapi	- Untuk optimalisasi pelayanan pasien perlu adanya bangsal tersendiri (perbaikan KU, Rawat Inap, One daycare)	
		Optimalisasi: - Rawat inap perinatologi	**V**		Untuk pelayanan rawat inap Perinatologi dilaksanakan di ruang PICU dengan kapasitas 6 tempat tidur				

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		- Klinik neonatologi	V		Klinik Neonatologi diampu oleh 2 dokter Sub Spesialis Neonatologi dan pelayanan dilakukan di gedung rawat jalan terpadu	Monitor dan evaluasi layanan	Capaian layanan Neonatologisemester 2 mengalami penurunan Sekitar 43,2% (67 pasien) jika dibandingkan dengan capaian semester 1 tahun 2021	Optimalisasi dan koordinasi dengan Tim Neonatologi terpadu	Koord Pelayanan Medik & Kep
		- One Day Care Thalasemia	V		Untuk pelayanan One Day Care Thalasemia dilaksanakan di ruang Lily dengan kapasitas 4 tempat tidur		Untuk pelayanan One Day Care Thalasemia dilaksanakan di ruang Lily dengan 3 TT untuk anak dan 2 TT untuk dewasa, jumlah pasien semakin meningkat, setiap bulan mengalami penambahan. Obat kelasibesi untuk perifrok tablet dan sirup habis serta set tranfusi tidak lancar sering macet pada saat dipakai	Optimalisasi ruang one day care	
		- Klinik Tumbuh Kembang	V		Proses PPDS 2 Tumbuh Kembang Anak, layanan Klinik Tumbuh Kembang diampu oleh dokter Spesialis Anak		Capaian layanan tumbuh kembang semester 2 mengalami peningkatan Sekitar 14.4% (300) pasien Dibandingkan dengan capaian semester 1 tahun 2021 Fasilitas pelayanan sudah terpenuhi Telah selesai PPDS 2 tumbuh kembang anak,	Optimalisasi layanan dengan pengembangan tim Tumbuh Kembang terpadu	
		- Rawat intensif anak (PICU)	V		Untuk pelayanan Rawat Inap Intensif Anak dilaksanakan di ruang PICU (Kapasitas 6 tempat tidur) dan NICU (kapasitas 30 tempat tidur)		Untuk pelayanan Rawat Inap Intensif Anak dilaksanakan di ruang PICU (Kapasitas 6 tempat tidur) BOR : 54.4 : LOS :4.89, TOI :4,26 BTO : 43,17		

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		- Rawat intensif anak (NICU)					Ruang NICU Kapasitas 30 TT (level II dan level III)BOR : 78.93 , LOS : 12.01 ,TOI : 2.81, BTO : 27.3 Angka kematian bayi tahun 2021 jika dibandingkan dengan tahun 2020 mengalami peningkatan 8.1 % Prosentase perawat terlatih di Nicu : Resusitasi Neonatal :32.5 % Stabilisasi Neonatal : 5 % Perawatan BBLR level I dan II =15 % Pelatihan Nicu : 5 % Gadar Materna Neonatal : 60 % Ponek : 7.5 % PMIC : 5 % Standar pelayanan NICU sesuai dengan standarisasi program pengembangan layanan prioritas KIA kemenkes	Peningkatan kompetensi pegawai PDSA Mengacu pada TNA	
		Optimalisasi Layanan:							
		1. Bedah Digestif	**V**		Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	Koord Pelayanan Medik & Kep
		2. Gastroenterohepatologi	**V**		Tahun 2021 direncanakan dikirim dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk mengikuti PPDS 2 Gastroenterohepatologi, tetapi dikarenakan pandemi, dilakukan penjadwalan ulang.	Koordinasi dengan Bagian SDM untuk penjadwalan ulang pengiriman dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk mengikuti PPDS 2 Gastroenterohepatologi	- Menyegerakan untuk penjadwalan ulang pengiriman dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk mengikuti PPDS 2 Gastroenterohepatologi	Monitoring dan evaluasi capaian usulan sarana prasarana	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
							-Menambah sarana prasaran alat sesuai usulan yang sudah disampaikan dalam rapat stratifikasi layanan unggulan -Mengirim pelatihan bagi tenaga asisten operator 2 orang yang sudah mengikuti pelatihan gastro dan bronkoscopy untuk dilatih ke pelatihan yang lebih advance		
		3. Fetomaternal	V		Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	
		4. Neonatologi	V		Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	Layanan rawat jalan & rawat inap	Monitor dan evaluasi layanan	
		5. Pediatric Opthamologi	V		Layanan dilakukan oleh dokter tamu	Monitor dan evaluasi layanan	-Pasien kontrol kebanyakan harus tunggu pengantar dari klinik tumbang (kendala rujukan,bbrp ada yg lost kontrol) -Alat-alat sederhana yg diajukan sejak sebelum pandemi belum terealisasi	-Dikoordinasikan dengan BPJS Kesehatan terkait system rujukan -Melakukan koordinasi kebagian penunjang dan sarana terkait usulan pemenuhan alat	
		6. Geriatri Paripurna	V		Pada tahun 2019 layanan Geriatri telah mencapai Level Paripurna	Monitor dan evaluasi layanan	-Layanan geriatri mengalami penurunan dikarenakan dimasa pandemi ada pembatasan para manula / lansia untuk berobat ke rumah sakit -Sarana prasarana terkait dengan pelayanan geriatri dialihfungsikan ke penanganan pandemi	Berkoordinasi dengan Humas dan Pemasaran untuk promosi layanan geriatri	
		7. Trauma Terpadu	V		Layanan dilakukan terpisah-pisah	koordinasi dengan Tim trauma Terpadu untuk integrasi layanan	Layanan masih dilakukan terpisah-pisah	koordinasi dengan Tim trauma Terpadu untuk integrasi layanan	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		8. Hematoonkologi	V		dr. Siswi Oktariani, M.Sc, Sp.PD telah menyelesaikan PPDS 2 Hematoonkologi pada bulan April 2021, masih dalam proses pengurusan Surat ijin Praktek dan Surat Tanda Registrasi.	Koordinasi dengan KSM saraf untuk perencanaan ulang	-Sistem rujukan berjenjang (BPJS) belum berjalan optimal	-Dikoordinasikan dengan BPJS Kesehatan	
							-Ada beberapa FKTP /PPK II belum mengetahui RSST sudah mempunyai layanan Hematoonkologi	-Berkoordinasi dengan bagian Humas dan Pemasaran untuk melakukan sosialisasi dengan target FKTP dan PPK II	
		9. Estetik Medik	V		Pelayanan telah dijalankan oleh KSM Kulit dan Bedah Plastik, belum terintegrasi	Integrasi sistem layanan	Pelayanan telah dijalankan terutama oleh KSM Kulit dan Bedah Plastik, belum terintegrasi	Integrasi sistem layanan	
		10. Stroke Terpadu		V	Proses pembahasan di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang pada tahun 2019, tetapi pelaksanaan tertunda terbentur ketersediaan sarana-prasarana terutama ruang rawat dikarenakan ruang yang direncanakan untuk layanan stroke terpadu dipakai untuk layanan pasien COVID-19	Koordinasi dengan KSM saraf untuk perencanaan ulang	-Direncanakan akan dibuka layanan unit stroke 2022	Menyegerakan dokter adika mianoki, Sp.S untuk melakukan PPDS2 Neurointervensi	
							-KSM saraf akan melakukan usulan untuk pemenuhan sarana prasaran pelayanan unit stroke dalam bentuk proposal		
		11. Hemodialisis	V		Pelayanan dilakukan dengan kapasitas 38 mesin hemodialisa	Monitor dan evaluasi layanan	-Kapasitas mesin HD 38 mesin dan pelayananan masih berjalan 2 shift	Monitor dan evaluasi layanan	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
							-Penambahan layanan pemasangan HD cateter oleh dokter nefrologi		
		12. Bedah Minimal Invasive	V		Pelayanan telah dijalankan oleh KSM Bedah	Monitor dan evaluasi layanan	Dengan bertambahnya beberapa alat, bertambah juga operator yang melakukan tindakan minimal invasiv	-Perlu adannya pembaharuan alat dan maintenance alat secara berkala -Pelatihan bagi tenaga operator dan asisten operator	
		13. Nyeri Terpadu	V		Pelayanan masih terpisah-pisah Belum dilaksanakan, terkendala terkait perijinan, pemenuhan SDM dan sarana-prasarana	Integrasi sistem layanan	Pelayanan masih terpisah belum terintegrasi	Koordinasi dengan Tim Nyeri Terpadu untuk integrasi layanan	
		14. Unit Transfusi Darah		V	Koordinasi dengan Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan dan Instalasi Laboratorium untuk proses perijinan dan pemenuhan SDM serta sarana-prasarana untuk pembukaan layanan Unit Tranfusi Darah	Koordinasi dengan Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan dan Instalasi Laboratorium untuk proses perijinan dan pemenuhan SDM serta sarana-prasarana untuk pembukaan layanan Unit Tranfusi Darah	-Sudah dilakukan koordinasi dengan unit terkait tentang proses perijinan pembukaan layanan unit tranfusi darah. -Perlu adanya Pelatihan dan perekrutan tenaga D3 Tranfusi darah	Monitoring proses perijinan dan koordinasi dengan SDM terkait pemenuhan ketenagaan	
		15. Wound care	V		Pelayanan Wound care masih terpisah-pisah, Perawatan luka tiap KSM dilayani berbeda tempat sesuai dengan lokasi pelayanan KSM	Integrasi dan sentralisasi layanan Wound care	Pelayanan Wound care masih terpisah-pisah, Perawatan luka tiap KSM dilayani berbeda tempat sesuai dengan lokasi pelayanan KSM	Integrasi dan sentralisasi layanan Wound care	
		16. Kardiorespirasi	V		Layanan dilakukan oleh KSM Paru dan KSM Jantung secara terpisah tidak terintegrasi	Koordinasi dengan KSM Paru dan KSM Jantung untuk tindak lanjut integrasi layanan	Layanan dilakukan oleh KSM Paru dan KSM Jantung secara terpisah tidak terintegrasi	Koordinasi dengan KSM Paru dan KSM Jantung untuk tindak lanjut integrasi layanan	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		17. Diagnostik	V		Penambahan layanan MRI dan CT-Scan pada Januari 2021	Monitor dan evaluasi layanan	Untuk kasus-kasus tertentu seperti pemeriksaan MRI Abdomen, MRCP, Pelvis untuk meningkatkan kompetensi perlu adanya pelatihan advance	Mengusulkan proposal untuk mengikuti pelatihan	
		Penguatan sistem rujukan berjenjang dari PPK I dan II - Pembentukan tim - Pembuatan regulasi sistem rujukan berjenjang - Pertemuan dengan PPK I dan II serta BPJS - Monev pelaksanaan sistem rujukan berjenjang							
4	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	Pengendalian biaya operas	V		Bidang pelayanan Penunjang melakukan pengendalian biaya operasional seperti pemakaian Listrik, AC.	Tetap melakukan efisiensi dan melakukan inovasi dalam alur bekerja baik dari SDM maupun penggunaan sarana prasarana lebih efisien dan optimal	Sudah melakukan penghematan listrik	Listrik segera dimatikan jika tidak diperlukan, dan AC dihidupkan saat cuaca panas	Koord. Pelayanan Penunjang
					Penghematan kertas, menggunakan kertas bekas dalam rangka konsul atasan dan pengebonan ATK seperlunya		Sudah melakukan efisiensi kertas	Untuk menghemat kertas untuk ngeprint menggunakan kertas bekas	
					Menggunakan air secukupnya, dan apabila sudah selesai segera dimatikan		sudah efisien air	menggunakan air secukupnya saja	
		Penguatan monitoring dan evaluasi program kerja	V		Monev program kerja Bidang Pelayanan Penunjang dilakukan tiap bulan dan pelaporan hasil monev dilaporkan setiap 6 bulan sekali	Monev dilakukan secara terus menerus dan hasil monev dilaporkan secara kesinambungan	Monev program kerja Bidang Pelayanan Penunjang dilakukan tiap bulan dan pelaporan hasil monev dilaporkan setiap 6 bulan sekali	Monev dilakukan secara terus menerus dan hasil monev dilaporkan secara kesinambungan	Koord. Pelayanan Penunjang

