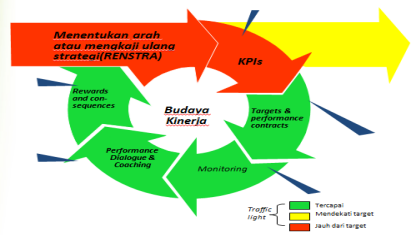


RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2015-2019





RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO
KLATEN

DAFTAR ISI

PENGANTAR 10

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 12

1.2 Tujuan RSB 14

1.3 Dasar Hukum 15

1.4 Sistematika Pelaporan 22

BAB II. ANALISA DATA

2.1 Analisa Non Finansial 24

2.1.1 Data Eksternal 24

2.1.1.1 Aspek Geografi 24

2.1.1.2 Aspek Demografi 25

2.1.1.3 Aspek Sosial 30

2.1.1.4 Aspek Ekonomi 31

2.1.1.5 Aspek Kesehatan 33

2.1.2 Data Kinerja Internal 36

2.1.2.1 Kinerja Pelayanan 36

2.1.2.2 Sumber Daya Manusia 54

2.1.2.3 Kinerja Pendidikan dan Penelitian 59

2.2 Analisa Finansial 67

2.2.1 Pendapatan Pelayanan 67

2.2.2 Analisa Pendapatan 82

BAB III. ARAH DAN PRIORITAS STARTEGIS

3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi dan Tata Nilai 93

3.2 Aspirasi Stakeholder Inti 96

3.3 Tantangan Strategis 104

3.4 Benchmarking 107

3.5 Analisa SWOT 108

3.6 Diagram Kartesius 110
3.7 Analisa TOWS 111
3.8 Sasaran Strategis 113
3.9 Rancangan Peta Strategis Balance Scorecard (BSC) 114

BAB IV. INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) DAN PROGRAM STRATEGIS

4.1 Indeks Kinerja Utama (IKU) 119
4.1.1 Matriks IKU 119
4.1.2 Kamus IKU 122
4.2 Program Strategis 140
4.2.1 Subsistem Pelayanan Kesehatan 142
4.2.2 Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 144
4.2.3 Subsistem Pembiayaan Kesetahan 146
4.2.4 Subsistem Sumber Daya Kesehatan 150
4.2.5 Subsistem Manajemen, Informasi dan Regulasi Kesehatan 163
4.2.6 Subsistem Sarana dan Prasarana 173
4.2.7 Subsistem Alat Kesehatan 178
4.3 Pendidikan Pemberdayaan Masyarakat 179
4.4 Penelitian 182

BAB V. ANALISA DAN MITIGASI RESIKO

5.1 Identifikasi Resiko 188
5.2 Pengukuran Resiko 188
5.3 Penilaian Tingkat / Analisis Resiko 191
5.4 Rencana Mitigasi Resiko 193

BAB VI. PROYEKSI FINANSIAL

6.1 Estimasi Pendapatan RSST 201
6.2 Rencana Kebutuhan Anggaran 203

DAFTAR GAMBAR, GRAFIK DAN TABEL

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Bagan Perencanaan..... 13
Gambar 2. Diagram Perencanaan Program Pelayanan. Pendidikan dan Penelitian oleh Cluster/Tim..... 13
Gambar 3. Diagram Pendekatan Dalam Penyusunan Rencana Strategis RS..... 14
Gambar 4. Strategi Reformasi Birokrasi..... 17
Gambar 5. Peta Kabupaten Klaten..... 24
Gambar 6. Organisasi RSST..... 55
Gambar 7. Posisi Strategis Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten..... 110
Gambar 8. Peta Strategis Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten..... 114
Gambar 9. Matrik Keterkaitan Perencanaan Program dan SIstem Pendukung dengan Unit Kerja di RSST..... 118
Gambar 10. Metodologi Garis Besar Blue Print IT..... 167
Gambar 11. Metodologi dan Posisi Evaluasi IT Master Plan..... 170

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Penduduk Kabupaten Klaten..... 25
Grafik 2. Penduduk Kabupaten Klaten Berdasar Kategori Usia Tahun 2013..... 25
Grafik 3. Kepadatan Penduduk Kabupaten Klaten Per Kecamatan Tahun 2013..... 26
Grafik 4. Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Klaten Tahun 2010..... 27
Grafik 5. Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Klaten Tahun 2013..... 27
Grafik 6. Angka Melek Huruf Kabupaten Klaten Tahun 2012..... 30
Grafik 7. Proporsi Pentahapan Keluarga Sejahtera Kabupaten Klaten Tahun 2012..... 30
Grafik 8. Realisasi Pendapatan Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2008 – 2012..... 31
Grafik 9. PDRB Per Kapita Kabupaten Klaten (Harga Berlaku) Tahun 2011&2012..... 31
Grafik 10. Proporsi PDRB per Kapita Berdasar Lapangan Usaha Tahun 2012..... 32
Grafik 11. PDRB Berdasar Harga Berlaku Tahun 2012 Se Karesidenan Surakarta..... 32
Grafik 12. Kunjungan Rawat Darurat RSST Tahun 2008 - 2014 (sd Triwulan III)..... 36

Grafik 13. Proporsi Kunjungan Rawat Darurat RSST Berdasarkan Tindakan Tahun 2012 37
Grafik 14. Kunjungan Instalasi Rawat Jalan RSST Tahun 2008 -2014 (sd Triwulan III) 38
Grafik 15. Kunjungan Rawat Jalan RSST Per Klinik Tahun 2014 (sd Triwulan III) 39
Grafik 16. Proporsi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasar Jenis Bayar Tahun 2013 40
Grafik 17. Proporsi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasar Jenis Bayar Tahun 2014 (sd Triwulan III) 40
Grafik 18. Proporsi Asal Pasien RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro 2014 (sd Triwulan III) Wialayah Klaten dan sekitarnya 42
Grafik 19. Proposi Asal Pasien RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III) Wilayah Kabupaten Klaten 42
Grafik 20. Distribusi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasarkan Usia, Tahun 2008-2013 43
Grafik 21. Distribusi Penyakit Pasien Rawat Jalan RSST Tahun 2008 – 2013 Usia 45 tahun Keatas 43
Grafik 22. Distribusi Penyakit Pasien Rawat Jalan RSST Tahun 2008 – 2013 Usia >44 Tahun 44
Grafik 23. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan, IGD dan IRNA RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 44
Grafik 24. Volume Pasien Rawat Inap RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 45
Grafik 25. Kapasitas per Ruang Perawatan RSST Tahun 2014 45
Grafik 26. *Bed Occupancy Ratio* RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 46
Grafik 27. BOR per Ruang Perawatan RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III) 46
Grafik 28. *Length of Stay* RSST Tahun 2008 – 2014(sd Triwulan III) 47
Grafik 29. Volume Tindakan Bedah RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 48
Grafik 30. Proporsi Spesialisasi Tindakan Bedah RSST Tahun 2013 48
Grafik 31. Pertumbuhan Volume Tindakan Bedah RSST Tahun 2008 – 2013 49
Grafik 32. Volume Tindakan Bedah RSST Per Kategori Tahun 2008 – 2013 49
Grafik 33. Volume Pemeriksaan Laboratorium RSST Tahun 2008 – 2013 50
Grafik 34. Volume Pemeriksaan Radiologi RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 50
Grafik 35. Proporsi Pemeriksaan Radiologi RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III) 51
Grafik 36. Volume Resep Yang Dikeluarkan dan Ditebus di Instalasi Farmasi RSST Tahun 2008 -2011 51
Grafik 37. Volume Kunjungan Rehabilitasi Medik RSST tahun 2008 – 2014(sd Triwulan III) 52
Grafik 38. Proporsi Tindakan Rehabilitasi Medis RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III) 52
Grafik 39. Volume Tindakan Dialisa RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 53
Grafik 40. Proporsi Profil Pasien Layanan Dialisa RSST Tahun 2011 53

Grafik 41. Proporsi SDM RSST Berdasar Pendidikan....58
Grafik 42. Jumlah Peserta Pelatihan SDM RSST Berdasar Lokasi....60
Grafik 43. Jumlah Peserta Pelatihan Berdasar Jenis Pelatihan Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 61
Grafik 44. Jumlah Peserta Didik RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 61
Grafik 45. Jumlah Peserta PPDS I per Bulan Tahun 2014 (sd Triwulan III)....62
Grafik 46. Jumlah Peserta PPDS I Berdasar SMF Tahun 2014 (sd Triwulan III)....62
Grafik 47. Jumlah Peserta PKL Per Institusi Pendidikan Tahun 2014 (sd Triwulan III)....63
Grafik 48. Jumlah Proporsi peserta PKL Per bulan kedatangan Tahun 2014 (sd Triwulan III)....64
Grafik 49. Jumlah Peserta Magang di RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III) 64
Grafik 50. Proporsi Peneliti Berdasar Institusi Peneliti Tahun 2014 (sd Triwulan III) 66
Grafik 51. Pendapatan Diklit Tahun 2008 – 2013....67
Grafik 52. Pendapatan Poliklinik Spesialis Bedah Tahun 2008 – 2013....67
Grafik 53. Pendapatan Poliklinik Spesialis Obgyn Tahun 2008 – 2013....68
Grafik 54. Pendapatan Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam Tahun 2008 – 2013....68
Grafik 55. Pendapatan Poliklinik Spesialis Anak Tahun 2008 – 2013....69
Grafik 56. Pendapatan Poliklinik Spesialis THT Tahun 2008 – 2013....69
Grafik 57. Pendapatan Poliklinik Spesialis Mata Tahun 2008 – 2013....70
Grafik 58. Pendapatan Poliklinik Spesialis Syaraf Tahun 2008 – 2013....70
Grafik 59. Pendapatan Poliklinik Spesialis Kulit & Kelamin Tahun 2008 – 2013....71
Grafik 60. Pendapatan Poliklinik Spesialis Paru Tahun 2008 – 2013....71
Grafik 61. Pendapatan Poliklinik Spesialis Jantung Tahun 2008 – 2013....72
Grafik 62. Pendapatan Poliklinik Psikologi Tahun 2008 – 2013....72
Grafik 63. Pendapatan Poliklinik Triase Tahun 2008 – 2013....73
Grafik 64. Pendapatan Poliklinik Gigi & Mulut Tahun 2008 – 2013....73
Grafik 65. Pendapatan Poliklinik Gizi Tahun 2008 -2013....74

Grafik 66. Pendapatan Poliklinik Spesialis Bedah Mulut Tahun 2008 – 2013.....74
Grafik 67. Pendapatan Poliklinik Spesialis Orthopedi Tahun 2008 – 2013.....75
Grafik 68. Pendapatan Poliklinik Psikiatri Tahun 2008 – 2013.....75
Grafik 69. Pendapatan Poliklinik Rosela* Tahun 2008 – 2013.....76
Grafik 70. Pendapatan Poliklinik Bedah Urologi Tahun 2010 – 2013.....76
Grafik 71. Pendapatan Poliklinik Bedah Syaraf Tahun 2011 – 2013.....77
Grafik 72. Pendapatan Instalasi Rehab Medik Tahun 2008 – 2013.....77
Grafik 73. Pendapatan Poliklinik Cendana Tahun 2008 – 2013.....78
Grafik 74. Jenis Pendapatan Layanan Rawat Jalan.....78
Grafik 75. Pendapatan Karcis Rawat Jalan (2008 – 2013).....79
Grafik 76. Pendapatan Konsul & Periksa Rawat Jalan (2008 – 2013).....79
Grafik 77. Pendapatan Tindakan Medis Rawat Jalan (2008 – 2013).....80
Grafik 78. Pendapatan Penunjang Rawat Jalan (2008 – 2013).....80
Grafik 79. Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2010 – April 2014.....81
Grafik 80. Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2010 – April 2014.....82
Grafik 81. Realisasi Belanja APBN Tahun 2010 – April 2014.....83
Grafik 82. Realisasi Belanja PNBP Tahun 2010 – April 2014.....84
Grafik 83. Rasio Lancar Tahun 2010 – April 2014.....86
Grafik 84. Target Rasio Kas Tahun 2010 – April 2014.....87
Grafik 85. Penagihan Piutang Tahun 2008 – April 2014.....88
Grafik 86. Perputaran Persediaan Tahun 2008 – April 2014.....88
Grafik 87. Imbalan Investasi Tahun 2010 – April 2014.....89
Grafik 88. Perputaran Total Asset Tahun 2010 – April 2014.....90
Grafik 89. Rasio Modal Sendiri terhadap Total Asset Tahun 2010 – April 2014.....91
Grafik 90. Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan RSST 2014 – 2025.....148

Grafik 91. Proyeksi Pendapatan Rawat Jalan Berdasarkan Cara Bayar RSST 2014 – 2025 149
Grafik 92 Proyeksi Pendapatan Rawat Jalan RSST 2014 – 2025 149
Grafik 93. Proyeksi Kunjungan Rawat Inap RSST 2014 – 2025 150
Grafik 94. Proyeksi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Cara Pembayaran 150

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sarana Kesehatan Kabupaten Klaten Tahun 2008 – 2012 33
Tabel 2. Tenaga Kesehatan 34
Tabel 3. Kasus Penyakit Terbanyak di Instalasi Rawat Jalan Tahun 2014 (sd Triwulan III) 41
Tabel 4. Kasus Penyakit Terbanyak di Instalasi Rawat Inap RSST Tahun 2013 47
Tabel 5. SDM RSST Berdasar Jenis Ketenagaan dan Status Kepegawaian Tahun 2013 56
Tabel 6. Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2010 – April 2014 81
Tabel 7. Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2010 – April 2014 82
Tabel 8. Pagu dan Realisasi Belanja (total), selama 5 tahun (2010-April 2014) 82
Tabel 9. Realisasi Belanja APBN Tahun 2010 – April 2014 83
Tabel 10. Realisasi Belanja PNBP Tahun 2010 – April 2014 83
Tabel 11. Mutasi Asset Selama 5 tahun 85
Tabel 12. Rasio Lancar Tahun 2010 – April 2014 86
Tabel 13. Rasio Kas Tahun 2010 – April 2014 87
Tabel 14. Periode Penagihan Piutang Tahun 2008 – April 2014 87
Tabel 15. Perputaran Persediaan Tahun 2008 – April 2014 88
Tabel 16. Imbalan Investasi Tahun 2010 – April 2014 89
Tabel 17. Perputaran Total Asset Tahun 2010 – April 2014 90
Tabel 18. Rasio Modal Sendiri terhadap Total Asset Tahun 2010 – April 2014 91
Tabel 19. Pencapaian Kinerja Pengelolaan Keuangan tahun 2009 – 2013 91
Tabel 20a. Isu Strategis RSST 2014 104
Tabel 20b. Tantangan Strategis RSST 2014 106

Tabel 21. Benchmarking RS dengan Layanan Geriatri..... 107
Tabel 22. Analisa SWOT..... 109
Tabel 23. Analisa TOWS membentuk Upaya – upaya strategis..... 112
Tabel 24. Sasaran Strategis RSB RSST 2015 – 2019..... 113
Tabel 25. Pasar Cakupan dan Non Cakupan RSST..... 143
Tabel 26. Kegiatan dan Indikator Program Penataan Manajemen SDM Aparatur..... 154
Tabel 27. Rekapitulasi Pemenuhan SDM Tenaga Medis Berdasarkan PMK 340 / 2010 Yang Menunjukkan Gap Antara SDM Sesuai Standar Kelas A dengan Kondisi RSST Saat Ini..... 155
Tabel 28. Program Strategis
Tabel 29. Register Resiko RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten 2014..... 189
Tabel 30. Matrik risiko untuk menentukan tingkat risiko..... 191
Tabel 31. Probability / Likelihood..... 191
Tabel 32. Posisi Berbagai Risiko Dalam Matrik..... 192
Tabel 33. Diagram Risk Mapping..... 193
Tabel 34. Rencana Mitigasi Risiko..... 194
Tabel 35. Estimasi Pendapatan RSST..... 201
Tabel 36. Estimasi Pendapatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2014 sampai dengan tahun 2019..... 202
Tabel 37. Estimasi Anggaran Operasional di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2014 sampai dengan tahun 2019..... 203
Tabel 38. Estimasi Anggaran Program Pengembangan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2014 sampai dengan tahun 2019..... 204

KATA PENGANTAR



RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten telah ditetapkan sebagai rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) terhitung sejak tanggal 21 Juni 2007 yang didasarkan pada Keputusan Menteri Keuangan Nomor 273 / KMK 05 / 2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756 / Menkes / SK / VI / 2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai RS Pola Pengelolaan Keuangan BLU. Sebagai sebuah rumah sakit yang mengedepankan kualitas pelayanan, maka RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dituntut untuk mampu menyusun rencana kegiatan tahunannya secara sistematis, akurat dan akuntabel.