Capaian Program RSB Direktorat SDM, Pendidikan dan Umum Tahun 2021

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
1	**Terwujudnya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik**	**Implementasi Struktur Organisasi Rumah Sakit Kelas A Pendidikan Satelit tahap II**							
		Sinkronisasi regulasi dan RPJMN, Renstra Kemenkes, serta Renstra Instansi terkait	**V**		Telah tersusun Renstra RS mengacu pada Renstra Kementerian Kesehatan dan program kerja unit kerja mengacu pada renstra	Monev program kerja Subbagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	Sinkronisasi regulasi terhadap regulasi Kementerian Kesehatan	Monitoring dan evaluasi	Koord. Umum & Org
		Pemantapan struktur organisasi Rumah Sakit kelas A Pendidikan Satelit	**V**		Telah tersusun SOTK RS kelas A sesuai dengan regulasi Kementerian Kesehatan dan sebagai RS Pendidikan Satelit FKKMK UGM	Penyusunan regulasi pendukung SOTK antara lain HBL dan pedoman pelayanan RSST	Telah tersusun SOTK RS, Draft HBL dan Draft Tata Hubungan Kerja	Usulan penetapan HBL dan Tata Hubungan Kerja ke Kementerian Kesehatan	Koord. Umum & Org
		Penguatan manajemen pengelola AHS UGM	**V**		Progres Keterlibatan RSST dalam Kegiatan AHS UGM s.d Juni 2021: **1** Terlaksana pengiriman video konser AHS UGM II dan telah dilakukan penilaian pada 9 Januari 2021 dan RSST terpilih sebagai Juara 1. **2** Terlaksana pengiriman 1 peserta mengikuti kegiatan evaluasi monev renstra AHS pada bulan Januari s.d Februari 2021 secara daring	a Memaksimalkan tim AHS RSST dalam koordinasi tim AHS UGM b Meningkatkan inovasi kegiatan AHS selanjutnya	Telah terlaksana 8 kegiatan bersama AHS FKKMK UGM Terlaksana kegiatan forum komunikasin FKKMK UGM dengan RS Jejaring UGM pada 12 agustus 2021. dilanjutkan kegiatan workshop keamanan data dan sistem infomasi ke dua lingkup AHS pda 27 Agustus 2021	Melakukan koordinasi tim AHS RS dengan tim AHS FKKMK UGM Melakukan optimalisasi sistem keamanan big Data di RS berkoordinasi dengan unit terkait (SIRS)	Koord. Diklit

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					3 Telah dilakukan pembahasan harmonisasi renstra AHS dengan renstra RS Jejaring dan renstra FKKMK UGM masih berproses.	c Meningkatkan koordinasi dan inovasi selama pandemi Covid-19	Telah terlaksana kegiatan workshop pembahasan Big Dta AHS UGM pada 26 Oktober 2021	Koordinasi terkait PKS ke unit kerja terkait	
					4 Telah dikirim 3 peserta sebagai PIC RSST untuk program AHS yaitu dr. dr. Phitra Sekar Dianggra, Sp.GK (Healthy aging) , dr. Indah Juliana, Sp.P, M.Kes, (Covid19), dan dr. Roy, Sp.OG (Ibu dan Anak)	d Melakukan monitoring dan evaluasi AHS UGM	Terlaksana kegiatan evaluasi Pilot projek AHS bersam ARSPI dan RS Vertikal Kemenkes yang bergabung dengan AHS UGM, AHS UNPAD, AHS UNAIR Dan AHS RSCM		
		Penguatan manajemen SDM RS tahap II							
		Penataan Jumlah, Distribusi, dan Kualitas SDM berdasar Kompetensi / Kinerja, dan Kebutuhan Pengembangan Rumah Sakit berbasis IT tahap II							
		- Rekruitmen SDM secara Profesionel dan transparan	**V**		**1** Rekruitmen CPNS dan P3K dilaksanakan oleh Kemenkes.	1 Dilakukan monitoring penempatan untuk CPNS.	Menjadi tim rekruitmen regional Jawa Tengah	Menyiapkan ABK, Peta Jabatan, Bezetting dan formasi untuk rekruitmen tahun 2022 sudah dilakukan desk mendapatkan formasi PPPK sebanyak 200 orang.	Koord.SDM
					2 Rekruitmen Relawan 108 sudah dilaksanakan mulai pengumuman via on line, seleksi administrasi wawancara dan MCU.	2 Relawan dibuatkan SK dan diusulkan insentif ke PPSDM.			

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		- Penyelenggaran *capacity building* SDM berbasis revolusi industri	V		**1** Telah dilakukan peningkatan kompetensi kepada staf IPKP , Hukormas, SIMRS dan Bag Diklit dalam promosi kesehatan dan pemasaran berbasis digital	1 Monitoring dan evaluasi pasca pelatihan	Telah terlaksana monitoring dan evaluasi pasca pelatihan tapi belum optimal	melakukan optimalisasi monitoring dan evaluasi pasca pelatihan berbasis IT	Koord. Diklit
					2 Telah dilakukan peningkatan kompetensi kepada staf gizi dalam pelatihan pencegahan dan pengontrolan NCDS di Universitas Alma Ata	2 Akan dilakukan pengiriman lima perawat di Yogyakarta dengan materi Peningkatan mutu asuhan keperawatan dan pemanfaatan digitalisasi dalam asuhan keperawatan terintegrasi di era disrupsi 4.0.	Telah terlaksana pengiriman peserta pelatihan dalam revolusi industri		
			V		Terlaksananya peningkatan kompetensi bagi karyawan berbasis IT, yaitu , pelaksanaan pelatihan, seminar dan workshop dengan metode during dan luring untuk internal serta metode during untuk eksternal	Pengusulan kebutuhan sarana prasarana kegiatan diklat dan kegiatan pengembangan kapasitas SDM	Belum optimalnya sarana prasarana pendukung dalam kegiatan ilmiah berbasis IT	Pengusulan Sarana Dan prasarana pendukung dalam kegiatan ilmiah berbasis IT	
					Dengan banyaknya pelaksanaan peningkatan kompetensi metode during dibutuhkan sarana prasarana untuk mendukung kegiatan tersebut.		Belum optimalnya peningkatan kompetensi berbasis IT	Menyusun konsep pelatihan, pendidikan dan penelitian berbasis IT (LMS, Repository, Simpaty)	
		Peningkatan peran SDM sebagai agen perubahan rumah sakit	V		**1** Sudah tersusun agen perubahan RSST Tahun 2021	1 Melakukan monev rencana tindak agen perubahan semesteran	Hasil monev untuk agen perubahan masih < 70 % dalam melakukan perubahan	Melakukan monev secara berkala	Koord. Diklit