Selanjutnya guna melaksanakan ketentuan PP Nomor 47 Tahun 2009 Tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara, PP No. 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, Permenkes Nomor 1144/MENKES/PER/VII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-54/PB/2013 Tentang Penilaian Kinerja Satuan Kerja BLU Bidang Layanan Kesehatan, Keputusan Dirjen BUK Nomor HK.02.04/I/568/12 Tentang Kontrak Kinerja serta Surat Edaran Dirjen BUK Nomor HK.03.03/I/1032/2014 tentang RSB UPT Vertikal maka disusunlah Rencana Stratejik Bisnis (RSB) RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2015 - 2019.

Dokumen RSB ini berisi sasaran, strategi, kebijakan, program, target kinerja dan anggaran rumah sakit yang merupakan rencana jangka menengah (lima tahunan). Penjabaran RSB tersebut dituangkan dalam Rencana Bisnis & Anggaran (RBA). Berdasarkan RBA akan diajukan dan disetujui anggaran yang dibutuhkan untuk membiayai rencana kinerja dan sebagai panduan serta pegangan unit kerja dalam melakukan kegiatan.

Terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu hingga tersusunnya RSB tahun 2015 - 2019 ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin

Klaten,
Direktur Utama,

dr. Alida Lienawati, M. Kes (MMR)
NIP. 195804301989032001



BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang



Rencana Jangka Menengah adalah Rencana Strategis (Renstra), yang usianya antara tiga hingga lima tahun. Renstra ini akan menjadi dasar untuk penetapan *Master Plan* yang lebih jangka panjang. Renstra (*Strategic Planning*) merupakan sebuah alat manajemen yang menentukan ke mana sebuah organisasi akan menuju dalam beberapa tahun kedepan, bagaimana cara menuju ke arah tersebut dan bagaimana kajian terhadap pencapaiannya, menjabarkan visi dan misi organisasi serta langkah-langkah strategis dalam usaha mencapai harapan dan impian sebuah organisasi. Dalam sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), perencanaan strategis merupakan langkah awal yang harus ditempuh oleh setiap Instansi Pemerintah dalam menjawab tuntutan lingkungan yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang diemban. Perencanaan strategis memiliki peran yang sangat penting untuk menuntun Instansi Pemerintah dalam memberikan kontribusi bagi upaya mewujudkan cita-cita bangsa dan negara sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, dengan mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang dikuasakan penggunaannya. Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara (LAN) Nomor 239/IX/6/8/2003 menyebutkan bahwa perencanaan stratejik merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun secara sistematis dan berkesinambungan, dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau yang mungkin timbul.

Renstra menggambarkan keputusan organisasi tentang arah dan prioritas strategis organisasi yang diperlukan guna memampukannya dalam mencapai target kinerja yang berkelanjutan (Allison, 2005). Renstra dibutuhkan oleh organisasi publik mengingat : 1) Lingkungan eksternal organisasi berubah setiap saat : tuntutan stakeholders inti organisasi dapat berubah setiap saat dan bisa menjadi saling berlawanan, 2) Lingkungan internal organisasi sebagai akibat dari butir 1) dapat memiliki penurunan kemampuan inti organisasi, 3) Organisasi memiliki keterbatasan sumber daya (finansial dan non finansial).

Dalam rangka memenuhi prinsip-prinsip tata kelola organisasi modern (*good governance*) dan menunjang inisiatif strategis transformasi kelembagaan pemerintah, maka RSB Satuan Kerja Unit (Satker UPT Vertikal) yang memuat arah dan kebijakan untuk lima tahun kedepan, yang disusun oleh sebuah tim dengan melibatkan seluruh manajemen puncak. Dalam buku Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis bagi Satuan Kerja UPT di lingkungan Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014) ditentukan bahwa RSB memiliki langkah-langkah : penetapan visi dan misi, analisis situasi, perumusan program strategis, perumusan manajemen resiko, proyeksi finansial, dan pengesahan oleh pimpinan puncak, dimana untuk menghasilkan RSB yang dapat terimplementasi dengan baik, maka pimpinan UPT harus mampu menjalankan secar

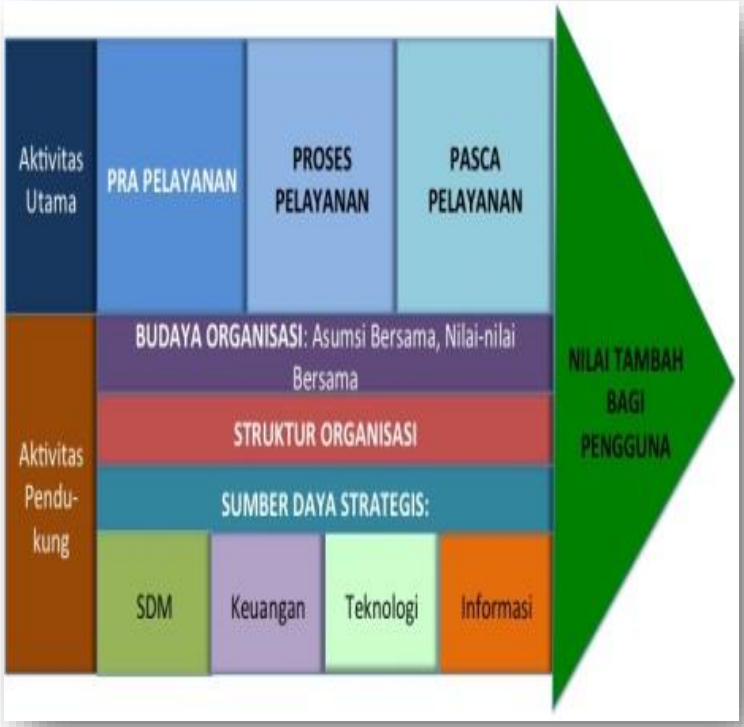
disiplin 5 (lima) langkah berikut : 1) Penetapan kinerja dengan Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan; 2) Kontrak kinerja

internal; 3) Monitoring pencapaian kinerja; 4) Dialog kinerja; 5) *Reward and concequences* harus dijalankan.

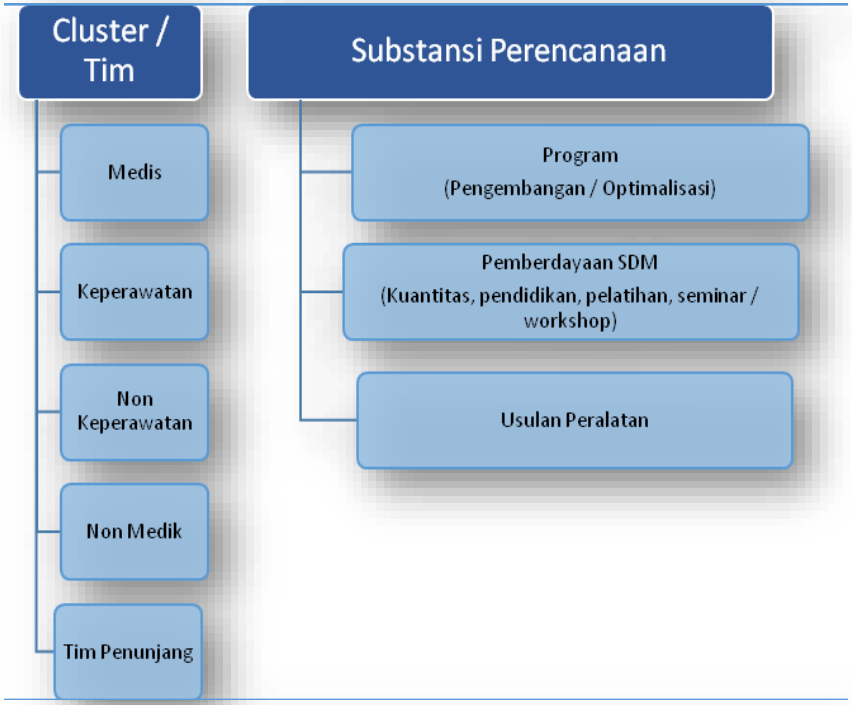
Perubahan kondisi lingkungan dan kebijakan pemerintah dengan tuntutan masyarakat yang dinamis membutuhkan perencanaan yang terpadu dan bertahap dengan pendekatan sebagai mana terlihat pada *gambar 1.*

Untuk mengawali penggalian masukan berbagai aktivitas pelayanan maka penyusunan Renstra 2015 – 2019 ini dilaksanakan sekaligus sebagai bagian dari kajian Rencana Induk/*Review Master Plan* RSST 2003 – 2028. Aktivitas pelayanan diperoleh dari dialog-dialog dengan menggunakan skema seperti terlihat dalam *gambar 2*

Gambar 1. Bagan Perencanaan

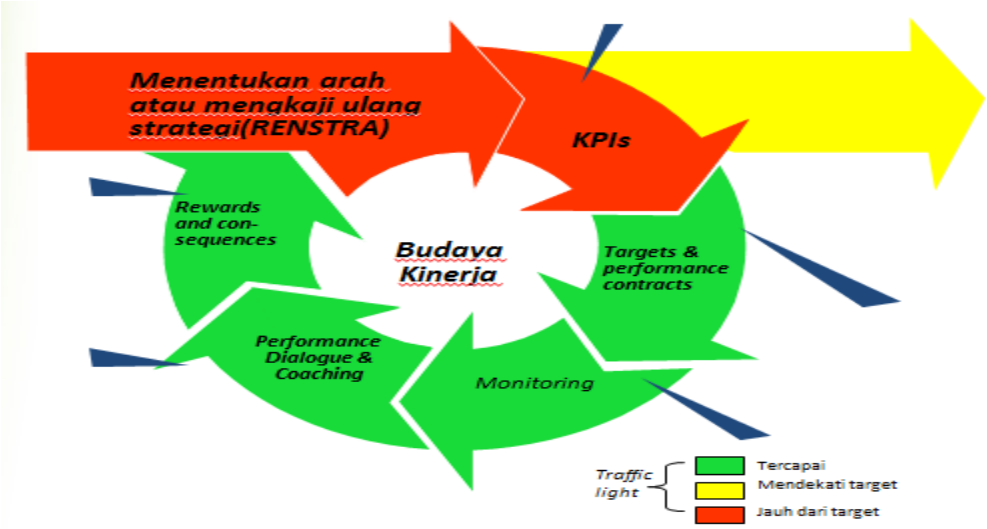


Gambar 2. Diagram Perencanaan Program Pelayanan. Pendidikan dan Penelitian oleh Cluster/Tim



1.2. Tujuan RSB

- Rencana Strategis Bisnis ini dimaksudkan sebagai acuan bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam menentukan langkah – langkah strategis untuk mencapai visi serta memenuhi prinsip – prinsip tata kelola organisasi yang modern. RSB ini akan merupakan salah satu perangkat strategis bagi pimpinan RSST dalam memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, berbagai satuan kerja serta mitra kerja untuk bergerak searah dan bersinergis menuju tujuan-tujuan organisasi. RSB ini akan bertindak sebagai kompas yang membantu pengambilan keputusan di berbagai tingkatan organsasi rumah sakit untuk mengetahui kapan "bertahan di jalur" dan kapan perlu mengubah strategi organisasi dalam menghadapi tuntutan *stakeholder* kunci organisasi.
- RSB ini bagi RSST juga perupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakehoder* kunci, dan sekaligus sebagai bentuk tanggung jawab utama pimpinan RSST terhadap pemenuhan kepentingan para *stakeholder* tersebut.
- Untuk menyesuaikan dengan Rencana Strategis Bisnis Kementerian Kesehatan RI, maka Pimpinan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menentukan kebijakan untuk segera menyusun RSB untuk periode tahun 2015 – 2019. Melalui panitia yang dibentuk, maka tugas penyusunan dokumen dijalankan dengan melibatkan semua perwakilan unit kerja manajerial structural dan fungsional di rumah sakit. Penyusunan RSB ini terasa istimewa karena diinisiasi proses pengkajian Rencana Induk / Review Master Plan rumah sakit 2003 – 2028, yang dikerjakan secara mandiri proses penyusunan analisa data hingga master programnya.



Gambar 3. Diagram Pendekatan Dalam Penyusunan Rencana Strategis RS

1.3 Dasar Hukum



Dasar Hukum dalam penyusunan RBS RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah :

- Undang – undang Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia
- Undang-Undang Rumah Sakit No. 44/2009 Pasal 29 ayat (1) huruf *r* menyatakan bahwa "Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*)"
- Undang – Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
- Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 Tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 Tentang Organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
- Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 74 / 2012 Tentang Pengelolaan keuangan BLU.
- Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor PER-54/PB/2013 Tentang Penilaian Kinerja satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
- Keputusan Dirjen BUK Nomor HK.02.04/I/568/12 Tentang Kontrak Kinerja
- Surat Edaran Dirjen Bina Upaya Kesehatan Nomor HK. 03.03/I/1032/2014 tentang RSB UPT Vertikal
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 tahun 2014 Tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2013Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis Dan Anggaran Badan Layanan Umum Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil Pada Satuan Kerja Kementerian Kesehatan Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

Di usianya yang ke 86 tahun RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dihadapkan pada perubahan lingkungan, perubahan - perubahan kebijakan pemerintah, dan kristalisasi nilai-nilai luhur di dalam sejarah kejuangan dan kinerja pelayanan rumah sakit, diantaranya adalah:

- Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Sebagai konsekuensinya, dalam perencanaan program/rencana strategik dan pelayanan rumah sakit harus sejalan

dengan visi, misi dan rencana strategik Kementerian Kesehatan RI yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional bagian III tahun 2015-2019 (dalam bidang Pembangunan Sosial Budaya dan Kehidupan Beragama), yaitu "Masyarakat Sehat Yang Berkeadilan", yang mengandung arti : Masyarakat yang hidup sehat, produktif dan berkualitas, dalam lingkungan yang sehat dan mempunyai akses pada pelayanan kesehatan yang bermutu.

Adapun isu Strategis RPJMN 2015 – 2019 meliputi :

- Peningkatan Status Kesehatan ibu, bayi, balita, remaja dan lansia.
- Perbaikan status gizi masyarakat.
- Pengendalian beban ganda penyakit dan penyehatan lingkungan.
- Pemenuhan ketersediaan farmasi, alat kesehatan, dan pengawasan obat dan makanan.
- Peningkatan Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

- Pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Pemenuhan sumber daya manusia kesehatan.
- Penguatan Manajemen dan sistem informasi berbasis IT
- Peningkatan efisiensi Pembiayaan Kesehatan.
- Peningkatan akses pelayanan dasar yang berkualitas.
- Peningkatan akses pelayanan rujukan yang berkualitas.

Dalam peringatan Hari Kesehatan Nasonal ke 50 di tahun 2014 telah disampaikan oleh Ibu Meneteri Kesehatan tentang perlunya seluruh pelaku layanan kesehatan pemerintah bekerja , dengan pelayanan cepat, tanggap dan transparan, guna mewujudkan Indonesia yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong sebagai ciri kepribadian bangsa.

- Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang tenaganya multi disiplin sarat dengan sumber daya baik dana dan teknologi yang kompleks, sehingga tidak menutup kemungkinan adanya konflik antar pihak yang berkepentingan baik antara *stakeholder* dengan pemberi pelayanan, antara pemilik dengan pengelola maupun antara pengelola dengan stafnya. Perubahan Paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomi, maka rumah sakit dapat dijadikan sebagai subyek hukum.

  Meningkatnya kesadaran serta kepekaan hukum masyarakat akhir-akhir ini, mendorong timbulnya tuntutan hukum terhadap rumah sakit, sehingga adanya (*Hospital Bylaws*) sebagai aturan tertulis di rumah sakit akan menjadi acuan tertulis yang sangat penting. Selain itu juga sebagai aturan tertulis untuk menyelenggarakan tata kelola *(clinical governance)* yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Secara umum, Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, yang telah ditetapkan oleh Direktur Jendral BUK Kementerian RI di tahun 2013 adalah merupakan peraturan dasar yang bertujuan mengatur Pemilik (Kementerian Kesehatan) melalui perwakilannya (Dewan Pengawas), Direksi Rumah Sakit (selaku pengelola), dan seluruh staf yang bekerja dirumah sakit, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas. Sedangkan secara khusus, dengan adanya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) tersebut, diharapkan dapat dipakai sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan Staf Medis. Adapun manfaat dari Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws)*, sebagai acuan Pemilik (Dewan Pengawas) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam melakukan pengawasan diantaranya adalah ; 1) Sebagai acuan bagi Direktur Utama dan para Direktur (Direksi) dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional; 2) Sebagai acuan dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik; 3) Sebagai sarana menjamin efektifitas, efisien, mutu dan keselamatan pasien; 4) Sebagai sarana dalam perlindungan hukum; 5) Sebagai acuan penyelesaian konflik; 6) Sebagai persyaratan Badan Layanan Umum; 7) serta sebagai persyaratan dalam akreditasi.

Strategi Reformasi Birokrasi Nasional telah dicanangkan secara skematis sbb :

Gambar 4. Strategi Reformasi Birokrasi.



- Undang-undang no 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara telah memberikan koridor baru kepada jajaran Kesehatan untuk menerapkan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel dengan menonjolkan produktivitas, efisiensi, dan efektivitas dengan sebutan umum sebagai satuan kerja Badan Layanan Umum (BLU). Dengan pola PK BLU, fleksibilitas diberikan dalam rangka pelaksanaan anggaran, termasuk pengelolaan pendapatan dan belanja, pengelolaan kas, dan pengelolaan aset, dalam praktek bisnis yang sehat. Kepada BLU juga diberikan kesempatan untuk mempekerjakan tenaga profesional non PNS sesuai dengan Renstra Bisnis, Pola tata kelola, dan Standar Minimal serta kesempatan pemberian imbalan jasa kepada pegawai sesuai kontribusinya. BLU bidang kesehatan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan meningkatkan akses masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan.

- Berdasarkan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 tentang BUMN dan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, maka pada tanggal 21 Juli 2007 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 273/KMK.05/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum maka RSST beralih status menjadi Instansi Pemerintah di bawah Kementerian Kesehatan RI PPK-BLU. Selanjutnya maka pengelolaannya menekankan pada prinsip memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola pengelolaan keuangan ini memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya. Untuk itu RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro membutuhkan pengelolaan keuangan dengan perencanaan yang matang, pelaporan yang benar berdasarkan SAK dan SAP. Berbagai upaya harus dilakukan untuk meraih opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dalam pengelolaan keuangan rumah sakit. Adapun langkah-langkah untuk mendapatkan opini WTP adalah penguatan perencanaan dan penganggaran; penerbitan pengelolaan kas, sistem pembukuan/akuntansi; peningkatan kualitas proses pengadaan barang/jasa; peningkatan pengawasan penggunaan Bagan Akun Standar (BAS); penataan rekening; dan peningkatan pelaksanaan dan pengawasan stok opname dan Sistem Informasi Manajemen Akuntansi Keuangan Barang Milik Negara (SIMAK BMN). Laporan Kinerja sebagai rumah sakit BLU sesuai dengan *Balanced Scorecard* (BSC) dengan menentukan Perspektif Peta Strategi, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja Utama, dan melaksanakan penilaian kinerja keuangan BLU.



- Berdasarkan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka telah dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai ketetapan UU Nomor 24 tahun 2011 yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Selanjutnya Pasal 24 Ayat 3 menetapkan bahwa BPJS harus mengembangkan Sistem pelayanan kesehatan; Sistem kendali mutu pelayanan; Sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas jaminan kesehatan dan pada tanggal 1 Januari 2014, pelayanan kesehatan era Jaminan Kesehatan Nasional dimulai

- Berdasarkan Perpres 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, maka pada Pasal 42 terdapat pengaturan tentang sistem kendali mutu, sehingga RSST wajib memenuhi standar mutu fasilitas kessehatan (input) dan memastikan proses pelayanan sesuai standar (proses), serta memantau luaran kesehatan peserta (output). Sebagai standard input adalah : Standar Perizinan RS (Permenkes 147/2010) Izin pendirian & Izin operasional, Standar Klasifikasi Kelas RS (Kepmenkes 340/2010), dan Klasifikasi dan Standar RS Pendidikan (Kepmenkes 1069 tahun 2008 yang sedang dalam proses revisi dengan telah diterbitkannya UU Nomor 23 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.

- Berdasarkan Perpres 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 39 mengatur tentang sistem pembayaran maka sistem pembayaran pada Faskes tingkat 1 dengan sistem kapitasi, sedangkan di Faskes tingkat lanjutan dengan sistem INA-CBGs. Pembayaran ke faskes rujukan berdasar cara INA-CBG (*Indonesian Case Based Groups*), dan Menteri menetapkan standar tarif berdasarkan Permenkes 69 tahun 2013 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN. Adapun besaran pembayaran berdasarkan kesepakatan BPJS dengan asosiasi faskes di wilayah tsb mengacu standar tarif yang ditetapkan Menteri, dan akan ditinjau setiap 2 tahun oleh Menteri Kesehatan (berkoordinasi dengan Menteri Keuangan). Kendali biaya dilakukan melalui penetapan standar yang terdiri : Input (Fornas, eCatalog, Remunerasi); Proses (Pedoman Pelayanan Kesehatan yang di buat oleh Rumah Sakit); dan Output (Standar Tarif Permenkes 69). Portabilitas di era JKN menjadi isu penting, dan sistem rujukan kesehatan menjadi hal yang sangat mutlak dipersiapkan oleh manajemen RSST.

- Manajemen risiko menurut *The Joint Commission On Acreditation Of Healthcare Organizations* adalah aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh RS untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, pengunjung dan institusi RS. Manajemen risiko dapat digambarkan sebagai proses berkelanjutan dari identifikasi secara sistemik, evaluasi dan penatalaksanaan risiko dengan tujuan mengurangi dampak buruk bagi organisasi maupun individu. RSST perlu menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko; meningkatkan

peran RS dan manajemen dalam mencegah *error* dengan cara mengembangkan sistem yang selain bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan juga menjamin bahwa setiap upaya, prosedur dan sistem pelayanan yang dilakukan aman untuk pasien, petugas dan lingkungan (SPO, *clinical practice guidelines*, *clinical pathway* dll); meningkatkan peran staf RS agar terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan kesehatan di RS untuk mampu mengenali, mengidentifikasi dan menganalisis kejadian *medical error* dan melakukan upaya yang adekuat untuk mengatasi *error* yang sudah terlanjur terjadi; serta setiap staf RS harus menyadari bahwa mereka adalah bagian dari tim yang bekerja dalam satu sistem.

- Ditetapkannya RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit bagi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada per tanggal 18 April 2013 dengan nomor HK.02.03/I/0700/2013, maka RSST menjadi rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Mengacu Pasal 13 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran maka selanjutnya penetapan rumah sakit menjadi Rumah Sakit Pendidikan harus selalu memenuhi persyaratan dan standar, antara lain sebagai berikut: mempunyai Dosen dengan kualifikasi Dokter dan/atau Dokter Gigi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan; memiliki teknologi kedokteran dan/atau kedokteran gigi yang sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran; mempunyai program penelitian secara rutin; dan persyaratan lain sesuai ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

- Sebagaimana ditetapkan dalam kebijakan Surat Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan mengenai Rumah Sakit dr. Soeradji Tirtonegoro yang telah menjalankan fungsinya sebagai Rumah Sakit Pendidikan, maka pada bulan November 2013 manajemen RSST diminta mempersiapkan upaya meningkatkan kelas menjadi Rumah Sakit Kelas A. Terkait dengan Undang-undang Otonomi Daerah Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka di akhir tahun 2013 ini manajemen RSST telah melakukan langkah-langkah persiapan. Mengacu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit maka terdapat pengelompokan kelas Rumah Sakit berdasarkan fasilitas (alat kesehatan, sarana prasarana), dan kemampuan pelayanan (jenis, SDM dan administrasi). Setiap rumah sakit wajib mendapatkan penetapan kelas dari Menteri, sebagaimana diamanatkan dalam UU No 147 Tahun 2010 tentang Perizinan Rumah Sakit.

- Pasal 3 UU Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara mengamanatkan bahwa ASN sebagai profesi berlandaskan pada prinsip : nilai dasar; kode etik dan kode perilaku, komitmen, integritas moral, dan tanggung jawab; pelayanan publik; kompetensi yang diperlukan sesuai dengan bidang tugas; kualifikasi akademik; menciptakan lingkungan nondiskriminatif; dan profesionalitas jabatan.



- Secara geografis letak rumah sakit berada di wilayah *supermarket* bencana, sehingga rumah sakit harus siap dengan sumber daya manusia dan semua sarana prasarana penyiagaan bencana (*Hospital Disaster Plan*) serta Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Selain dari pada itu, kemampuan seluruh karyawan rumah sakit dan karyawan mitra yang bekerja di rumah sakit perlu memiliki kemampuan dalam memberikan penanganan pertama dalam Bantuan Hidup Dasar. Program K3, PPI, Keselamatan Pasien, dan upaya-upaya dalam Kepuasan Pelanggan harus selalu dikedepankan.

- RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten telah ditetapkan sebagai Cagar Budaya oleh Balai Pelestarian Jawa Tengah melalui Surat Keterangan Cagar Budaya dengan Nomor Inventarisasi Cagar Budaya 11-10/Kla/TB/78 dan dinyatakan sebagai bangunan Kolonial. Nilai penting yang terkandung dalam penetapan ini antara lain bahwa RSST memiliki keterkaitan sejarah dimana turut berperan penting dalam sejarah masa kolonial di Klaten dalam kaitannya dengan perkebunan dan pertanian serta peranannya dalam kesejahteraan sosial. Di samping itu menjadi kesinambungan fungsi rumah sakit sejak berdiri hingga sekarang memberikan nilai khusus; peran dalam pendidikan karena hingga saat ini tetap digunakan sebagai rumah sakit pendidikan; peran dalam bidang Agama/Kebudayaan karena mencerminkan terjadinya perubahan budaya, khususnya di bidang kesehatan masyarakat secara modern dan sistematis di Klaten. Sebagai bangunan bernilai cagar budaya RSST memiliki ancaman karena proses alam dan aktivitas manusia seperti misalnya penambahan dan atau pengurangan komponen bangunan sebagai dampak dari perubahan fungsi bangunan baik sebagian (parsial) maupun keseluruhan.

- Untuk itulah diharapkan semua karyawan RSST memiliki kebanggaan khusus terhadap nilai sejarah bangunan, peran dan fungsi rumah sakit dalam sejarah pelayanan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan, khususnya tenaga dokter Fakultas Kedokteran UGM. Dan dengan menyandang nama salah satu pendiri organisasi modern pertama di Indonesia " Boedi Oetomo " maka sudah seharusnyalah seluruh staf RS merasa bangga dan berkomitmen mengemban nilai - nilai luhur Boedi Oetomo dan keteladanan almarhum dr. Soeradji Tirtonegoro, dan mengedepankan Keyakinan Dasar dan Nilai-nilai Dasar organisasi.

- Terdapat banyak peraturan perundangan dan kebijakan di dalam pengelolaan sarana prasarana dan peralatan di rumah sakit. Diantaranya, dalam rangka mendukung UU nomor 36 tentang Kesehatan dan UU Nomor 44 tentang Rumah Sakit, maka diperlukan penyelenggaraan fasilitas fisik RS yang memenuhi standar aman. Untuk itulah Kementerian Kesehatan yang telah menyiapkan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK) di bidang bangunan, prasarana, dan peralatan di RS, termasuk berbagai peraturan perundangan dan pedoman perencanaan RS yang meliputi : Pedoman Studi Kelayakan RS, Pedoman Master Plan RS, Pedoman Tekhnis Bangunan dan Prasarana RS sesuai kelasnya, harus diindahkan.

1.4 Sistematika Pelaporan



Dengan mengacu proses penyusunan dokumen RSB sebagaimana telah disebutkan di atas, maka dilaksanakanlah langkah - langkah yang menghasilkan sistematika dokumen sebagai berikut :

Bab I. Pendahuluan

- Bab ini terdiri atas empat sub bab, dimana Sub Bab Pendahuluan memuat pengertian, pemahaman mengenai apa yang dimaksud dengan Rencana Strategis Bisnis UPT Vertikal Kementerian Kesehatan di masa kini dan mendatang. Selanjutnya terdapat sub Bab Tujuan yang memuat alasan dan manfaat dari penyusunan dokumen RSB ini. Sub Bab berikutmya memuat landasan hukum dan berbagai azas yang menjadi pijakan kinerja organisasi RSST. Sub Bab mengenai sistematika pelaporan mengakhiri Bab I.

Bab II. Gambaran Kinerja Saat ini

- Bab ini meliputi pencatatan data dan analisa atas kinerja Non Finansial dan Finansial RSST, disertai pemaparan data Demografi Kabupaten Klaten. Kinerja Non Finansial RSST mencakup data kinerja Instalasi pelaku Pelayanan Klinis, kinerja Pendidikan dan Penelitian, Kinerja Mutu RS, dan gambaran SDM RS. Bab ini dilengkapi dengan penggambaran data dalam bentuk tabel, gambar, maupun grafik, untuk kurun waktu 2008 – 2013. Beberapa data dapat dipaparkan hingga semester pertama tahun 2014.

Bab III. Arah dan prioritas Strategis

- Pada Bab ini dibahas dasar-dasar pijakan menentukan Visi, Misi, Keyakinan Dasar dan Nilai Dasar RSST untuk periode RSB ini. Selanjutnya dirangkum aspirasi *stakeholder* dalam penggambaran tantangan strategis yang kemudian dilakukan analisa SWOT, diagram Kartesius, dan analisa TOWS untuk menghasilkan penetapan pilihan sasaran strategis berdasarkan aspirasi *stakeholder*. Berdasarkan upaya-upaya strategis yang terindetifikasi tersebut selanjutnya dibuatlah Peta Strategis yang berbasis *Balance Scorecard*.

Bab IV. Indikator Kinerja Utama dan Program Kerja Strategis

- Bab ini menjelaskan ukuran kinerja utama dan target ukuran kinerja tersebut dalam kamus indikator. Selanjutnya dirangkum upaya konkrit yang strategis dalam bentuk Program Strategis untuk kurun waktu RSB.

Bab V. Analisa dan Mitigasi Resiko

- Bab mitigasi resiko ini memuat resiko yang teridentifikasi atas penetapan sasaran strategis. Selanjutnya dilakukan penilaian tingkat resiko dan menemukan mitigasi atas temuan resiko-resiko tersebut.

Bab VI. Proyeksi Finansial

- Bagian ini menjelaskan proyeksi finansial dalam kurun waktu lima tahun RSB 2015 – 2019. Diawali dengan kaidah yang berlaku sebagai Institusi pelayanan PPK BLU pada era JKN, maka proyeksi keuangan dihitung dari proyeksi Pendapatan RSST berasal dari pendapatan usaha dan pendapatan non usaha. Selanjutnya dilakukan proyeksi biaya operasional, dan dilakukan analisa terhadap selisih ke dua proyeksi tersebut. Adapun dokumentasi mengenai Rencana Pendanaan belum dapat dilakukan.