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					2 Sudah tersusun program kerja agen perubahan 2021 **3** Sudah terlaksana sosialisasi program kerja agen perubahan tahun 2021 **4** Sudah dilakukan survei pola pikir dan budaya kerja kepada AoC **5** Sudah disusun tool monev agen perubahan	2 Mengusulkan pemberian reward kepada AoC yang berprestasi dengan menetapkan kriteria 3 Mendorong AoC untuk melakukan perubahan sesuai dengan nilai organisasi di RSST	Belum tersusun regulasi pemberian reward utk AoC berprestasi Mengikuti Seminar ASN Berakhlak	Berkoordinasi ke Substansi SDM	
			V		**1** Ada SK Agent perubahan dari masing- masing unit kerja. **2** Ada duta agent perubahan	Melakukan monev implementasi program agent perubahan	Program AoC belum terlaksana secara optimal	Melakukan monev berkelanjutan	Pokja Perubahan
		Peningkatan Profesionalisme /Kompetensi SDM Rumah Sakit Melalui Ekskalasi Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM							
		Mengirimkan peserta pendidikan lanjutan (konsultan, paramedis, dan nakes lain)	**V**		Pengiriman tugas belajar Tahun 2021: **1** Konsultan : a) Bedah Thorax di FK UI ; b) Kardiologi Anak di FK UGM **2** PPDS : a) PPDS 1 Patologi Klinik, b) PPDS 1 Obgyn , c) PPDGS Penyakit Mulut 3. Perawat	1 Monitoring dan evaluasi proses tugas belajar 2 Sosialisasi tugas belajar dan ijin belajar 3 Penguatan mapping tugas belajar berkoordinasi dengan SDM dan Pelayanan Medik	Telah dilakukan monev proses tugas belajar Sudah dalam proses	Evaluasi program tubel/ ibel konsulen Melakukan Desk bersama Bag Anggaran dan Unit terkait dalam TNA 2022	Koord. Diklit

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					4. Nakes Lain: D4 Manajemen Informasi Kesehatan				
			V		Pengiriman Ijin Belajar Tahun 2021 : **1** Keperawatan: 18 orang **2** Nakes Lain : Analis Kesehatan : 2 orang, Rekam Medik: 2, S1 Akuntansi: 1 orang, D4 Gizi : 1 orang	1 Monitoring dan evaluasi proses ijin belajar 2 Sosialisasi tugas belajar dan ijin belajar 3 Penguatan mapping ijin belajar berkoordinasi dengan SDM dan Pelayanan Medik	Telah terlaksanaproses ijin belajar Telah terlaksana sosialisasi program Ijin Belajar dan Tugas Belajar Telah melakukan mapping ijin belajar dan Tubel bersama SDM dan Yanmed wat	Menyusun TNA 2022 Monitoring evaluasi Melakukan Desk bersama Bag Anggaran dan Unit terkait dalam TNA 2022	Koord. Diklit
		Penguatan sistem pengawasan mutu dan pembinaan karyawan RS	V		**1** Komite Mutu telah melakukan monev target kinerja masing- masing unit dengan aplikasi yang sudah tersedia. **2** Pembinaan karyawan dilakukan sesuai aturan yang berlaku	Tetap dipertahankan, melakukan inovasi	Masih melanjutkan pembinaan karyawan 2 orang	Melakukan koordinasi dengan Yankes untuk penjatuhan hukuman disiplinnya	Komite Mutu, Koord. SDM
2	**Terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif**	**Peningkatan Kesejahteraan dan Karier SDM Berbasis Kinerja dan IT (Reformasi**							
		Pengembangan sistem jenjang karir SDM	V		Revisi Peta jenjang karier sesuai OTK baru belum selesai	Menyelesaikan Peta Jenjang Karier dan monev implementasinya	Peta jenjang karier sudah tersusun	Melakukan evaluasi dan revisi sehubungan ada penambahan pegawai di Maret 2022	Koord SDM
		Penguatan sistem remunerasi	V		**1** Melakukan revisi Kebijakan dan Pedoman Remunerasi.	Melakukan briging e- logbook, e-presensi pada aplikasi e-remunerasi	Proses revisi Kebijakan dan Pedoman remunerasi	Pengusulan perubahan KMK remunerasi	Koord. SDM dan ISIMRS

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					2 Melalukan pengembangan aplikasi e-remunerasai.		Koordinasi dengan Tim IT untuk penambahan pengembangan aplikasi yg terbriging dengan e-presensi	Monitoring dan evaluasi pengembangan aplikasi eremunerasi	
		Penguatan Sistem *Reward And Consequences*	**V**		Kebijakan reward dan punishment ditetapkan tahun 2018.	Melakukan revisi kebijakan reward dan punishment	Sudah dilakukan pembahasan kebijakan reward dan punishment	Penetapan kebijakan reward dan punishment	Koord. SDM
		Pemantapan budaya *patient centered care* tahap II							
		Peningkatan budaya 6 S							
		Pembangunan Zona Integritas tahap II							
		Penguatan Program manajemen perubahan berbasis IT	**V**		**1** Telah dilakukan survey pola pikir dan budaya kerja secara online **2** Telah dilakukan sosialisasi pola pikir dan budaya kerja oleh Direktur SDM Pendidikan dan Umum	1 Melakukan monitoring dan evaluasi hasil survey, 2 Mengusulkan pelatihan pola pikir dan budaya kerja	Telah terlaksana survey pola pikir dan budaya kerja AoC 2021 Telah terlaksana Seminar penguatan AoC bersama Kemenkes	Menyusun program pelatihan bermasis IT/ LMS	Koord. Diklit
			V		Telah terlaksana program manajemen perubahan berupa pelaksanaan kegiatan survei IKM serta IPAK & IPP dengan memanfaatkan IT. Unit kerja terkait belum optimal dalam TL hasil survei	Monev hasil survei IKM serta IPAK & IPP. Koordinasi perbaikan strategis dengan unit kerja terkait	Telah terlaksana program manajemen perubahan berupa pelaksanaan kegiatan survei IKM serta IPAK & IPP dengan memanfaatkan IT. Unit kerja terkait belum optimal dalam TL hasil survei	Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat oleh pihak eksternal dengan metode disesuaikan Permen PAN & RB Nomor 14 Tahun 2017	Koord Umum & Org
3	**Terwujudnya sarana dan prasarana Rumah Sakit yang siap/laik pakai sebagai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah**	**Pemeliharaan sarana, prasarana dan alat kesehatan**	**V**		Kalibrasi oleh LPFK dilaksanakan tanggal 14 Juni 2021 selesai pada tanggal 2 Juni 2021. Jumlah alat yang sudah dikalibrasi hanya 665	385 alat yang belum terkalibrasi oleh LPFK diusulkan kalibrasi ke lembaga kalibrasi lain yang bersertifikat KAN	kalibrasi peralatan kesehatan tahun 2021 sudah terlaksana oleh LPFK dan institusi lain	sudah selesai dan terlaksana	IPSRS
			V		Rangka atap ruang IP3 lapuk dimakan rayap, plafon nyaris ambrol	Sudah selesai Diperbaiki dan diganti			IPSRS

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Pembangunan Gedung GBST Tahap III	V		Pembangunan GBST tahap 3 tahun 2021, dimulai sejal tanggal 21 April 2021 dan akan berakhir pada tanggal 21 November 2021 atau jangka waktu pelaksanaan seama 210 hari. Sampai dengan minggu ke 13 periode pelaksanaan pekerjaan fisik (19-25 Juli 2021) progres pekerjaan sebesar 10,2729% dari rencana sebesar 10,2729% sehingga terjadi deviasi positif sebesar 0,1590.	perlu segera dilakukan langkah-langkah strategis dari kontraktor agar pekerjaan dapat selesai tepat waktu dan sesuai target	Pembangunan GBST tahap 3 tahun 2021, sudah selesai di bulan desember 2021	Garansi Masa 1 tahun	
		Optimalisasi pengawasan kualitas kelayakan sarana prasarana , alat kesehatan dan jaringan tahap II			Pengawasan sarana prasarana telah dilaksanakan sesuai dengan jadwal pemeliharaan di IPSRS dan juga dilakukan koordinasi dengan unit terkait seperti K3, Fasmedwat, PPI, Ins Kesling dan K3RS, dan Kamtib	Melakukan Monev secara berkala dengan berkoordinasi dengan unit terkait.			
4	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	**Pembangunan ekselensi dalam konsep AHS UGM tahap II**							
		Ekselensi bidang pelayanan, pendidikan penelitian dan penelitian translasional bersama							
		· Ekselensi bidang pendidikan	V		1 Telah dilakukan koordinasi rencana pengembangan Departemen Paru FKKMK UGM di RSST	1 Menyusun PKS	Telah tersusun Draft PKS	Koordinasi dengan FKKMK UGM untuk finalisasi PKS	Koord. Diklit