BAB II
ANALIS DATA

2.1 Analisa Non Finansial

2.1.1 Data Eksternal

2.1.1.1. Aspek Geografi

- Kabupaten Klaten merupakan salah satu kabupaten yang masuk di wilayah Karesidenan Surakarta. Kabupaten ini terletak di 110° 26' 14 " - 110° 47' 51" Bujur Timur dan 7° 32' 19" - 7°48' 33" Lintang Selatan. Kabupaten Klaten berbatasan dengan :
- Sebelah utara : Kabupaten Boyolali
- Sebelah timur : Kabupaten Sukoharjo
- Sebelah selatan : Kabupaten Gunung Kidul
- Sebelah barat : Kabupaten Sleman

- Jarak Kabupaten Klaten ke wilayah lain se Karesidenan Surakarta :
- Ke Kabupaten Boyolali : 38 km
- Ke Kabupaten Wonogiri : 67 km
- Ke Kota Solo : 36 km
- Ke Kabupaten Karanganyar : 49 km
- Ke Kabupaten Sukoharjo : 47 km
- Ke Kabupaten Sragen : 63 km

Gambar 5. Peta Kabupaten Klaten



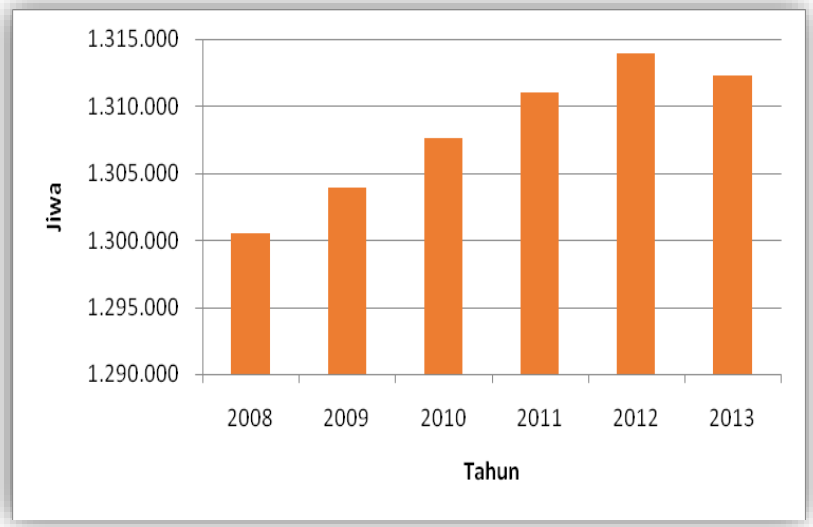
Sumber : KPDE Kabupaten Klaten

2.1.1.2. Aspek Demografi

Penduduk Kabupaten Klaten sebanyak 1,312,230 jiwa dengan pertumbuhan rata-rata dalam 5 tahun terakhir ini sebesar 0.3%. Penduduk ini tersebar ke dalam 26 kecamatan yang ada di Kabupaten Klaten. Proporsi penduduk berjenis kelamin laki-laki sebesar 49% dan penduduk berjenis kelamin perempuan sebesar 51%, dimana dari 100 penduduk laki-laki terdapat 99 penduduk perempuan.

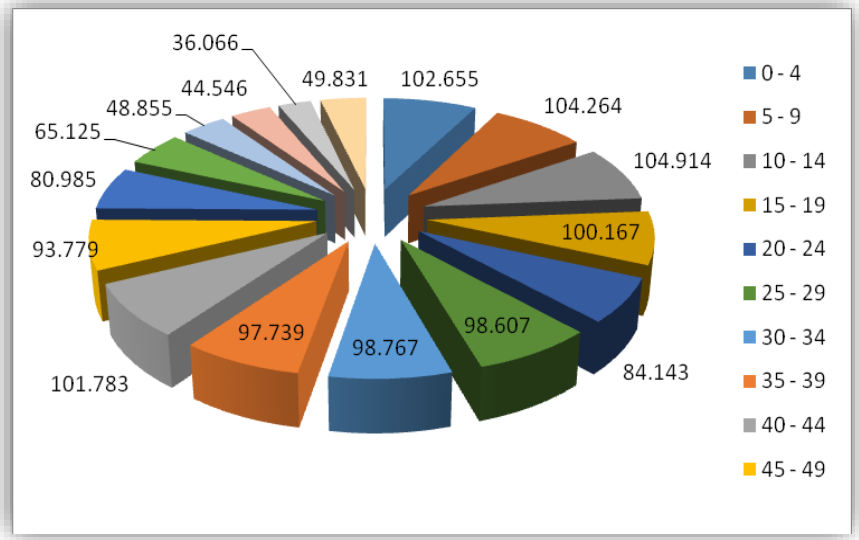
Penduduk Kabupaten Klaten lebih banyak didominasi oleh penduduk usia produktif sebesar 66% yang harus menanggung penduduk usia non produktis muda sebesar 24% dan penduduk usia non produktif tua sebesar 10%.

Grafik 1. Penduduk Kabupaten Klaten



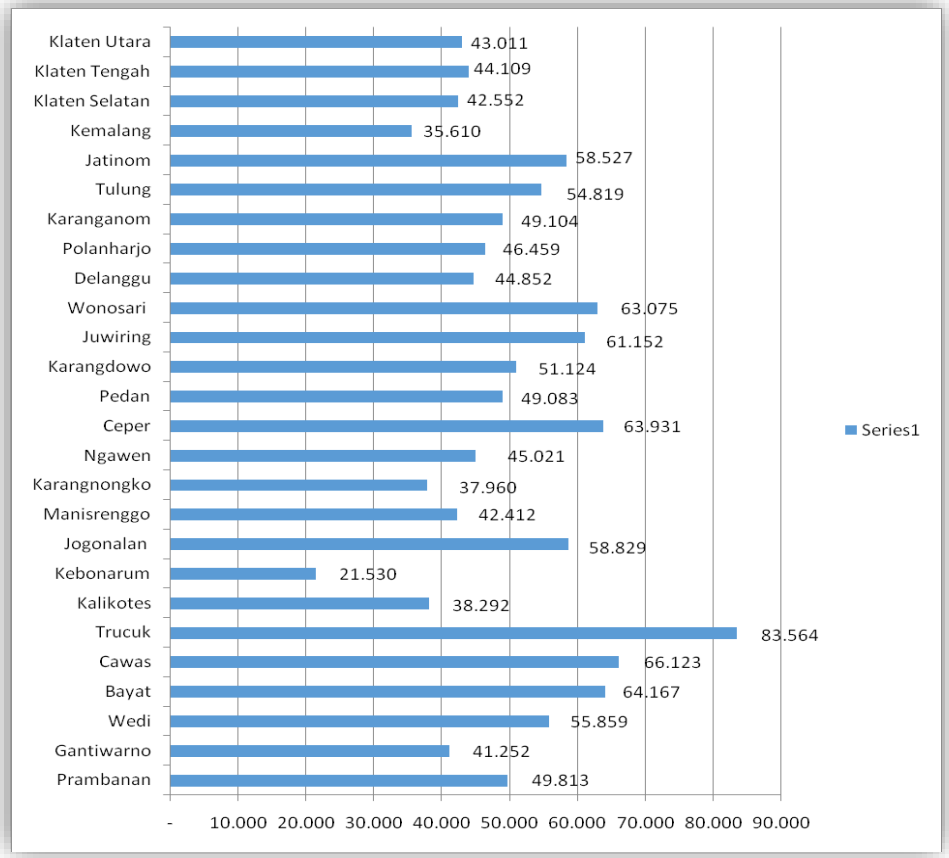
Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

Grafik 2. Penduduk Kabupaten Klaten Berdasar Kategori Usia Tahun 2013



Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

Grafik 3. Kepadatan Penduduk Kabupaten Klaten Per Kecamatan Tahun 2013



Sumber : Klaten Dalam Angka 2014

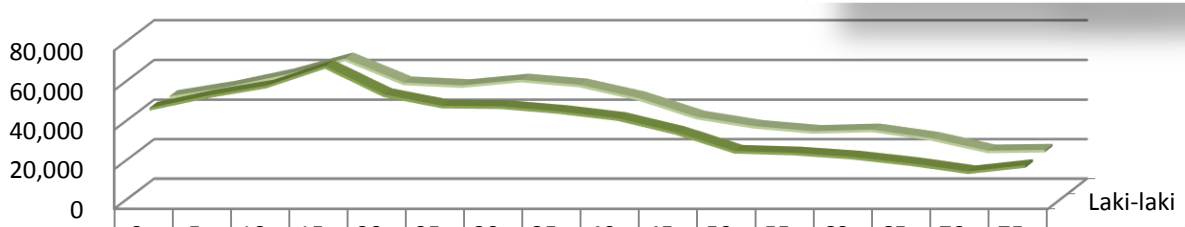
Sebaran penduduk Kabupaten Klaten tidaklah merata, ada kecamatan dengan kepadatan penduduk tinggi namun ada pula kecamatan dengan kepadatan penduduk yang rendah. Pada tahun 2013 menunjukkan bahwa penduduk di Kecamatan Trucuk mempunyai kepadatan penduduk yang paling tinggi, sedangkan penduduk di Kecamatan Kebonarum mempunyai kepadatan penduduk yang paling rendah.

Salah satu tantangan kependudukan di Indonesia saat ini adalah peningkatan jumlah penduduk lanjut usia (lansia). Jumlah populasi penduduk di dunia saat ini telah mencapai 7 miliar jiwa. Indonesia menempati peringkat nomor empat dengan populasi penduduk terpadat setelah Cina, India dan Amerika Serikat.

Angka harapan hidup di dunia pun meningkat yakni 70 tahun, sedangkan di Indonesia angka harapan hidupnya adalah 71 tahun. Seseorang dapat dikatakan sebagai individu lanjut usia (lansia) jika usianya di atas 60 tahun. Dengan meningkatnya angka harapan hidup, populasi lansia ikut meningkat.

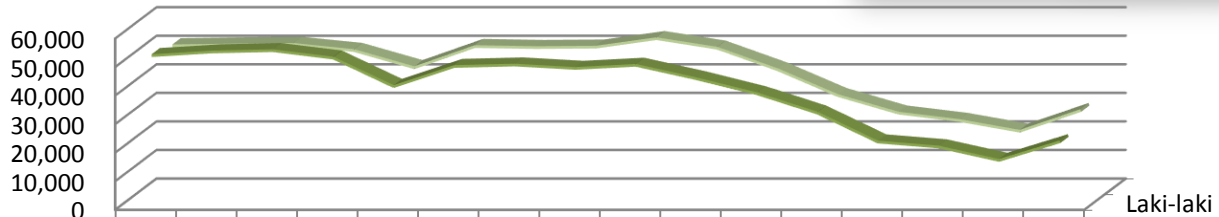
Populasi Lansia di dunia saat ini telah mencapai 549,9 juta jiwa. Populasi penduduk usia di Indonesiai di atas 65 tahun pada tahun 1950 yakni hanya 5% dari populasi penduduk total. Pada tahun 2011, populasi penduduk di atas usia 65 tahun mencapai 16% dari populasi penduduk total pada Negara yang sudah berkembang. Diperkirakan pada tahun 2025, persentase penduduk yang berusia di atas 65 tahun di lima provinsi yakni DKI Jakarta, DIY, Jawa Timur, Bali, dan Sulawesi Utara akan melampaui 10%.

Grafik 4. Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Klaten Tahun 2010



	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75+
Laki-laki	48,1	54,4	59,3	69,2	55,0	49,2	48,9	46,4	42,9	35,8	26,3	25,4	23,4	20,1	15,9	19,1
Perempuan	46,3	51,1	57,3	65,3	53,3	51,9	54,7	52,2	45,6	36,0	31,3	28,7	29,5	25,3	18,9	19,2

Grafik 5. Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kabupaten Klaten Tahun 2013



	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75+
Laki-laki	52,3	53,6	54,1	51,5	41,5	48,5	49,0	47,8	48,9	44,2	39,0	32,2	22,1	20,3	15,6	22,1
Perempuan	50,3	50,6	50,8	48,6	42,6	50,0	49,7	49,8	52,8	49,4	41,9	32,8	26,7	24,1	20,3	27,6



Tercatat pada tahun 2010 jumlah lansia mencapai 18.037 juta jiwa (7.59%). Bertambahnya jumlah lansia mengakibatkan kebutuhan program kesehatan lansia meningkat. Menurut Trihandini, di negara berkembang peningkatan usia harapan hidup kurang di dukung oleh peningkatan upaya kesehatan pada lansia, karena prioritas program sampai saat ini masih tertuju pada Ibu, anak, balita dan remaja.

Secara ideal, harusnya lansia dapat menjalani proses menua secara normal sehingga dapat menikmati kehidupan yang mandiri dan produktif. Proses penuaan yang sukses merupakan suatu kombinasi beberapa komponen yang salah satunya adalah menghjindari penyakit dan kondisi ketidakmampuan / disabilitas.

Bertambahnya jumlah penduduk lansia mengakibatkan tingginya kebutuhan program kesehatan lansia, seperti yang diamanatkan pada UU Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 Pasal 138, yaitu pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok usia lanjut untuk dapat hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomi.

Tantangan lain yang berkaitan dengan lansia adalah kemandirian lansia dan kesenjangan kesehatan antara kelompok lansia, di mana lansia terlantar dan miskin biasanya beresiko tinggi dan mempunyai keadaan kesehatan yang lebih buruk. WHO juga mengembangkan konsep pendekatan kota ramah lansia yang merupakan perwujudan nyata dari kerjasama lintas sektor dan lintas program kesehatan dalam meningkatkan derajad kesehatan lansia di dunia juga semakin meningkat terlihat dari diangkatnya kesehatan lansia menjadi topik perhatian dalam Hari Kesehatan Internasional pada tahun 2012 ini.

Di tingkat Nasional, usaha pemerintah untuk meningkatkan kesehatan lansia tampak dari beberapa program upaya kesehatan lansia, yang salah satunya mengembangkan Puskesmas Santun Lansia, dengan target tahun 2012 akan ada di seluruh provinsi di Indonesia, dan menjangkau 40% dari lansia, serta terdapatnya kelompok lansia sebagai sarana UKBM Lansia. Panduan Lansia Aktif di Indonesia sudah diterbitkan oleh Komite Lansia Nasional Indonesia, namun panduan pembahasan yang didukung data secara kuantitatif mengenai kondisi lansia dan potensi pengembangannya belum dikemukakan.



Proses menua (*aging process*) merupakan suatu proses yang alami dan ditandai penurunan massa otot tubuh. Sarkopenia merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan hilangnya massa otot rangka secara menyeluruh dan progresif. Penurunan massa otot dapat diserta dengan peningkatan progresif massa lemak dan menghasilkan kombinasi antara kondisi *overweight* dan berbagai implikasi klinis, diantaranya adalah disabilitas, imobilisasi dan meningkatnya kejadian kerapuhan (*frailty*) dan pada akhirnya menurunkan kualitas hidup lansia. Penatalaksanaan yang tepat untuk kondisi ini bersifat multifaktorial, dengan berpusat pada peningkatan aktivitas fisik dan intervensi aspek nutrisi yang efektif.

Seiring bertambahnya usia, fungsi fisiologis tubuh seseorang akan menurun. Sebagai akibatnya, aktivitas fisik yang dapat dilakukan juga semakin terbatas. Dengan adanya keterbatasan ini, lansia membutuhkan sarana atau fasilitas yang ramah lansia untuk memudahkan mereka beraktivitas sehari-hari.

Perhatian terhadap lansia di negara-negara maju jauh lebih layak jika dibandingkan dengan Indonesia. Lansia di Indonesia masih kurang diperhatikan. Hal ini dapat dilihat dari angka keterlantaran lansia di Indonesia masih sebesar 2,3 juta jiwa pada tahun 2011. Pemerintah Indonesia sendiri sebenarnya telah membuat UU nomor 13 tahun 1998. Lansia seharusnya mendapat kemudahan dalam penggunaan fasilitas umum, sebagaimana diatur dalam undang-undang tersebut.

Selain fasilitas umum untuk lansia yang masih sangat terbatas di Indonesia, data mengenai kriteria yang ideal untuk fasilitas tersebut menurut masyarakat, khususnya kaum terpelajar belum tercatat. Kaum terpelajar yang dimaksudkan yakni masyarakat yang produktif yang dalam 10 hingga 20 tahun ke depan akan memiliki anggota keluarga yang berusia lanjut.

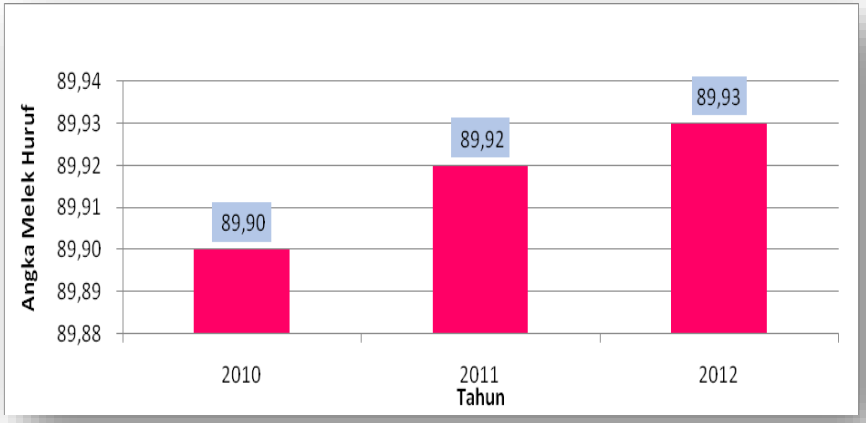
Kaum terpelajar saat ini lebih aktif berfikir secara kritis dan memiliki peranan penting dalam pengembangan penelitian. Selain itu, kepedulian kaum terpelajar terhadap lingkungan sekitarnya lebih tinggi daripada kaum yang tidak terpelajar.

2.1.1.3. Aspek Sosial

Kemampuan baca tulis penduduk Kabupaten Klaten menunjukkan adanya peningkatan walaupun tidak terlalu signifikan. Angka melek huruf penduduk Kabupaten Klaten disajikan dalam grafik berikut.

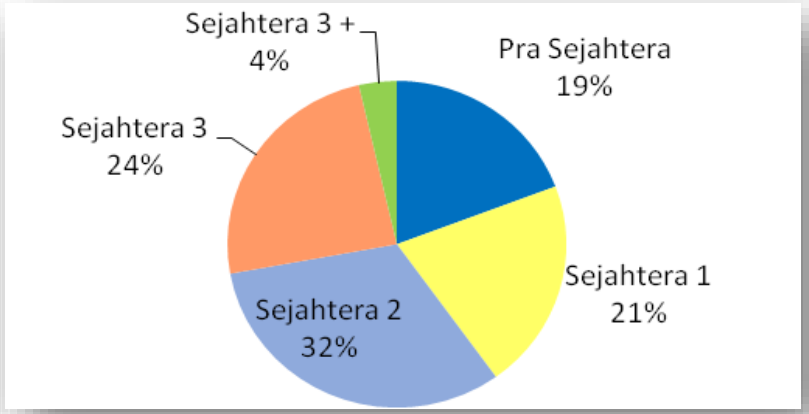
Kemampuan ekonomi penduduk Kabupaten Klaten dapat dilihat dari proporsi pentahapan keluarga sejahtera. Pentahapan keluarga sejahtera di Kabupaten Klaten masih didominasi oleh penduduk kelas menengah ke bawah dengan proporsi 72%, sedangkan penduduk kelas atas hanya 28%. Penduduk kelas menengah ke bawah inilah yang menjadi pasar sasaran utama dari RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Grafik 6. Angka Melek Huruf Kabupaten Klaten Tahun 2012



Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

Grafik 7. Proporsi Pentahapan Keluarga Sejahtera Kabupaten Klaten Tahun 2012

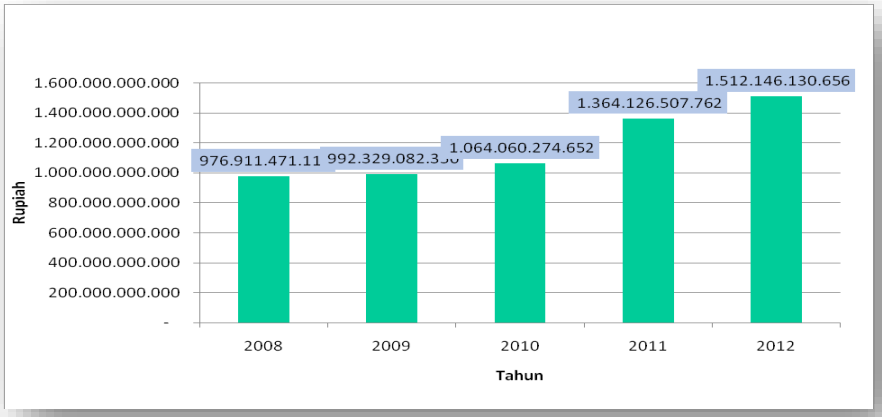


Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

2.1.1.4. Aspek Ekonomi

Salah satu keberhasilan pembangunan ekonomi di wilayah Kabupaten Klaten ditunjukkan dengan pertumbuhan ekonomi. Hal tersebut sangat penting untuk mengukur keberhasilan pembangunan Kabupaten Klaten dan untuk menentukan arah kebijakan pembangunan yang akan datang. Realisasi pendapatan daerah Kabupaten Klaten dalam 5 tahun terakhir menunjukkan adanya peningkatan sebesar 12% yang dapat dilihat di grafik berikut. Pendapatan tersebut meliputi pendapatan asli daerah, dana perimbangan, dan lain-lain pendapatan daerah yang sah. Realisasi pendapatan daerah Kabupaten Klaten memberikan sumbangsih sebesar 3% terhadap pendapatan Provinsi Jawa Tengah.

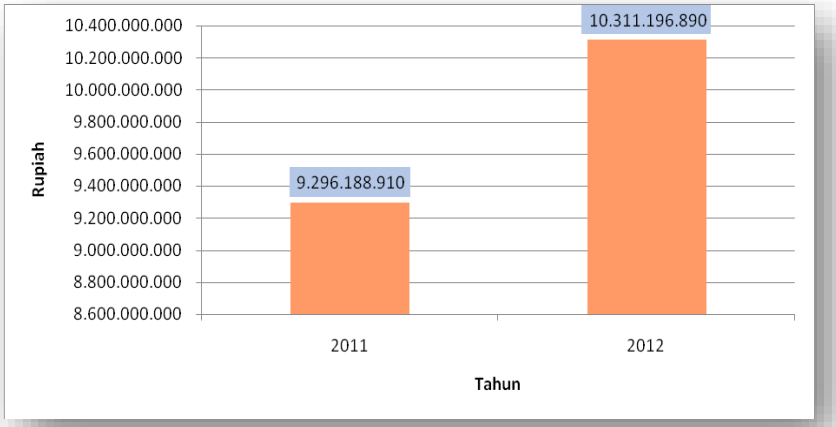
Grafik 8. Realisasi Pendapatan Daerah Kabupaten Klaten Tahun 2008 - 2012



Sumber : Klaten Dalam Angka 2013

PDRB per kapita Kabupaten Klaten menunjukkan adanya peningkatan sebesar 11% dari tahun 2011 ke tahun 2012. PDRB per kapita Kabupaten Klaten ikut menyumbang sebesar 2% terdapat PDRB Provinsi Jawa Tengah.

Grafik 9. PDRB Per Kapita Kabupaten Klaten (Harga Berlaku) Tahun 2011 & 2012

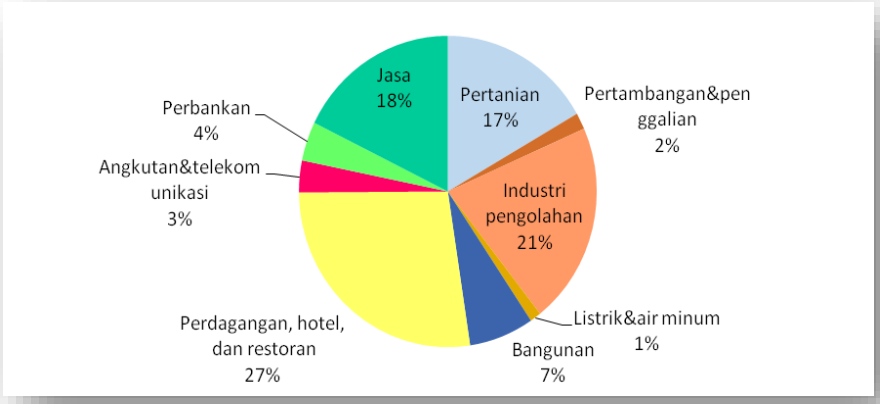


Sumber : Klaten Dalam Angka 2013

Perekonomian di Kabupaten Klaten banyak didukung dari sektor perdagangan, hotel, dan restoran sebesar 27%, selain itu juga dari industri pengolahan sebesar 21% dan sektor jasa sebesar 18%. Sektor-sektor inilah yang dominan menjadi penggerak perekonomian di Kabupaten Klaten. Untuk sektor pertanian juga menjadi penggerak perekonomian di Kabupaten Klaten sebesar 17% walaupun beberapa wilayah pertanian di kabupaten ini sudah mulai berkurang.

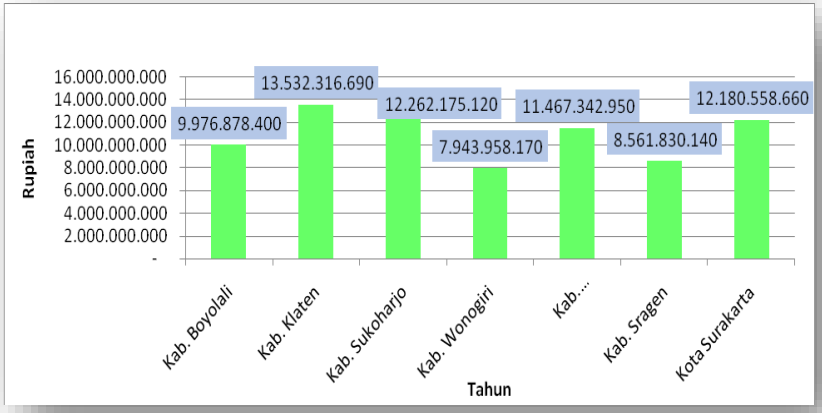
PDRB berdasarkan harga berlaku se Karesidenan Surakarta menunjukkan bahwa PDRB per kapita Kabupaten Klaten masih lebih tinggi dibandingkan dengan PDRB per kapita kabupaten atau kota lain sebesar Rp. 13,532,316,690. PDRB per kapita dari Kabupaten Sukoharjo merupakan peringkat kedua setelah PDRB per kapita Kabupaten Klaten yaitu sebesar Rp.12,262,175,120. Selain itu PDRB per kapita Kota Surakarta menyusul di peringkat ketiga dengan besaran Rp. 12,180,558,660.

Grafik 10. Proporsi PDRB per Kapita Berdasar Lapangan Usaha Tahun 2012



Sumber : Klaten Dalam Angka 2013

Grafik 11. PDRB Berdasar Harga Berlaku Tahun 2012 Se Karesidenan Surakarta



Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

2.1.1.5. Aspek Kesehatan

Sarana kesehatan yang tersedia di Kabupaten Klaten diperuntukan kepada penduduk di Kabupaten Klaten maupun kabupaten atau kota disekitarnya yang membutuhkan layanan kesehatan. Jumlah total rumah sakit yang ada di kabupaten ini adalah 8 buah termasuk rumah sakit umum dan rumah sakit jiwa, selain itu juga tersedia layanan kesehatan pendukung seperti puskesmas, balai pengobatan, klinik, dan dokter praktek swasta.

Tabel 1. Sarana Kesehatan Kabupaten Klaten Tahun 2008 - 2012

Uraian		2009	2010	2011	2012	2013
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
S W A S T A						
01	Rumah Sakit					
02	Balai Pengobatan					
03	Rumah Bersalin					
04	Dokter Praktek	83	122	214	300	200
05	Apotek		47		43	31
N E G E R I						
01	Rumah Sakit Umum	1	1	1	1	1
02	Rumah Sakit Jiwa	1	1	1	1	1
03	Apotek Daerah		2	4		1
04	Toko Obat Berijin					
05	Balai Pengobatan Ke-sehatan Paru Masyarakat	1	1	1	1	1
06	Puskesmas / Balai Pe-ngobatan	34	34	34	34	34
07	Puskesmas Pembantu	84	84	84	84	84
08	Puskesmas Yang Ada Fasilitas Rawat Inap	15	15	15	15	15

Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.

Pada tahun 2014 ini telah mudlai dibangun satu Unit Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Klaten.

Tenaga kesehatan yang tersedia untuk melayani penduduk Kabupaten Klaten dapat dilihat pada tabel berikut. Apabila dibuat rasio secara umum perbandingan antara dokter spesialis terhadap penduduk adalah 1 dokter spesialis : 27,373 penduduk, perbandingan antara dokter umum terhadap penduduk adalah 1 dokter : 6,027 penduduk, dan perbandingan antara dokter gigi terhadap penduduk adalah 1 dokter : 36,498 penduduk.

Tabel 2. Tenaga Kesehatan

Rincian	2008	2009	2010	2011	2012
Dokter spesialis	59	59	27	45	48
Dokter umum	114	114	73	143	218
Dokter gigi	49	49	24	31	36
Bidan	NA	NA	NA	311	353
Perawat	NA	NA	NA	209	212
Farmasi	NA	NA	NA	38	39
Gizi	NA	NA	NA	32	35

Sumber : Klaten Dalam Angka 2013.



Indonesia berbatasan dengan Malaysia di Pulau Kalimantan, dengan Papua Nugini di Pulau Papua dan dengan Timor Leste di Pulau Timor. Negara tetangga lainnya adalah Singapura, Filipina, Australia, dan wilayah persatuan Kepulauan Andaman dan Nikobar di India.Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan terkendala dengan masalah distribusi tenaga kesehatan yang kurang merata terutama tenaga dokter spesialis dan akses yang sulit terutama wilayah daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).

Pengembangan jaringan telekomunikasi kanal lebar berbasis kabel serat optik telah dicanangkan sejak 1996 melalui Program Nusantara 21. Namun, program itu terhenti sebelum masuk abad ke-21.Kebijakan yang tak konsisten ini menyebabkan Indonesia kini tertinggal dalam layanan telekomunikasi di kawasan ASEAN serta masih menghadapi masalah kesenjangan layanan informasi dan komunikasi.

Tak lama lagi, masyarakat Indonesia dapat merasakan kecepatan internet yang mumpuni. Ini dapat dirasakan saat Nusantara Internet Exchange (NIX) telah menjangkau 33 provinsi di Indonesia.Hingga saat ini, NIX yang sudah siap dioperasikan sudah berjumlah 8 unit dan pembangunannya terus dilanjutkan. Nantinya, saat proyek NIX ini selesai, kecepatan internet Indonesia akan meningkat. Terutama untuk akses konten yang berada di jaringan dalam negeri.

Kemajuan teknologi informasi saat ini telah berkembang sangat pesat. Pemanfaatan perangkat elektronik bidang kesehatan memberikan alternatif dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia seperti telemedicine. Bentuk telemedicine yang dapat dikembangkan yaitu teleradiologi, telekardiologi, tele-patologi anatomi, tele-sugery dan lain sebagainya. Sejak tahun 2011, Kementerian Kesehatan R.I secara bertahap telah menyusun langkah-langkah pengembangan telemedicine di Indonesia.