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					2 Sudah diinisiasi penataan kantor dan penyusunan staf	2 Menyiapkan Sarana Prasarana	Telah tersedia kantor pendidikan	Mengusulkan gedung diklat yang representatif	
					3 Telah dilakukan sosialisasi NIDK kepada dosen klinik RSST	3 Menyiapkan Dokumen dan regulasi	telah dilakukan inventarisasi ulang NIDK dosen Klinis RSST	Melakukan koordinasi dengan FKKMK UGM untuk pengusulan NIDK dosen klinis RSST	
		· Ekselensi bidang penelitian	**V**		**1** Adanya tim komisi etik RSST bersama FKKMK UGM	1 Monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian	Sudah terlaksana monev kegiatan penelitian dan sosialisasi program kegiatan penelitian	Monev penelitian berkala dan melakukan sosialisasi program penelitian 2022 dengan melibatkan seluruh unit kerja	Koord. Diklit
					2 Telah dikirim dosen klinik mengikuti pelatihan penulisan manuscript	2 Menyusun komite etik mandiri di RSST	Terlaksana SK Komite etik penelitian mandiri RSST	Mengusulkan pelatihan EDL, GCP dan SOP Komite etik penelitian	
					3 Telah dikirim pelatihan GCP ke FKKMK UGM	3 Menyusun regulasi dan dokumen	Telah tersusun Pedoman etik penelitian, Kebijakan penelitian, Panduan penelitian dan panduan informed consent penelitian	Menyusun SOP AP Komite Etik Penelitian	
						4 Akan dilakukan pengiriman pelatihan surveyor komisi etik FERCAP bersama FKKMK UGM	Telah mengirimkan 2 SDM RSST sebagai peserta surveyor komisi etik FERCAP di Univ Brawijaya dan Univ Udayana	Menyusun kelengkapan borang -borang standar komite etik penelitian	
		· Ekselensi Penelitian Translasional Bersama	**V**		**1** Telah dilakukan penelitian RV3 PRO Fase 3 dengan FKKMK UGM	**1** Melakukan monitoring penelitian klinis	Telah terlaksana moev penelitian klinis 2021	Monev penelitian berkala setiap 3 bulan dengan melibatkan komite etik penelitian dan komite mutu	Koord. Diklit
					2 Telah menjalin kerja sama penelitian vaksin Gx 19 dengan FKKMK UGM	**2** Menyiapkan sarana prasarana penelitian vaksin Gx	telah terlaksana penyiapan sarana prasarana vaksin GX 19	Monitoring penelitian vaksin GX dan melaporkan progres penelitian	
					3 Sudah dilaksanakan penelitian plasmakonvalense dengan Litbangkes	**3** Melakukan monitoring dan evaluasi penelitian plasmakonvalensi	Telah terlaksana monev penelitian plasma konvalesen dan selesai tahun 2021	Mengembangkan penelitian klinis lain	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					4 Telah dilakukan penelitian bersama IMERI FK UI tentang penelitian uji diagnostik lepstospirosis	**4** Melakukan monitoring dan evaluas penelitian uji diagnostik leptospirosis	telah terlaksana monev penelitian uji diagnostik leptospirosis, Penelitian masih on proses dan rencana sampai bulan Maret 2022	Monitoring dan evaluasi progres penelitian dan melakukan sosialisasi hasil penelitian	
		Perintisan Big Data Penelitian	**V**		**1** Telah dilakukan koordinasi dan pelatihan Pengembangan Big Data bersama FKKMK dan RSS	1 Melakukan pengembangan aplikasi Big Data berkoordinasi dengan IT RS dan FKKMK UGM	Big Data penelitian bersama meliputi data epidemologi, karakteristik pasien	Melakukan monitoring dan evaluasi Big Data Penelitian koordinasi dengan SIRS	Koord. Diklit
					2 Telah dibentuk Tim dan PIC Pengembangan Big Data	2 Melakukan koordinasi penyusunan PKS Big Data	PKS bersama FKKMK UGM belum selesai	Melakukan koordinasi dengan unit terkait	
						3 Menyiapkan sarana prasarana pendukung	Sarana dan Prasara pendukung Big Data sudah tersedia	Melakukan koordinasi lanjut bersama Ka Instalasi SIRS sebagai PIC	
		Partisipasi dalam pertemuan AHS UGM, Nasional dan Internasional	**V**		**1** Telah dilakukan pembahasan evaluasi Renstra AHS UGM bersama RS Jejaring AHS dan masih berproses	1 Melakukan koordinasi kelanjutan pembahasan evaluasi renstra AHS UGM	Telah terlaksana pembahasan evaluasi Reinstra AHS 2021		Koord. Diklit
					2 Telah dilakukan pertemuan ilmiah terkait registry global Nakes Terpapar Covid-19	2 Melakukan koordinasi kelanjutan penyusunan registry global Nakes Terpapar Covid-19	Penelitian Registri global Nakes telah di hentikan karena adanya perubahan kebijakan		
5	**Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas**	**Optimalisasi pelaksanaan Reformasi Birokrasi dalam rangka *Good Governance* tahap II**				Melakukan monitoring dan evaluasi program kerja dan strategi dalam penilaian WBBM Oleh Menpan RB Tahun 2021	Telah telaksana Monev program kerja ZI secara berkala tahun 2021	Melakukan penyusunan Program kerja ZI 2022	Tim ZI

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Penguatan pengawasan dalam rangka mewujudkan WBK dan WBBM	**V**		Sudah dilakukan pembangunan zona integritas di 6 area perubahan: Kegiatan rutin public campaign melalui banner, siaran radio sentral dan radio Candi Sewu, Telah dilakukan tindak lanjut adanya 10 pelapor pengaduan dengan 2 indikator terkait etika 0, pelayanan 1 dan sarana 9, terdapat kegiatan sponshorship 9 karyawan, tidak ada unsur gratifikasi.	Melakukan monitoring hasil survei dan melakukan upaya perbaikan disektor pelayanan publik serta melakukan resurvey kembali	Telah dilakukan penilaian WBBM oleh TPI Kemenkes dan RSST menjadi satker yang diusulkan maju penilaian WBBM oleh Menpan RB	Melakukan optimalisasi penguatan pengawasan untuk mewujudkan WBK WBBM 2022	Tim ZI
		Penguatan pelayanan publik menuju WBBM	**V**		Sudah dilakukan survei IKM dan IPP dan IPAK setiap bulannya dan dilaporkan serta dilakukan analisis.	Monitoring ketepatan waktu pengumpulan dan efektifitasnya Melaporkan hasil monev dan LKE setiap bulan	Telah dilakukan monitoring dan evaluasi survey IKM , IPP dan IPAK	Melakukan analisis hasil survey dan berkoordinasi dengan setiap unit kerja untuk melakukan perbaikan pelayanan. Melakukan survey eksternal bekerjasama dengan BPS atau FKKMK UGM	Tim ZI
		Pengembangan Monitoring dan Evaluasi pembangunan zona integritas berbasis IT	**V**		Sudah dilakukan monitoring dan evaluasi berbasis google drive oleh setiap pokja.		Pengisian lembar monev dan LKE secara online belum optimal	Melakukan optimalisasi monev pembangunan ZI dengan sitem IT	
6	**Terwujudnya*smart and inteligent hospital* dengan integrasi SIM-RS (Sistem Informnasi Manajemen Rumah Sakit**)	**Pengembangan sistem informasi manajemen, regulasi dan promosi kesehatan RS yang terintegrasi tahap II**							
		Pengembangan dan optimalisasi Aplikasi SIMRS Terintegrasi (front office, back office, dan integrasi)	**V**		Telah terlaksana penggunaan aplikasi TNDE dalam kegiatan back office & Aplikasi **SIMenor**	Peningkatan pemanfaatan	Telah terlaksana penggunaan aplikasi TNDE dalam kegiatan back office & Aplikasi **SiMenor**	Peningkatan pemanfaatan	Koord. Umum & Org

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
						aplikasi TNDE & **SiMenor** oleh seluruh unit kerja		aplikasi TNDE & **SiMenor** oleh seluruh unit kerja	
7	**Terwujudnya Implementasi *green hospital* secara efektif dan efisien**	**Pelaksanaan Sistem Monitoring, Evaluasi , dan Tindak Lanjut Pencapaian IKU tiap Direktorat berbasis IT (Tahap II)**							
		Pengembangan dan Pengelolaan Limbah Medis dengan pola 3 R	**V**		Target tahunan 14 %, capaian target tahunan sampai semester I telah tercapai yaitu sebesar 21,46%.	Terus dipertahankan di tahun 2022 dengan target sesuai dengan RSB	Pengolahan limbah B3 medis menjadi non B3 dengan pola 3R terus dipertahankan untuk menghasilkan efisiensi. Target capaian untuk tahun 2021 rata rata per Bulan telah tercapai 20,91% dari taerget yang ditetapkan 14%.	Meningkatkan kualitas Pengolahan limbah B3 medis dengan pola 3R sesuai sesuai standart regulasi, efisiensi untuk biaya pengolahan limbah B3 ke ihak ke III .	Kesling & K3RS
		· Pengembangan Pengelolaan Limbah Medis dengan pola 3 R			Pengembangan pengelolaan berupa penambahan jenis limbah yang diolah dari bekas kemasan B3 (Tahun 2019 yang terdiri dari Kemasan Hunrub, jerigen bahan sterilisasi ruangan dan jerigen bahan kimia laundry di tahun 2020 ada penambahan bekas kemasan B3 Bayclean, bekas kemasan bahandekontaminasi				
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	**V**		Program pemanfaatan limbah domesti baik organik maupun anorganik Target Tahunan 15 % sampai semester I 2021 telah tercapai sebesar 15,12 %		pemanfaatan sampah domestik anorganik dan pembuatan kompos dari sampah organik dari pemperapian taman dan daun daunan terjadi Efisiensi rata rata sebesar 15,03 % dari target yang di tetapkan 15%	Pengembangan pemanfaatan limbah domestik anorganik dengan pola 3R melalui Bank Sampah tekah terlaksana mulai 5 Januar 2022 melalui Bank Sampah .	Kesling & K3RS