Pada tahun 2012, pengembangan telemedicine diaktualisasikan dalam Pilot Project Telemedicine. Sebagai langkah awal pengembangan, Pilot Project Telemedicine Tahun 2012 dimulai dalam bidang teleradiologi dan telekardiologi. Tidak berhenti di tahun 2012, pengembangan telemedicine kemudian berlanjut ke tahun 2013 dan 2014. Pengembangan telemedicine merupakan langkah terobosan Kementerian Kesehatan RI mengatasi hambatan akses pelayanan kesehatan dan diharapkan menjadi salah satu solusi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Sesuai standar akreditasi KARS versi 2012 Asesmen Pasien di rumah sakit menetapkan jangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging untuk pemeriksan cito, akhir minggu dan di luar jam kerja. Dalam hal ini sesuai Standar Pelayanan Minimal pemeriksaan harus sudah dilakukan ekspertis oleh dokter spesialis radiologi dalam jangka waktu 3 jam.

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai salah satu Rumah Sakit vertikal di Jajaran Kementrian Kesehatan RI mencoba mensukseskan program Kementrian Kesehatan dengan menjadi Rumah Sakit Pengampu Teleradiologi. Dengan sumber daya yang ada RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro diharapkan mampu mengembangkan pelayanan teleradiologi. Program pengembangan teleradiologi tidak terlepas dari program pengembangan Picture Archiveing and Communication System (PACS) karena, tanpa ada PACS yang baik kehandalan teleradiologi tidak akan dapat tercapai.

2.1.2 Data Kinerja Internal

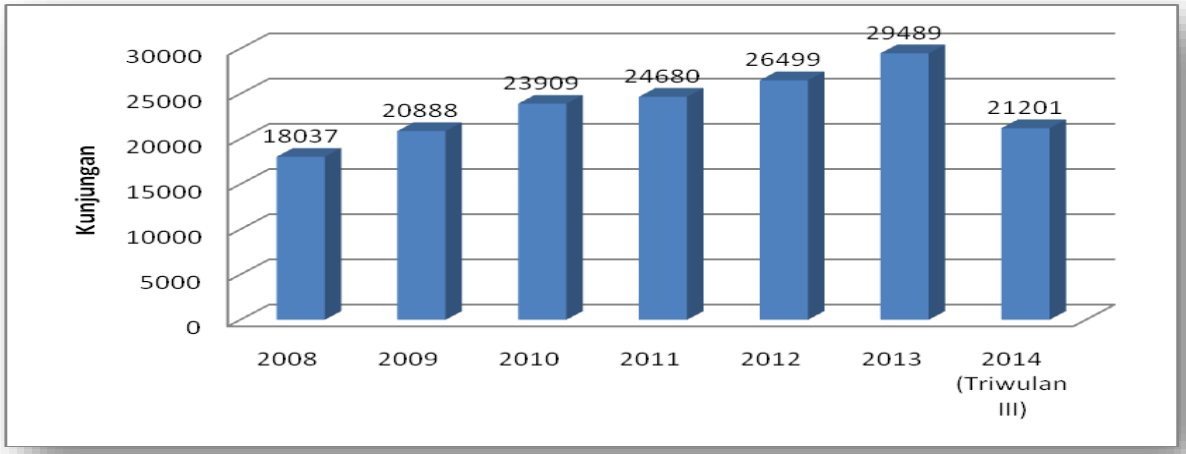
2.1.2.1 Kinerja Pelayanan

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai rumah sakit rujukan utama di Karesidenan Surakarta memberikan berbagai layanan seperti layanan rawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, diagnostik, bedah, rehabilitasi medik, dan farmasi. Masing-masing kinerja dari instalasi tersebut dijabarkan berikut ini.

Instalasi Rawat Darurat

Kinerja instalasi rawat darurat dapat dilihat dari banyaknya kunjungan pasien. Selama 6 tahun terakhir kunjungan pasien di instalasi rawat darurat mengalami peningkatan rata-rata sebesar 10%. Kunjungan rawat darurat berdasarkan jenis rujukan menunjukkan bahwa pasien non rujukan lebih mendominasi dengan proporsi 61%, sedangkan pasien rujukan sebesar 39%. Pasien rujukan rawat darurat ini dirujuk oleh rumah sakit lain ataupun puskemas yang tidak dapat menangani kasus darurat yang diderita oleh pasien sehingga perlu merujuk ke RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Kunjungan pasien baru juga lebih banyak mendominasi volume rawat darurat yaitu sebesar 44%, sedangkan kunjungan berulang sebesar 56%.

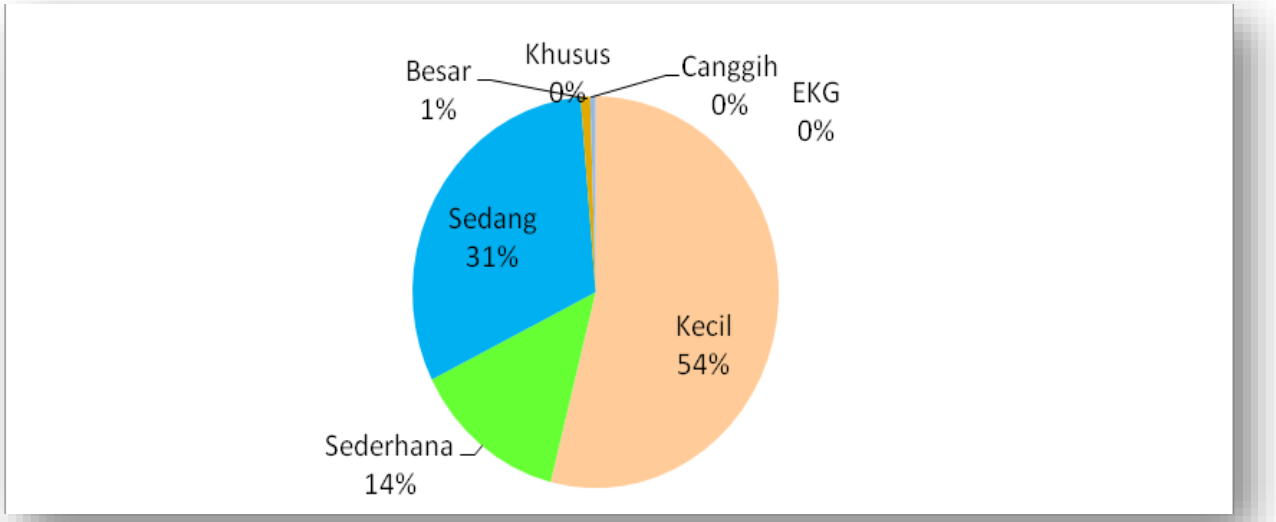
Grafik 12. Kunjungan Rawat Darurat RSST Tahun 2008 - 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Tindakan yang ditangani di instalasi rawat darurat lebih banyak tindakan kecil yaitu sebesar 54%, kemudian tindakan sedang sebesar 31%, dan tindakan sederhana sebesar 14%, sedangkan tindakan besar hanya sebesar 1%. Tindakan besar disini seperti bedah CITO dimungkinkan untuk dilakukan di instalasi ini.

Grafik 13. Proporsi Kunjungan Rawat Darurat RSST Berdasarkan Tindakan Tahun 2012

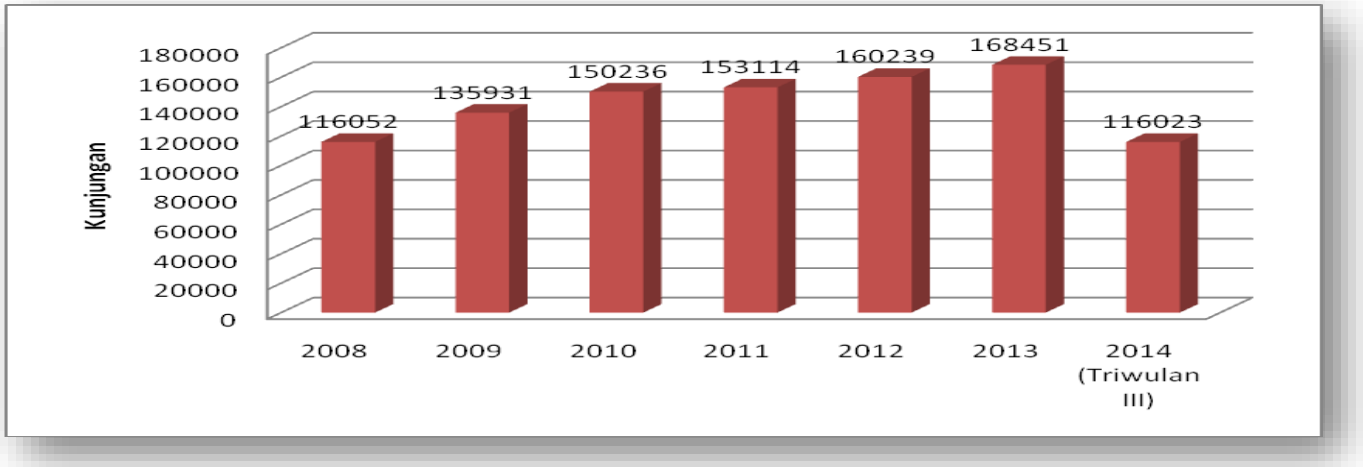


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Instalasi Rawat Jalan

Instalasi rawat jalan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menunjukkan adanya peningkatan kunjungan sebesar 12% secara umum. Pada tahun 2013 menunjukkan peningkatan volume kunjungan cukup drastis. Kunjungan rawat jalan lebih banyak didominasi oleh kunjungan pasien baru sebesar 16% dan kunjungan pasien lama 84%. Apabila dilihat dari pola rujukan, pasien yang dilayani di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ini lebih banyak didominasi oleh pasien rujukan sebesar 68%, pasien yang datang atas permintaan sendiri sebesar 24%, dan pasien yang hanya berkonsultasi sebesar 8%. Banyaknya pasien yang dirujuk ke rumah sakit ini mengingat bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan rumah sakit rujukan utama bagi masyarakat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.

Grafik 14. Kunjungan Instalasi Rawat Jalan RSST Tahun 2008 -2014 (sd Triwulan III)



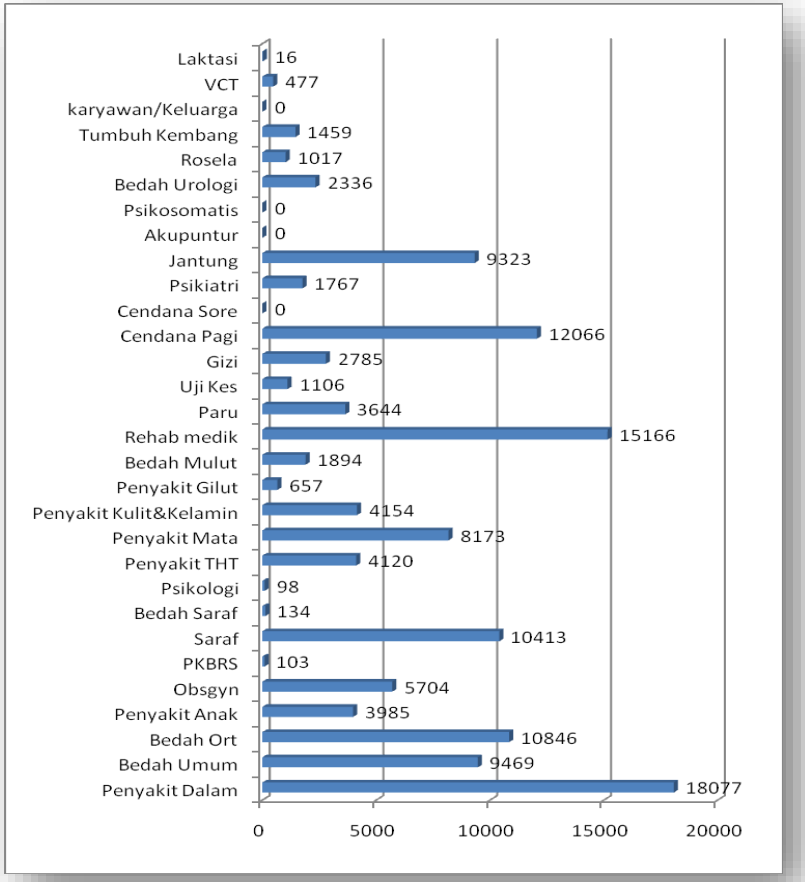
Sumber : Data internal RSST yang diolah

Kasus – kasus yang banyak ditangani di klinik rawat jalan masih lebih banyak didominasi oleh kasus bedah sebanyak 19% jika seluruh kasus bedah digabungkan menjadi satu. Namun di poliklinik bedah sudah dipisahkan klinik bedah per spesialisasi. Untuk kunjungan di klinik bedah umum sebesar 7.5%, bedah orthopedi sebesar 8.3%, bedah urologi sebesar 2.2%, bedah mulut sebesar 1.2%, dan bedah saraf sebesar 0.1%. Kasus bedah orthopedi paling banyak ditangani di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro diduga karena minat pasien berkunjung untuk konsultasi maupun untuk operasi sangat tinggi, sesuai dengan peningkatan data yang ada semenjak para dokter ortopedi RSST bekerja dengan sungguh-sungguh menekuni profesi maupun melaksanakan pelayanan prima, disamping kemampuan mengelola aspek pasar yang handal. SMF Ortopedi menjadi salah satu penyumbang layanan yang diunggulkan di RSST dan menjadi percontohan kinerja para klinisi. Pada awal tahun 2014 ini, layanan ortopedi konsultan, yaitu layanan *spine*, dan *hip knee*, akan dijadikan role model penataan promosi dan rujukan layanan berbasis web, bekerjasama dengan Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (*grafik 13*).

Kasus lain yang banyak ditangani adalah kasus yang berkaitan dengan penyakit dalam sebesar 14.7%, selain itu kasus penyakit di klinik cendana pagi juga cukup banyak sebesar 11.9%, dan juga kasus penyakit jantung juga tidak dapat dikesampingkan dengan proporsi sebesar 8.7%. Apabila dilihat dari banyaknya kasus per klinik yang ditangani menunjukkan bahwa penyakit degeratif sudah mulai banyak ditangani oleh rumah sakit ini (*grafik 13*).

Sebelum era JKN , pasien rawat jalan yang dilayani di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro lebih banyak didominasi oleh pasien askes sebesar 40%, sedangkan pasien jamkesmas sebesar 32%, dan pasien umum yang membayar sendiri sebesar 25%, serta sisanya merupakan pasien dengan jaminan kesehatan lainnya. Pasien askes atau jaminan kesehatan yang paling banyak mendominasi kunjungan rawat jalan adalah pasien jamkesmas sebesar 87.3%, sedangkan pasien jamkesda sebesar 7.8%, pasien jampersal sebesar 4.8%, dan pasien jamkesda sebesar 0.3% (*grafik 14*).