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		· Program Pengelolaan Bank Sampah		V	Program pemanfaatan limbah organik melalui Bang Sampah belum bisa dilaksanakan ,				
		· Program Pembuatan kompos sampah organik	V		Progrm pembuatan kompos dari sampah organik sudah dilaksanakan, pemanfaatannya digunakan untuk menunjang pemupukan tanaman di RS				
		Efisiensi energi					Penghematan Air dan Energi terus disosialisasikan sebagai wujud implementasi Rumah sakit ramah Lingkungan/Green Hospital.		
		· **Pengantian lampu hemat energi**							
		Program Penggunaan Lampu Energi Matahari							
		Efisiensi energi							
		•Kampanye hemat air							
		•Program Perbaikan Jaringan Air bersih							
		Upaya minimisasi limbah melaui penggunaan kertas bekas *(paperless)*							
		Pelaksanaan minimisasi limbah melalui penggunaan kertas bekas (paperless) di seluruh Unit kerja	V		Telah terlaksana penggunaan aplikasi TNDE dalam kegiatan persuratan paperless	Pengelolaan arsip elektronik memanfaatkan TNDE	Telah terlaksana penggunaan aplikasi TNDE dalam kegiatan persuratan paperless	Pengelolaan arsip elektronik memanfaatkan TNDE & SiMenor	Hukormas
9	**Optimalnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**								
		Penelitian Mutu dan Keselamatan pasien berbasis efisiensi	V		Telah dilakukan survei budaya dan keselamatan pasien pada Tahun 2020	Menyiapkan resurvey survei budaya dan keselamatan pasien Tahun 2021	Telah terlaksana Survey budaya keselamatan pasien 2021		Koord. Diklit
		Pendidikan:							

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Perintisan administrasi pendidikan berbasis IT	V		Administrasi Pendidikan bagi peserta didik berbasis online	Pengembangan aplikasi administrasi pendidikan peserta didik berkoordinasi dengan IT RS	Telah menyusun konsep pendidikan, pelatihan dan penelitian berbasis elektronik	Menyusun prototipe aplikasi pendidikan, pelatihan dan penelitian RSST	Koord. Diklit
		Penguatan kepengurusan wakil ketua Komkordik							
		Penguatan keikutsertaan dalam webinar kemitraan pendidikan	V		Terlaksana kegiatan webinar koordinasi dengan FKKMK UGM pembahasan NIDK, Persiapan Pengiriman Peserta Didik, Kegiatan Penelitian dari FKKMK UGM	Monitoring dan evaluasi hasil kegiatan	Telah terlaksana kegiatan webinar kemitraan pendidikan bersama FKKMK UGM	Melakukan koorinasi lanjut dan menyelenggaralkan webinar dalam rangka optimalisasi kemitraan pendidikan bersama	Koord. Diklit
		Penelitian:							
		Perintisan Big Data Penelitian	V		**1** Telah dilakukan koordinasi dan pelatihan Pengembangan Big Data bersama FKKMK dan RSST	1 Melakukan pengembangan aplikasi Big Data berkoordinasi dengan IT RS dan FKKMK UGM	pengembangan Big Data sudah dalam proses uji coba prototipe	Melakukan nonitoring pengembangan Big Data	Koord. Diklit
					2 Telah dibentuk Tim dan PIC Pengembangan Big Data	2 Melakukan koordinasi penyusunan PKS Big Data	PKS big data penelitian dalam proses	Melakukan monitoring PKS	
						3 Menyiapkan sarana prasarana pendukung	Telah tersedia sarana prasarana pendukung big data	Koordinasi dengan ISIRS sebagai PIC Big Data	
		Penguatan Komite Etik Penelitian	V		**1** Adanya tim komisi etik RSST bersama FKKMK UGM	1 Monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian	Sudah terlaksana monev kegiatan penelitian dan sosialisasi program kegiatan penelitian	Monev penelitian berkala dan melakukan sosialisasi program penelitian 2022 dengan melibatkan seluruh unit kerja	Koord. Diklit
						2 Menyusun komite etik mandiri di RSST	Terlaksana SK Komite etik penelitian mandiri RSST	Mengusulkan pelatihan EDL, GCP dan SOP Komite etik penelitian	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
						3 Menyusun regulasi dan dokumen	Telah tersusun Pedoman etik penelitian, Kebijakan penelitian, Panduan penelitian dan panduan informed consent penelitian	Menyusun SOP AP Penelitian	
						4 Akan dilakukan pengiriman pelatihan surveyor komisi etik FERCAP bersama FKKMK UGM	Telah mengirimkan 2 SDM RSST sebagai peserta surveyor komisi etik FERCAP di Univ Brawijaya dan Univ Udayana	Menyusun kelengkapan borang -borang standar komite etik penelitian	
		Optimalisasi keikutsertaan dalam hibah penelitian	V		**1** Telah dilakukan sosialisasi program penelitian hibah	1 Melakukan penelitian sesuai protokol kesehatan	Telah terlaksana sosialisasi program hibah penelitian Damas FKKMK UGM	Melakukan optimalisasi keterlibatan SDM RSST dalam program penelitian bersama	Koord. Diklit
					2 Telah mengikuti penelitian bersama FKKMK UGM dengan dana hibah Damas Tahun 2021 sebanyak 2 peserta	2 Melaporkan hasil penelitian	Telah terlaksana keikutsertaan penelitian hibah Damas FKKMK UGM sebanyak 2 judul penelitian dan dalam proses penyusunan naskah publikasi	Membantu memfasilitasi proses publikasi hasil penelitian	
		Penguatan sistem rujukan terintegrasi (sisrute) tahap II							
		optimalisasi aplikasi sisrute							
10	**Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik**	**Penambahan jumlah dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang teknologi informasi, baik pengembang, pengelola, maupun pengguna.**	**V**		Peningkatan kompetensi SDM terkait dengan ketrampilan dan keahlian pengembangan program IPKP berbasis IT. Capaian 85 %	Mengusulkan pelatihan peningkatan SDM di bidang IT tentang keahlian designe gravis, digital marketing, Multimedia dan BroadcastingPembuatan aplikasi layanan kesehatan masyarakat berbasis android	1. Telah dilakukan Pelatihan multimedia pembuatan video pada bulan Desember 2021	Membuat Tim Video dan membuat video baik edukasi, dan pelayanan RS sesuai program dan seiring dengan Program Pelayanan, yaitu Pelayanan Unggulan dan 7 prioritas pelayanan RS	IPKP

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
							2.Telah dibuat Media elekronik di website seperti E-Brosur, E-Artikel,E-Artikel, E-profile dokter dan Jadwal Dokter, E-info layanan dll. Aplikasi ini sudah bisa di akses melalui website dan linktree	Pembuatan aplikasi android "RSST dalam Genggaman "	
		Penataan di unit layanan klinik dan pendidikan serta SDM RS	V		Melakukan Monitoring kepuasan pegawai semester I Tahun 2021 hasil 93,2 % (baik)	Melanjutkan Monitoring	Melakukan survey kepuasan terhadap pelayanan Substansi SDM semester 2 dengan hasil 91, 03%	Melakukan evaluasi dan perbaikan untuk pelayanan yang masih kurang	Koord SDM
		Pengembangan promosi yang intensif kepada pelanggan sesuai dengan program berbasis IT	V		Promosi baik kesehatan maupun pelayanan RSST sudah menggunakan media elektronik, media sosial (seperti Instagram, Facebook, Youtube) , website RSST dan Website portal yankes. Melakukan pertemuan dan pembinaan komunitas menggunakan virtual atau daring. Capaian 100 %	1 Merencanakan promosi dengan menggunakan digital marketing dan pengembangan multimedia. 2 Pembuatan aplikasi layanan kesehatan masyarakat berbasis android	1.Telah di kembangkan dan dilaksanakan Promosi Kesehatan dan Promosi Pelayanan menggunakan media sosial seperti Instagram, Face Book , Youtube dan pembuatan artikel kesehatan untuk diunggah di website RSST dan Portal Yankes Kemenkes 2. Telah dilakukan pembinaan Puskesmas dan Komunitas RSST melalui daring	Melakukan PKS dengan AMIKOM dalam menunjang pengembangan program Digital Marketing Melakukan seminar dan webinar dalam temu PPK 1, 2, RS sekitar dan fasyankes lain dan temu komunitas RSST (POPTI, Lansia,Asma, Jantung, Kanker dll) baik daring maupun luring	IPKP
		Penerapan tata laksana komplain RS berbasis IT tahap II							

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Terlaksananya pelayanan customer service 24 jam	V		Telah terlaksanan pelayanan Customer Service 24 Jam. Perlu peningkatan kompetensi SDM dan pemenuhan peralatan yang standar	*Coaching* pelayanan CS sesuai dengan standar PIPP; pengajuan usulan pengadaan sarpras pendukung yang standar	Telah terlaksana pelatihan Pelayanan Prima. Meraih peringkat 5 dalam Survei Perilaku Interaksi Pelayanan Publik	Monitoring dan evaluasi; pengajuan usulan pengadaan sarpras pendukung yang standar	Koord. Umum & Organisasi
		Penguatan pengolahan komplain pelanggan sesuai dengan jenis complain	V		Telah terlaksana pengelolaan komplain berdasar jenis komplain dan koordinasi dengan unit kerja terkait. Perlu dibuat aplikasi monev proses komplain. Respon terhadap komplain oleh unit kerja masih perlu ditingkatkan. Perbaikan terus menerus dan monevnya berdasarkan komplain yang diterima oleh unit kerja	Mengusulkan tampilan monev proses pengelolaan komplain dalam website agar transparan; peningkatan respon dan perbaikan oleh unit kerja terkait sesuai komplain yang diterima	Telah terlaksana pengelolaan komplain berdasar jenis komplain dan koordinasi dengan unit kerja terkait. Perlu dibuat aplikasi monev proses komplain. Respon terhadap komplain oleh unit kerja masih perlu ditingkatkan. Perbaikan terus menerus dan monevnya berdasarkan komplain yang diterima oleh unit kerja	Mengusulkan tampilan monev proses pengelolaan komplain dalam website agar transparan; peningkatan respon dan perbaikan oleh unit kerja terkait sesuai komplain yang diterima	Koord. Umum & Organisasi
		Pelaporan data komplain tiap bulan, triwulan 1, semester, triwulan 2 dan tahunan	V		Telah terlaksana pelaporan komplain secara periodik	Kolaborasi dengan Komite Mutu untuk TL penanganan kompalin oleh unit kerja terkait	Telah terlaksana pelaporan komplain secara periodik	Kolaborasi dengan Komite Mutu untuk TL penanganan kompalin oleh unit kerja terkait	Koord. Umum & Organisasi