Grafik 15. Kunjungan Rawat Jalan RSST Per Klinik Tahun 2014 (sd Triwulan III)

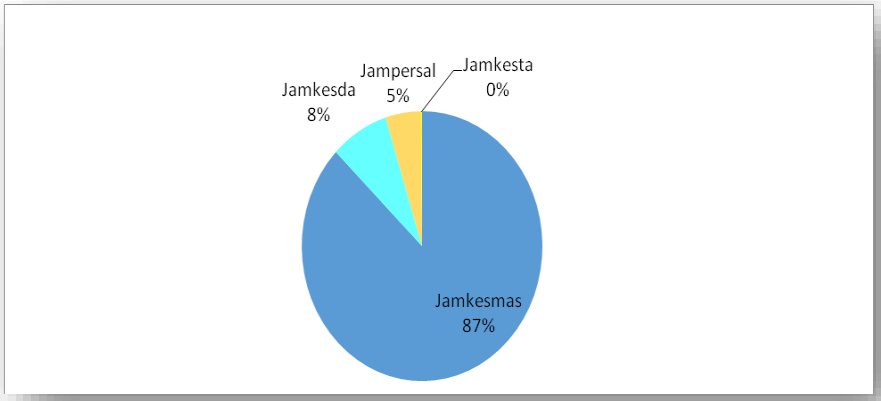


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

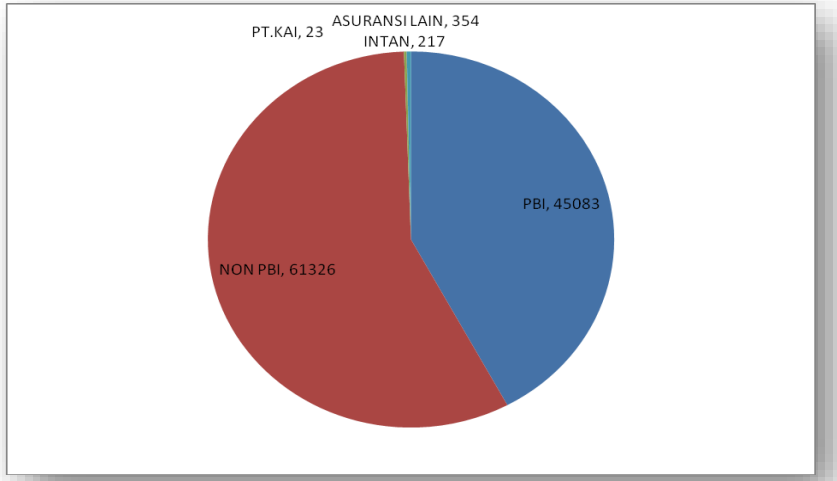
Adapun kasus penyakit terbanyak yang ditangani di instalasi rawat jalan sudah mengarah pada penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun gagal jantung yang menjadi 3 terbesar kasus yang paling banyak ditangani di instalasi ini.

Dalam kajian internal. sebagai RSU milik Kementerian Kesehatan, RSST seharusnya bisa menjadi pusat rujukan bagi wilayah Klaten maupun luar Klaten. Namun pada kenyataannya, saat ini pasien yang datang hampir seluruhnya berasal dari wilayah Kabupaten Klaten sebesar 99%.

Grafik 16. Proporsi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasar Jenis Bayar Tahun 2013



Grafik 17. Proporsi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasar Jenis Bayar Tahun 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

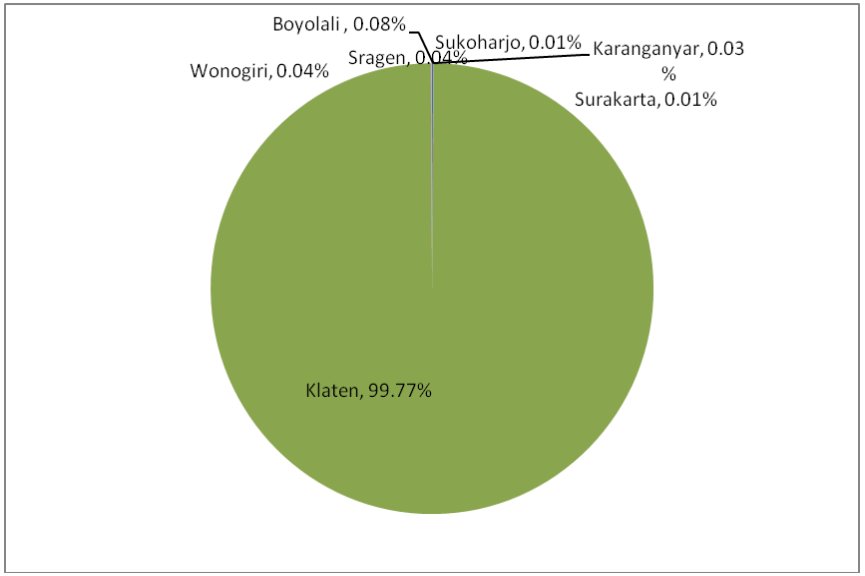
Tabel 3. Kasus Penyakit Terbanyak di Instalasi Rawat Jalan Tahun 2014 (sd Triwulan III)

No	Keterangan	Kode	Jumlah
1	HEART FAILURE, UNSPECIFIED	I50.9	5.108
2	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION	I10	5.025
3	NON-INSULIN-DEPENDENT DM WITHOUT COMPLICATIONS	E11.9	3.839
4	UNSPECIFIED DM WITHOUT COMPLICATION	E14.9	3.681
5	LOW BACK PAIN/LBP	M54.59	3.373
6	DYSPEPSIA	K30	2.696
7	OA KNEE	M17.9	2.678
8	CONGESTIVE HEART FAILUERE	I150.0	2.329
9	EPILEPSY, UNSPECIFIED	G40.9	1.928
10	SEQUELAE OF STROKE	I69.4	1.909

Sumber : Data internal RSST yang diolah.

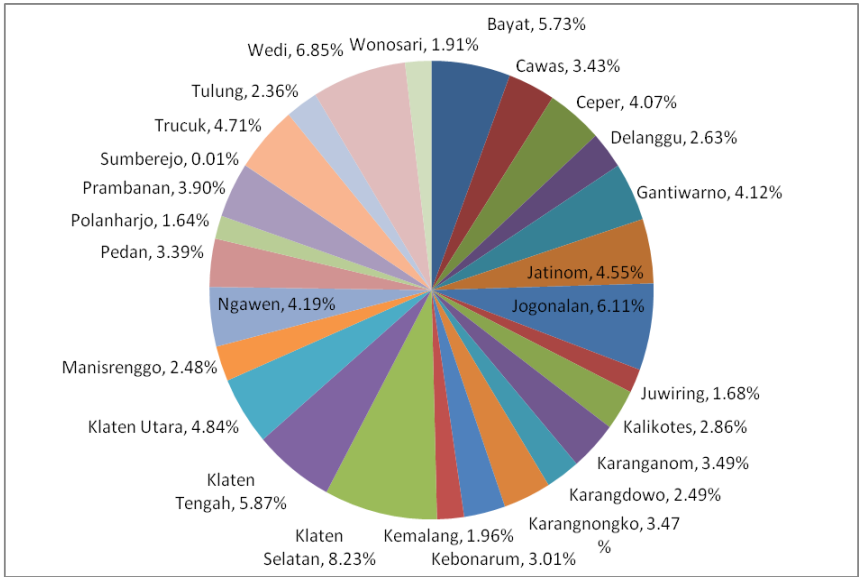
Jika data asal pasien ditelusuri lebih detil, maka terlihat bahwa pasien berasal dari kecamatan-kecamatan di Kabupaten Klaten dengan proporsi yang seimbang antar kecamatan. Ini menunjukkan bahwa pasien di Kabupaten Klaten tidak begitu terhalangi oleh jarak untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan di RSST (*grafik 15*). Salah satu layanan yang memiliki data kunjungan pasien dari luar wilayah kabupaten Klaten, bahkan propinsi Jawa Tengah maupun pulau Jawa, adalah Bedah Ortopedi.

Grafik 18. Proporsi Asal Pasien RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro 2014 (sd Triwulan III) Wialayah Klaten dan sekitarnya



Sumber : Data Internal RSST yang diolah

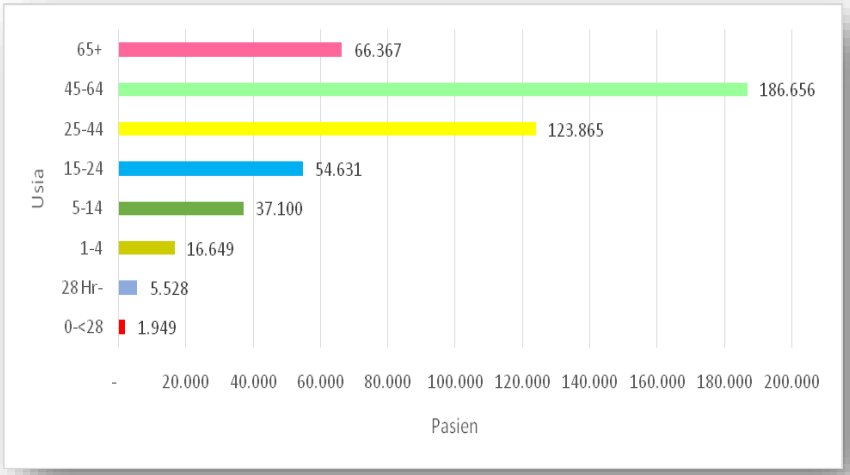
Grafik 19. Proposi Asal Pasien RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III) Wilayah Kabupaten Klaten



Sumber : Data Internal RSST yang diolah.

Jika pasien dikelompokkan berdasarkan usia, maka akan terlihat bahwa kunjungan pasien rawat jalan di RSST didominasi oleh pasien berusia 45-64 tahun dan >65 tahun (51%) dengan kecenderungan meningkat.

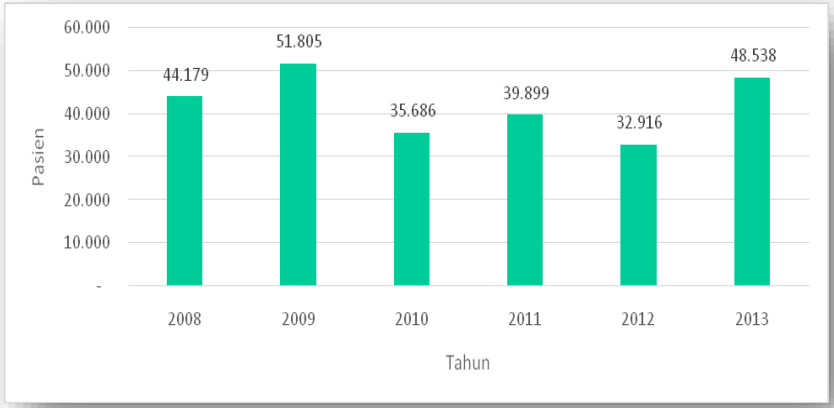
Grafik 20. Distribusi Pasien Rawat Jalan RSST Berdasarkan Usia, Tahun 2008-2013



Sumber : Data Internal RSST yang diolah.

Melihat pada distribusi pasien berdasarkan usia, maka analisis lebih detil dilakukan terhadap kelompok pasien pada usia 45 tahun keatas. Data dari Rekam Medis RSST menunjukkan bahwa sebagian besar kasus yang ditangani oleh RSST di Instalasi Rawat Jalan untuk kelompok usia ini adalah kasus yang terkait dengan DM Type II, Hypertensi, Myop-Presbiop-Hypermetropi, LBP, Heart Failure. Kasus seperti gangguan pada saluran pernapasan dan gangguan pada saluran cerna juga cukup banyak terjadi namun tidak dominan. Pasien dengan usia >45 tahun ini menunjukkan kecenderungan peningkatan sebesar rata-rata 6% dalam 6 tahun terakhir ini.

Grafik 21. Distribusi Penyakit Pasien Rawat Jalan RSST Tahun 2008 – 2013 Usia 45 tahun Keatas

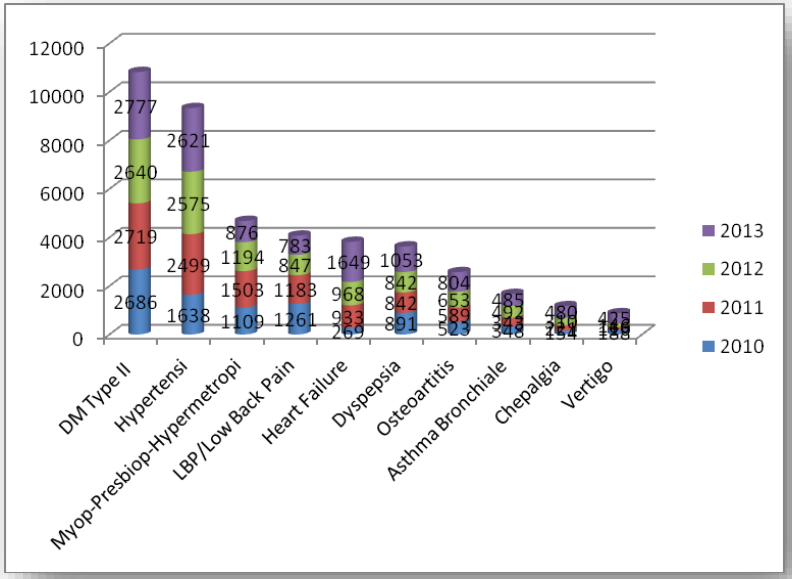


Sumber : Data Internal RSST yang diolah.

*Tahun 2009 ada program baru Jamkesda yang dibiayai oleh Pemerintah

Grafik berikut menunjukkan bahwa penyakit DM Type II merupakan salah satu kelompok kasus dengan jumlah terbanyak pada pasien rawat jalan usia >44 tahun. Jumlah ini bahkan meningkat signifikan pada tahun 2013.

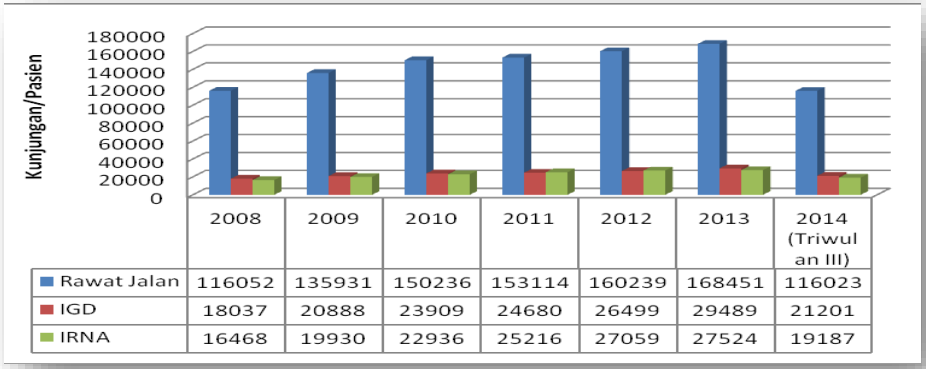
Grafik 22. Distribusi Penyakit Pasien Rawat Jalan RSST Tahun 2008 – 2013 Usia >44 Tahun



Sumber : Data Internal RSST yang diolah.

Kunjungan pasien di Instalasi Rawat Jalan RSST mencapai 537 orang per hari. Di IGD ada 67 pasien per hari dan di Rawat Inap setiap harinya ada 64 pasien yang melakukan admisi. Grafik berikut menunjukkan trend yang terjadi di ketiga instalasi tersebut dalam kurun waktu 5 tahun terakhir. Meskipun meningkat, angka kunjungan rawat inap tersebut sangat kecil, yaitu hanya 13%. Artinya dari setiap 100 pasien IGD dan rawat jalan, ada 13 yang meneruskan perawatan ke IRNA. Lebih jauh ini dapat diinterpretasikan sebagai indikasi bahwa kasus yang masuk ke RSST khususnya Rawat Jalan merupakan kasus yang tidak kompleks sehingga tidak membutuhkan follow up sampai rawat inap. Hal ini disebabkan di Kabupaten Klaten belum ada Rumah Sakit Pemerintah Kelas C.