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
11	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	Pengendalian biaya operasional RS	**V**		Selama masa pandemi kegiatan Instalasi Promosi dan Pemasaran RS sudah dilaksanakan secara langsung dan tidak langsung sesuai program. Untuk kegiatan secara langsung dilakukan secara daring. Monev program kerja sudah dilakukan dalam bentuk laporan bulanan, triwulan, semester dan tahuanan serta isidentil.Selain itu juga melakukan rapat rutin, kajian-kajian terkait pelaksanaan dan kebutuhan. Untuk kegiatan tidak langsung dilakukan dengan menggunakan:				Koord. Umum & Organisasi , IPKP
					1 Media cetak (brosur, leaflet, poster, banner dan spanduk).	1 Membuat Rencana Anggaran Beaya (RAB) sesuai dengan pagu anggaran.	1. Telah dibuat media cetak sesuai rencana dan program anggaran secara optimal	1. Pengembangan media cetak ke arah digitalisasi	
					2 Media elektronik (Radio sentral RSST, Radio RSPD dan Radio Candisewu)	2 Melaksanakan kegiatan dengan daring/ virtual	2. Program penayangan media elektronik sudah dilaksanakan baik melalui Radio (R sentral, R pemerintah, R. swasta), Televisi (Televisi swasta, TV Ranap, TV Standing dan Vidiotron)	2. Penayangan program edukasi dan layanan di media elektronik disesuaikan dengam program pelayanan (layanan unggulan dan 7 prioritas layanan)	
					3 Medsos ; Instagram, Facebook, Youtube)	3 Menerapkan nilai nilai terkait dengan komitmen, anti korupsi dan gratifikasi serta benturan kepentingan	3. Telah dilaksanakan program promosi melalui medsos	3. Pengembangan promosi kesehatan dan pelayanan melalui medsos	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					4 Website RSST dan Kemenkes. Karena masa pandemi, kegiatan operasional IPKP menjadi efisiensi biaya. Capaian 100 %		4. Program Promosi telah dilaksanakan secara optimal sesuai dengan program	4. Optimalisasi pengembangan program promosi kesehatan dan Pelayanan	
			V		**1** Melakukan efisiensi penggunaan ATK Bag. Diklit **2** Mengimplementasikan efisiensi penggunaan APD dan bahan pakai oleh peserta didik di seluruh lahan praktik **3** Memaksimalkan pemanfaatan teknologi informasi	Monev pengendalian biaya sektor pendidikan dan penelitian RS	Telah terlaksana efisiensi penggunakan ATK Telah dilakukan sosialiasai dan pembekalan kepada peserta didik dalam rangka efisiensi penggunaan APD Tehnologi informasi pendidikan , pelatihan dan penelitian belum optimal	Optimalisasi penggunakan sistem IT dalam efisiensi ATK Melakukan monitoring dan evaluasi dan berkoordinasi dengan Komite PPI dalam efisiensi penggunaan APD Melakukan optimalisasi penggunaan IT dalam layanan pendidikan, pelatihan dan penelitian	Koord. Diklit
			V		**1** Efisiensi kertas, dengan mengunakan kertas bekas untuk print konsep dll. **2** Sebagian aplikasi sudah paperless.	Membuat aplikasi SIMKA internal.	Masih proses memasukkan data oleh Tim IT	bila aplikasi sudah bisa digunakan, sosialisasi kepada seluruh karyawan	Koord SDM
		Penguatan monitoring dan evaluasi program kerja	**V**		Monev program kerja sudah dilakukan dalam bentuk laporan bulanan, triwulan, semester dan tahuanan serta isidentil.Selain itu juga melakukan rapat rutin dan kajian-kajian terkait pelaksanaan dan kebutuhan baik promosi kesehatan dan promosi pelayanan. Capaian 100%	Melakukan monev secara periodik	Monev program kerja sudah dilakukan dalam bentuk laporan bulanan, triwulan, semester dan tahuanan serta isidentil.Selain itu juga melakukan rapat rutin dan kajian-kajian terkait pelaksanaan dan kebutuhan baik promosi kesehatan dan promosi pelayanan. Capaian 100%	Melakukan monev secara periodik	Koord. Umum & Org

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
			V		Melakukan monitoring dan evaluasi dan rencana tindak atas capaian indikator Bagian Diklit Setiap Bulannya	Monitoring dan evaluasi	Telah terlaksana monitoring dan evaluasi dan rencana tindak indikator Bag Diklit dan semua indikator tahun 2021 tercapai		Koord Diklit
			V		Mengusulkan revisi DO indikator RSB : Kompetensi Medis, Kompetensi ,Perawat, Kompetensi Nakes Lain dan Non Medis	Melakukan monev capaian Indikator RSB	Sudah dilakukan revisi DO indikator RSB : Kompetensi Medis, Keperawatan, Nakes lain dan Non medis	Melakukan monitoring dan evaluasi capaian indikator	Koord SDM

Capaian Program RSB Direktorat Perencanaan, Keuangan dan BMN Tahun 2021

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
1	**Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif**	Peningkatan Kesejahteraan dan Karier SDM Berbasis Kinerja dan IT (Reformasi Birokrasi Kepegawaian) tahap II							
		Penguatan sistem remunerasi	V		1 Melakukan revisi Kebijakan dan Pedoman Remunerasi.	Melakukan briging e-logbook, e-presensi pada aplikasi e-remunerasi			Koord SDM dan ISIMRS
					2 Melalukan pengembangan aplikasi e-remunerasai.				
		Penguatan Akuntabilitas Kinerja	V		Laporan kinerja sebagai bentuk pertanggungjawaban sudah disusun dan dilaporkan tepat waktu sebelum tanggal 31 januari tahun berikutnya kepada Ditjen Yankes	Dipertahankan laporan dan penyampaian ke Ditjen Yankes tepat waktu	Laporan kinerja th 2021 diselesaikan dan disampakan ke Ditjen yankes maksimal tgl 31 januari 2022	Laporan yang tepat waktu dipertahankan baik dari sisi output dan outcome untuk tahun beikutnya	Koord. PE
						Melibatkan SPI dalam reviu laporan kinerja RS	SPI melakukan reviu Laporan kinerja sebelum dilakukan desk oleh Itjen	reviu dari SPI diharapkan menggunakan template sesuai dari Itjen	
						Data kinerja dikelola lebih baik lagi dan memastikan unit kerja melakukan upaya perbaikan untuk lebih meningkatkan hasil kinerja			
2	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap II							

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Pelaporan dan evaluasi baik internal RS dan eksternal (kabupaten, provinsi dan AHS UGM) secara elektronik	V		Pelaporan sudah rutin dilaporkan dengan TNDE (Tata Naskah Dinas Elektronik) baik laporan internal maupun eksternal RS	Dipertahankan untuk pelaporan melalui TNDE	Pelaporan sudah rutin dilaporkan dengan TNDE (Tata Naskah Dinas Elektronik) baik laporan internal maupun eksternal RS.	Menghimbau untuk laporan internal dari unit kerja agar semua laporan melalui TNDE ditujukan ke Dirut melalui direktur teknis	Koord. PE
						Menghimbau, mengingatkan kepada unit kerja untuk laporan kinerja agar disampaikan melalui TNDE			
		Implementasi kegiatan yang efektif dan efisien, kehandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset dan ketaatan terhadap regulasi.	V		Selama pandemi proses penyusunan laporan keuangan terkendala adanya kebijakan-kebijakan baru baik terkait dengan pandemi Covid-19 maupun tidak. Namun Laporan Keuangan tahun 2020 tetap memperoleh opini WTP dan Laporan Keuangan Semester 1 2021 tidak ada rekomendasi dari Irjen Kemenkes.	Selalu update informasi terkait penyusunan laporan keuangan	a. Selama pandemi covid-19, proses penyusunan laporan keuangan terkendala adanya kebijakan-kebijakan baru baik terkait dengan pandemi Covid-19 maupun tidak, misalnya,pengungkapan dampak akibat pandemi covid 19 di dalam laporan keuangan b. Implementasi Aplikasi persediaan FIFO menjadi faktor penghambat proses pembuatan laporan keuangan karena belum familiar dengan aplikasi FIFO, Namun Laporan Keuangan tahun 2020 tetap memperoleh opini WTP. c. hasil desk dan reviu Laporan Keuangan Semester 2 tahun 2021 tidak ada rekomendasi dari Inspektorat Jenderal Kemenkes dan Laporan Keuangan tahun 2021 terselesaikan tepat waktu.	Selalu update informasi terkait aplikasi maupun kebijakan penyusunan laporan keuangan.	Koord. Akuntansi dan BMN

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
3	**Terwujudnya smart and inteligent hospital dengan integrasi SIM-RS (Sistem Informnasi Manajemen Rumah Sakit)**	Pengembangan sistem informasi manajemen, regulasi dan promosi kesehatan RS yang terintegrasi tahap II							
		Pengembangan dan optimalisasi Aplikasi SIMRS Terintegrasi (front office, back office, dan integrasi)	V		1 Pengembangan Aplikasi RME Rawat Jalan dan Rawat Inap.	1 Proses implementasi aplikasi yang sudah siap.	Aplikasi yang dikembangkan:	-Masih perlu ditingkatkan komunikasi dengan pemilik sistem / proses bisnis agar aplikasi yang dikembangkan bisa sesuai dengan kebutuhan. -Diperlukan pengaturan dan strategi yang tepat agar aplikasi dapat diimplementasikan di unit kerja pengguna.	ISIM RS
					2 Integrasi PACS dengan SIMRS.	2 Melanjutkan pengembangan aplikasi yang masih berjalan.	- Aplikasi RME Rawat Jalan (SOAP dan Assesment Awal untuk dokter dan perawat)		
					3 Pengembangan Aplikasi Resep Elektronik untuk Rawat Jalan dan Rawat Inap.		- Aplikasi RME Rawat Inap (Resume Medik Elektronik)		
					4 Penyempurnaan Aplikasi Inventori Farmasi (Versi 2).		- Aplikais RME IGD (Triase danAssesment Keperawatan)		
					5 Pengembangan Aplikasi Presensi Pegawai Berbasis Mobile.		- Integrasi PACS (Radiologi) dengan SIMRS		
							- Aplikasi Resep Elektronik untuk Rawat Jalan dan Rawat Inap (obat pulang dan ODD)		

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
							- Aplikasi Laboratorium Mikrobiologi		
							- Aplikasi Inventori Farmasi (Versi 2)		
							- Aplikasi Klaim BPJS (Versi 2)		
							- Pengembangan Aplikasi Presensi Pegawai Berbasis Mobile.		
							- Pengembangan Aplikasi Logbook Pegawai.		
		Optimalisasi pengelolaan big data dan implementasi teknologi data minning	V		1 Proses redesain tampilan dashboard informasi.		1. Optimalisasi kapasitas server (penambahan RAM server dan *storage*) dan pengembangan server virtual (virtualisasi).	Mengikuti pelatihan data minning dan *data science*.	ISIM RS
					2 Mengikuti pelatihan data minning dan data science.		2. Proses redesain tampilan dashboard informasi.		
							3. Integrasi data capture dengan Aplikasi BIOS PPK BLU.		
		Digitalisasi pelayanan pendidikan dan penelitian	V		1 Telah dilakukan pelatihan berbasis online	Monitoring dan evaluasi			
					2 Administrasi Pendidikan Peserta Didik Berbasis Online				

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
					3 Merintis Pembelajaran Klinik Peserta Didik Berbasis Technology Enchanced Learning				
					4 Dokumentasi data penelitian menggunakan ECRF (Electronic Case Report Form) dan SDW (Source Dokument Workksheet)				
		Pengembangan dan optimalisasi website rumah sakit untuk mendukung kegiatan pemasaran, promosi kesehatan, peserta didik, dan kemudahan akses pelayanan.	V		Telah terlaksana pengembangan website dari segi tampilan maupun konten. Masih perlu dilakukan perbaikan dan pengembangan	Perlu penambahan menu proses pengelolaan komplain, foto galery update otomatis mengikuti berita terbaru, pengembangan laman PPID, dll			
		Optimalisasi sistem pencatatan dan pelaporan logistik berbasis SIMAK	V		Sistem pencatatan yang diterbitkan oleh Kemenkeu berupa Aplikasi Persediaan, SIMAK-BMN dan SAIBA sudah diimplementasikan dengan baik di RSST.	Selalu update sistem dan informasi perubahan kebijakan yang berlaku	Sistem pencatatan yang diterbitkan oleh Kemenkeu berupa Aplikasi Persediaan, SIMAK-BMN dan SAIBA sudah diimplementasikan dengan baik di RSST.	Selalu update sistem dan informasi perubahan kebijakan yang berlaku	Koord. Akuntansi dan BMN
4	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	Peningkatan pendapatan dengan optimalisasi pemanfaatan BMN	V		Peningkatan pemanfaatan aset yang menganggur.	Menjalin kerjasama pemanfaatan aset	Peningkatan pemanfaatan aset tahun 2021, yaitu: ATM BRI, lahan parkir, mini kantin.	Menjalin kerjasama pemanfaatan BMN dengan Bagian Organisasi dan Umum dan yang terkait lainnya.	Koord. Akuntansi dan BMN

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Percepatan pengajuan klaim	V		Berkas Klaim BPJS dikirimkan maksimal tanggal 5 setiap bulannya. Sejak Bulan Januari 2021 hingga saat ini target tersebut selalu tercapai.	Koordinasi lebih baik dengan bagian Rekam medis dan Kassa agar target waktu pengiriman berkas BPJS bisa tercapai.	Berkas Klaim BPJS dikirimkan maksimal tanggal 5 setiap bulannya. Sejak Bulan Januari 2021 hingga saat ini target tersebut selalu tercapai.	Koordinasi lebih baik dengan bagian Rekam medis terkait E RM sesuai dengan kebutuhan klaim sehingga kelengkapan berkas klaim terpenuhi sesuai kriteria klaim yang diminta oleh BPJS Kesehatan. Koordinasi dengan Kassa agar target waktu pengiriman berkas BPJS bisa tercapai.	IVPP
		Percepatan penagihan	V		Penagihan klaim ke BPJS Kesehata atau yang biasa kita sebut dengan FPK (Form Pengajuan Klaim) selalu rutin dilakukam di minggu ke-1 setiap bulan. Kemudian disusul FPK Susulan, dan FPK Obat Alkes di minggu berikutnya. IVPP menargetkan selalu ada 1 FPK di setiap minggu sehingga mempercepat penerimaan RS dari BPJS Kesehatan. Untuk Klaim BPJS TK dan Jasa Raharja, IVPP tidak menunggu Bulan berjalan selesai, namun langsung ditagihkan ketika pasien selesai dilakukan pelayanan.	Mempertahankan koordinasi dengan BPJS Kesehatan, BPJS TK dan JR yang saat ini sudah terjalin dengan baik.	Penagihan klaim ke BPJS Kesehata atau yang biasa kita sebut dengan FPK (Form Pengajuan Klaim) selalu rutin dilakukam di minggu ke-1 setiap bulan. Kemudian disusul FPK Susulan, dan FPK Obat Alkes di minggu berikutnya. IVPP menargetkan selalu ada 1 FPK di setiap minggu sehingga mempercepat penerimaan RS dari BPJS Kesehatan. Untuk Klaim BPJS TK dan Jasa Raharja, IVPP tidak menunggu Bulan berjalan selesai, namun langsung ditagihkan ketika pasien selesai dilakukan pelayanan.	Mempertahankan koordinasi dengan BPJS Kesehatan, BPJS TK dan JR yang saat ini sudah terjalin dengan baik.	IVPP

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
			V		Penggunaan kertas maupun ATK sudah berkurang karena pelaporan sudah melalui elektronik (TNDE)	Dipertahankan untuk penghematan kertas dan ATK dan penggunaan AC	Penggunaan kertas maupun ATK sudah berkurang karena pelaporan sudah melalui elektronik (TNDE)	Dipertahankan untuk penghematan kertas dan ATK dan penggunaan AC maupun lampu ruangan	Bag PE
					AC dalam ruangan tidak dihidupkan		AC dan lampu dalam ruangan apabila tidak digunakan dimatikan		
			V		1 Melakukan efisiensi penggunaan ATK dan sumber daya (listrik dan air) secara disiplin dalam penggunaannya (sesuai instruksi Kabag Anggaran). Mematikan listrik dan air apabila tidak diperlukan dan melakukan pengebonan ATK ke gudang dalam jumlah seperlunya sehingga tidak terjadi penumpukan di unit kerja.	1 Terus melakukan efisiensi dan melakukan inovasi dalam alur kerja sehingga baik SDM maupun penggunaan sarana bisa lebih efisien dan optimal.	Proses pengebonan ATK dan gudang sesuai dengan keperluan. Beberapa barang cetakan sudah tidak diperlukan atau dicetak ulang karena sudah terdapat di dalam aplikasi. Contoh : cetakan SSP PPh 21,22 dan 23.	Terus melakukan efisiensi dan selalu meminimalkan penggunaan ATK dengan memaksimalkan Aplikasi-aplikasi keuanagn.	Bagian Anggaran
					2 Melakukan penerbitan SPA (Surat Pengalokasian Anggaran) untuk biaya-biaya yang menjadi program dan atau skala prioritas.	2 Terus melakukan monitoring Penerbitan SPA dengan prinsip efisiensi dan efektivitas.	Penerbitan SPA berdasarkan program dan skala prioritas	Terus melakukam monitoring kesesuaian dengan program	
			V		Pengendalian biaya operasional dalam pelaksanaan pekerjaan	Mendukung program peperless dalam pelaksanaan pekerjaan	Pembuatan aplikasi pelaporan keuangan terintegrasi sudah direncanakan dalam roadmap pengembangan Instalasi SIMRS namun belum terselesaikan dari Instalasi SIMRS.	Koordinasi dengan Instalasi SIMRS untuk penyelesaian aplikasi pelaporan keuangan terintegrasi, sesuai roadmap.	Koord. Akuntansi dan BMN

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	PIC Program
		Pembuatan aplikasi pelaporan keuangan terintegrasi		V	Sudah direncanakan dalam roadmap pengembangan SIMRS namun belum ada TL dari ISIRS	Koordinasi dengan ISIMRS untuk pengembangan aplikasi pelaporan keuangan	Pengendalian biaya operasional dalam pelaksanaan pekerjaan	Mendukung program peperless dalam pelaksanaan pekerjaan.	Koord. Akuntansi dan BMN
		Penguatan monitoring dan evaluasi program kerja	V		Monitoring dan evaluais rutin dilakukan baik untuk laporan bulanan, triwulan maupun tahunan. Mengkompilasi evaluasi program unit kerja untuk dijadikan laporan evaluasi program kerja corporate.	Dipertahankan untuk menjadi kegiatan rutin untuk monev program kerja	Monitoring dan evaluais rutin dilakukan baik untuk laporan bulanan, triwulan maupun tahunan. Mengkompilasi evaluasi program unit kerja untuk dijadikan laporan evaluasi program kerja corporate.	sudah dilakukan secara rutin untuk monev program kerja	Koord. PE
			V		Melakukan monitoring pendapatan harian untuk dapat terus memantau pendapatan RS baik pendapatan layanan maupun non layanan yang selanjutnya akan dibuat laporan kas setiap bulan yang berisi laporan jumlah kas di masing-masing bendahara yang selanjutnya menjadi dasar keputusan untuk melakukan penempatan deposito sebagai strategi untuk menjaga cash ratio.	Menyusun prognosa pendapatan sebagai dasar penetuan besaran anggaran dan belanja yang akan dilakukan, termasuk mempertimbangkan besaran piutang sehingga didapatkan nilai saldo akhir sebagai dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.	Tersusunya prognosa pendapatan tahun 2022	Terus melakukan monitoring pendapatan dan melakukan koordinasi dengan unit kerja lain supaya prognosa dapat selalu terupdate sehingga proses belanja dan investasi jangka pendek tetap berjalan lancar.	Koord Anggaran
						Menyusun prognosa saldo akhir yang akan digunakan sebagai acuan rencana penggunaan pada tahun berikutnya	Tersusun Rencana Penggunaan Saldo Akhir sebagai acuan.	Melakukan Revisi DIPA untuk penggunaan saldo awal	
			V		Monev program kerja sudah dilakukan dalam bentuk laporan bulanan, triwulan, semester dan tahunan.	Melakukan monev secara periodik	Monev program kerja sudah dilakukan dalam bentuk laporan bulanan, triwulan, semester dan tahunan.	Melakukan monev secara periodik.	Koord. Akuntansi dan BMN

Capaian Program RSB SPI Tahun 2021

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
1	**Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif**	Peningkatan Pengawasan Internal			**1** Tersusun Pedoman Penanganan Konflik Kepentingan RSST .berikut Pet a Konflix Kepentingan tahun 2021.	Edukasi/Sosialisasi Pedoman Penanganan Konflik	Sudah dilakukan edukasi/sosialisasi Pedoman Penanganan Konflik Kepentingan	Rutin dilakukan tiap awal tahun	SPI
					2 Sudah dilakukan Public Campaign tentang Pengendalian Gratifikasi melalui siaran radio, FV, banner, leaflet, Website RS	Kepenti ngan RSST melalui PKRS dilakukan secara rutin melalui program PKRS.	Public Campaign tentang Pengendalian Gratifikasi sudah dilakukan secara rutin melalui program PKRS	Materi Public campaign melalui Website RS perlu dilengkapi	
					3 Pemantauan pengendalan risiko sudah dilakukan pada sebagian unit kerja yang telah mengidentifikasi r‹siko dan menyusun rencana pengendalian.	Pemantauan pengendalian risiko pada semua unit kerja melalui ” Manr isk Board"	Sudah dilakukan pemantauan pengendalian risiko pada hampir semua unit kerja melalui ” Manrisk Board" (95%)	Pemantauan pengendalian risiko pada semua unit kerja melalui ” Manrisk Board" (100%)	
					4 Sudah dilakukan penanganan pengaduan masyarakat melalui sarana pengaduan yang ada dan produk inovasi antara lain pohon aspirasi dan kartu apresiasi	Menyempurnakan sarana pengaduan secara elektronik menggunakan touch screen	Sarana pengaduan sudah berupa survei online dimana dalam survei tersebut juga ada kolom untuk pengaduan/ kritik/saran.	menggunakan barcode/ QR code	
					5 Sudah ada saluran WBS baik melaluï nomer tertentu, email, telepon, surat atau datang langsung ke SPI	Inovasi berupa koneksi WBS keHotline pengaduan agar pada sa at ada laporan masuk bisa langsung mendapat verif ikasi.	Inovasi berupa koneksi WBS keHotline pengaduan agar pada saat ada laporan masuk bisa langsung mendapat verifikasi belum terlaksana	Tahun 2022 bisa diakomodir oleh Instalasi SIRS	
2	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	Tindak lanjut secara terpadu	**V**		Pencatatan dan pelaporan data pelayanan sudah dilakukan setiap bulan	Rutin mencatat dan melaporkan data pelayanan RS sesuai tepat waktu			SPI
3	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan**	Pengendalian biaya operasiona			**1** Pendampingan stack opname semester 1	Seluruh rekomendasi agar ditindak lanjuti	1. Belum semua rekomendasi pendampingan	Seluruh rekomendasi agar ditindaklanjuti	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
	efisiensi biaya						stock opname semester 1		
			V		2 Reviu RKAKL 202 1		Seluruh rekomendasi reviu RKAKL 2021 sudah ditindaklanjuti	Dilakukan reviu RKAKL 2022 dan Seluruh rekomendasi ditindaklanjuti	SPI
		Penguatan system pengendalian internal pemerintah (SPIP)	V		1 Sosialisasi buku standar perilaku pada aplikasi & presensi	Pemantauan pengendalian risiko pada semua unit kerja melalui "Manr isk Board"	Penetapan profil risiko strategis rumahsakit	Berkoordinasi dengan koordinator risiko tiap direktorat dalam upaya pengendalian risiko yang diidentifikasi	SPI
					2 Penerapan indikator unit.		Pemantauan atas pengendalian risiko yang telah ditetapkan oleh tiap unit kerja	Berkoordinasi dengan komite mutu terkait pemantauan pengendalian manajemen risiko	
					3 Penilaian indikator Unit.		Pendampingan atas rekomendasi perbaikan pada setiap unsur dan sub unsur yang nilainya masih lemah	Memberdayakan Tim pokja SPIP dalam peningkatan kualitas SPIP	
					4 Pengelolaan manrisk board di masing masing unit kerja RS.		Penerapan Manriskboard pada setiap unit sebagai sarana kominikasi risiko pada unit kerja	Pemantauan progress pengenalian risiko yang dituangkan pada manriskboard	
					5 Penetapan register Risiko RS oleh Direktur Utama		Penetapan register Risiko RS tahun 2021 oleh Direktur Utama	Pemantauan progress pengenalian risiko yang dituangkan pada manriskboard	
		Penguatan monitoring dan evaluasi program kerja	V		1 Pemeriksaan kas Reguler kepada Bendahara BLU/Rutin dan Bendahara Penerima setiap akhir bulan	1. Pemeriksaan Reguler diharapkan agar pembukuan Bendahara bisa dilakuk an secara akuntabel.	Hasil pemeriksaan Reguler pembukuan Bendahara sudah dilakukan secara akuntabel.	Rutin dilakukan tiap bulan	SPI
					2 Pemeriksaan Kas Mendadak setiap 3 bulan sekali.	2. Pemeriksaan Kas Mendadak diharapkan bahwa penmbukuan dan kondisi yang ada sesuai.	Hasil pemeriksaan Kas Mendadak pembukuan dan kondisi yang ada sudah sesuai	Rutin dilakukan tiap bulan	
						Terus meningkatkan koordinas‹	Pelaksanaan Reviu LK sesuai dengan standar prosedur operasional	Peningkatan pengendalian teknis pelaksanaan reviu LK	

No	SASARAN STRATEGIS 2020-2024	PROGRAM 2021	Pelaksanaan		Semester I		Semester II		PIC Program
			Terlaksana (V)	Tidak Terlaksana (V)	Evaluasi dan Capaian	RTL	Evaluasi dan Capaian	RTL	
		Peningkatan kualitas pengawasan	V			dengan Bagian Akuntansi dalam pelaksanaan Reviu LK	Peningkatan kapasitas auditor dengan keikutsertaan dalam kegiatan pengembangan kemampuan auditor.(Pelatihan, workshop,PKS dll)	Menerapkan hasil keikutsertaan kegiatan pengembangan kemampuan dalam kegiatan dan tupoksi pengawasan	SPI
		Percepatan penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan (LHP) secara berkala	V		Audit Operasional pada Semester 1 dilakukan pada 2 (dua) Obyek Audit yaitu lnstatasi Radiologi (5 rekomendasi) dan Instalasi Ver ifikas dan Penjami nan Pasien (5 rekomendasi)	Seluruh Rekomendas telah , ditindaklanjuti.	Aktif dalam koordinasi SPI regional joglosemar dalam grup diskusi terkait pengawasan	Menyusun agenda kegiatan SPI regional Joglosemar apabila pandemi covid sudah melandai	SPI
							Kegiatan penyelesaian tindaklanjut LHP terrealisasi sesuai dengan standar waktu yang ditentukan	meningkatkan intensitas dalam koordinasi dengan unit terkait , dan auitor eksternal terkait rekomendasi LHP	