Grafik 23. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan, IGD dan IRNA RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)

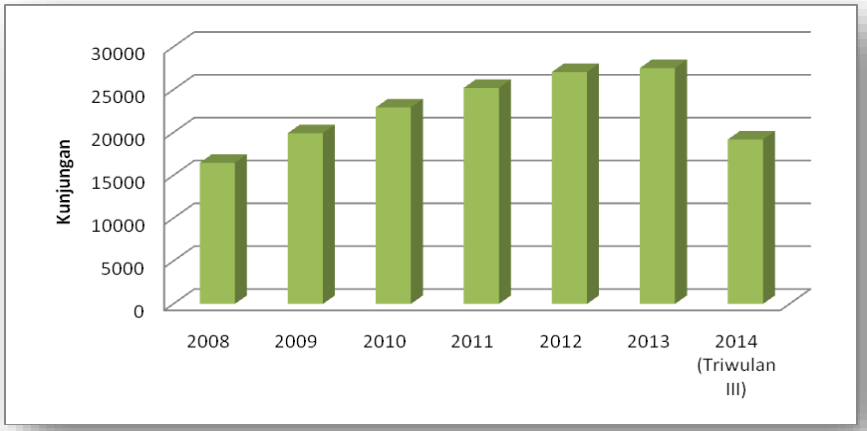


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (Triwulan III)
Rawat Jalan	116052	135931	150236	153114	160239	168451	116023
IGD	18037	20888	23909	24680	26499	29489	21201
IRNA	16468	19930	22936	25216	27059	27524	19187

Instalasi Rawat Inap

Volume pasien rawat inap yang dilayani di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menunjukkan adanya peningkatan cukup signifikan dengan rata-rata peningkatan sebesar 13% dalam 6 tahun terakhir ini. Pasien yang dilayani lebih banyak pasien umum sebesar 35% dan pasien jamkesmas sebesar 34%, selain itu juga pasien jampersal sebesar 14%, serta pasien askes sebesar 13%, sisanya merupakan pasien yang ditanggung oleh asuransi lainnya. Namun antara tahun 2012 ke 2013 tidak menunjukkan peningkatan yang signifikan.

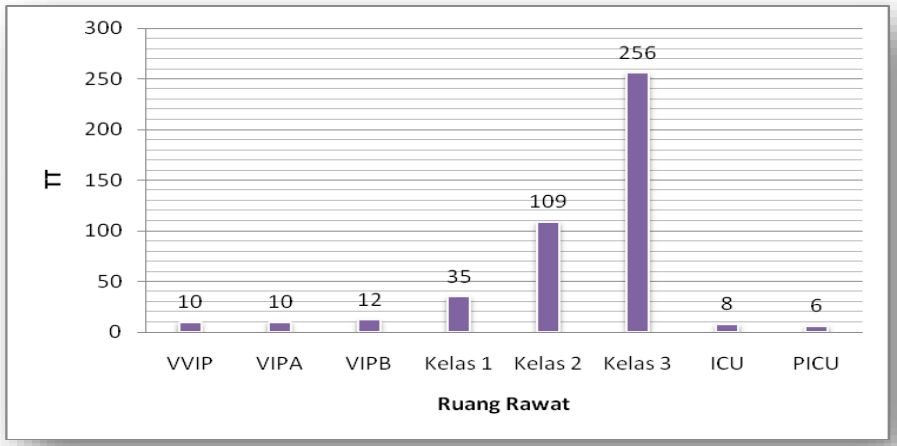
Grafik 24. Volume Pasien Rawat Inap RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah

Ruang rawat inap yang disediakan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebanyak 432 TT di tahun 2013. Kapasitas terbanyak yang disediakan adalah ruang rawat inap Kelas 3 mengingat rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan dan pasar sasaran yang paling banyak dilayani adalah masyarakat menengah bawah.

Grafik 25. Kapasitas per Ruang Perawatan RSST Tahun 2014



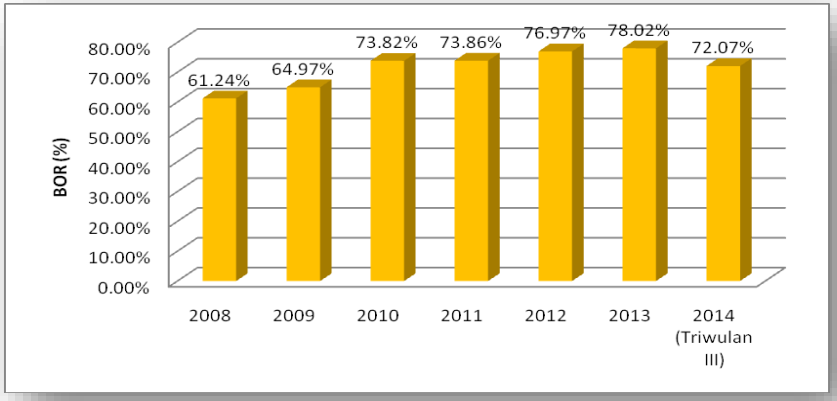
Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Data triwulan tahun 2014 menggambarkan prediksi penurunan pertumbuhan pasien yang di rawat inap, Diduga hal ini karena dilaksanakannya layanan era JKN.

Tingkat hunian rawat inap di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menunjukkan adanya peningkatan didukung dengan penambahan kapasitas tempat tidur selain itu dengan adanya alat medis yang semakin canggih dan sebagai satu-satunya rumah sakit pemerintah di wilayah Kabupaten Klaten, yang usianya sudah "tua" (86 tahun), sehingga sangat dikenal dan diminati masyarakat Klaten dan sekitarnya.

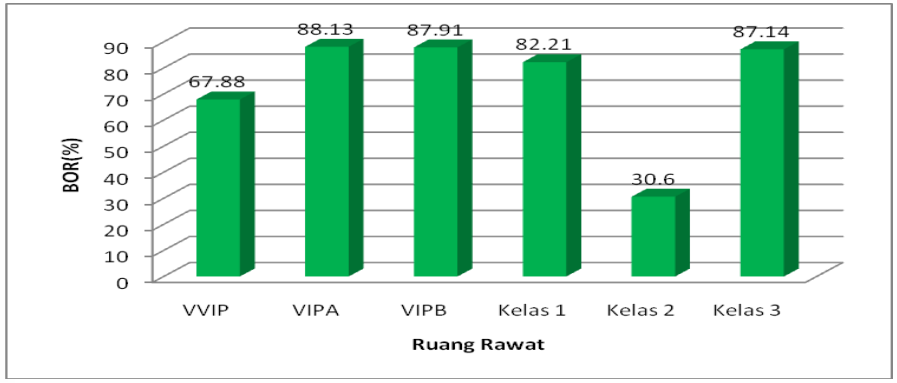
Tingkat hunian per ruang rawat inap menunjukkan bahwa tingkat hunian di ruang rawat inap Kelas 3 paling tinggi dibanding ruang rawat lainnya. Hal ini mengacu pula bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan rumah sakit rujukan utama bagi Kabupaten Klaten dan kota atau kabupaten lain se karesidenan Surakarta dengan pasar sasaran adalah masyarakat menengah bawah dengan jaminan kesehatan dari pemerintah sehingga tingkat hunian rawat inap Kelas 3 tinggi.

Grafik 26. *Bed Occupancy Ratio* RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Grafik 27. BOR per Ruang Perawatan RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III)

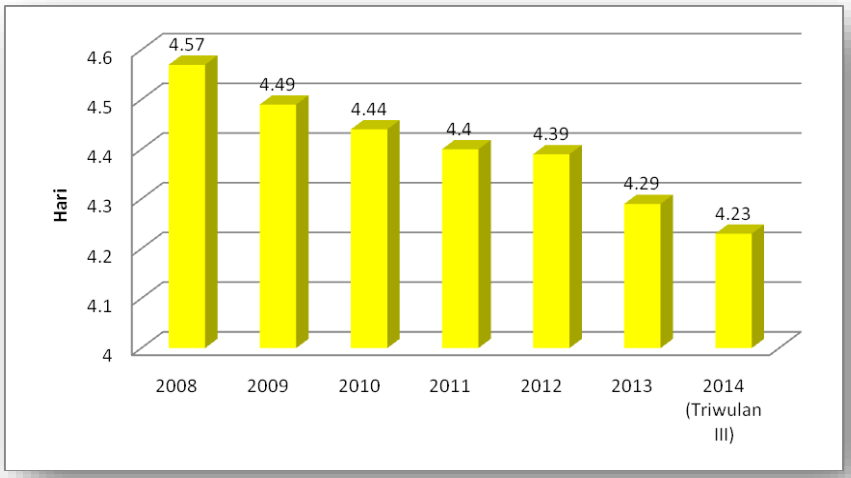


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

***BOR Kelas 2 rendah karena fasilitas belum sesuai standar Kelas 2 dan sering kali di titipi pasien dari Kelas 3**

Selain tingkat hunian yang masuk kategori ideal yaitu berkisar 70%, lama pasien dirawat di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berkisar 4 hari yang dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 28. *Length of Stay* RSST Tahun 2008 – 2014(sd Triwulan III)



Tabel 4. Kasus Penyakit Terbanyak di Instalasi Rawat Inap RSST Tahun 2013

No.	I.C.D	Nama Diagnosa	Jumlah
1	I10	*Essential (primary) hypertension*	1,294
2	I50.9	*Heart failure, unspecified*	903
3	A09	*Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin /GEA*	763
4	I64	*Stroke, not specified as haemorrhage or infarction/CVA*	756
5	J18.9	*Pneumonia, unspecified*	578
6	D64.9	*Anemia*	500
7	K30	*Dyspepsia*	490
8	A90	*Dengue fever [classical dengue]*	452
9	E11.9	*Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications / NIDDM / DM II*	430
10	I50.0	*Congestive heart failure*	429

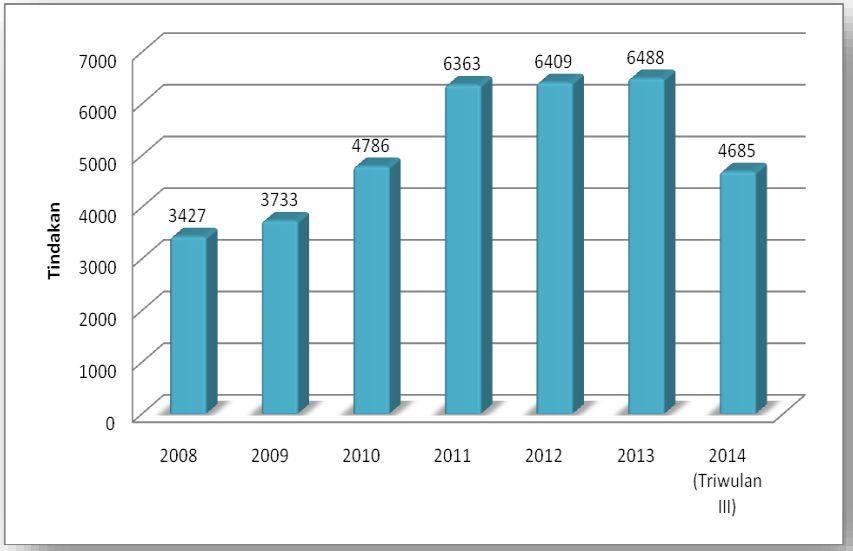
Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kasus penyakit terbanyak yang ditangani di Instalasi Rawat Inap juga didominasi oleh penyakit degeneratif seperti hipertensi, gagal jantung, maupun stroke yang secara detail dapat dilihat pada tabel teresebut diatas.

Kinerja Instalasi Bedah

Kinerja instalasi bedah sentral selama 6 tahun terakhir menunjukkan adanya trend peningkatan sebesar 14%.

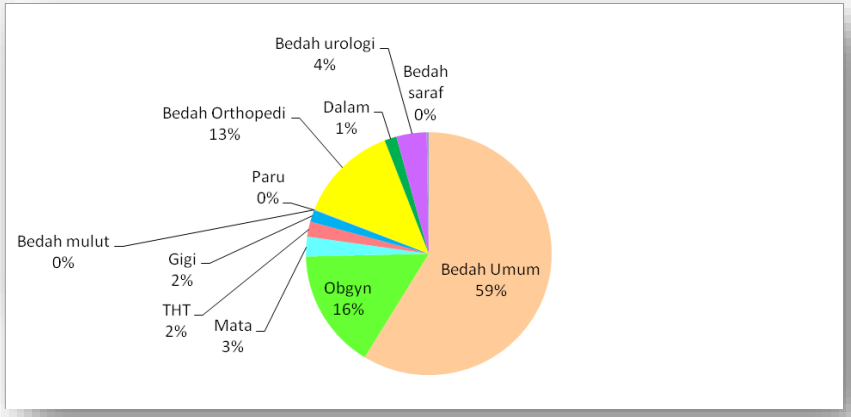
Grafik 29. Volume Tindakan Bedah RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Tindakan bedah berdasarkan spesialisasi menunjukkan bahwa tindakan bedah umum banyak ditangani di rumah sakit ini sebesar 59%, selain itu tindakan bedah orthopedi juga banyak ditangani sebesar 13%. Hal ini mengingat lokasi rumah sakit yang terletak di pinggir jalan besar utama antar lintas kota atau kabupaten sehingga kemungkinan kecelakaan cukup tinggi serta minat pasien yang cukup tinggi untuk mendapatkan layanan ortopedi di RSST di luar kasus traumatologi. Untuk proporsi tindakan bedah per spesialisasi lainnya dijabarkan pada grafik berikut.

Grafik 30. Proporsi Spesialisasi Tindakan Bedah RSST Tahun 2013



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

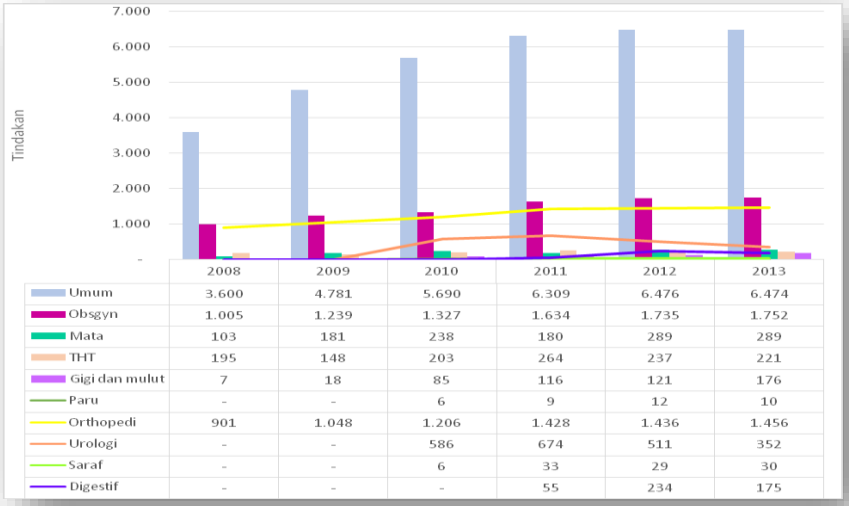
Data triwulan tahun 2014 menggambarkan prediksi penurunan pertumbuhan pasien yang di Ruang Bedah, diduga karena dilaksanakannya layanan era JKN.

Jika melihat aktivitas operasi di Instalasi Bedah Sentral sebagaimana ditunjukkan grafik di atas, sebagian besar operasi adalah operasi umum, yang jumlahnya lebih dari separuh jumlah total operasi. Bedah obsgyn dan ortopedi menunjukkan proporsi yang terbanyak setelah bedah umum. Bedah paru dan bedah syaraf baru ada di tahun 2010, sedangkan bedah digestif mulai tahun 2011. Ini menunjukkan bahwa kompetensi pembedahan di RSST mulai meningkat. Secara keseluruhan, angka operasi (*surgery rate*) di IBS adalah sebesar 16%. Angka ini dapat dikatakan cukup tinggi, dimana pada RS Kelas C umumnya berada pada kisaran 4%-6%. Artinya, RSST sebagai RS Kelas B dalam hal volume pembedahan sudah menunjukkan aktivitas yang wajar.

Namun jika dilihat pada kategori operasi yang dikelompokkan berdasarkan tingkat kompleksitasnya, RSST masih sedikit sekali melakukan operasi canggih, sebagaimana terlihat pada grafik berikut. Sebagian besar aktivitas pembedahan adalah operasi khusus, yang trend-nya menunjukkan penurunan. RSST bahkan masih cukup banyak mengerjakan operasi kecil (*grafik 28*)

Adapun bila ditinjau dari kategori operasi yang dikelompokkan berdasarkan tingkat kompleksitasnya, RSST masih sedikit sekali melakukan operasi canggih, sebagaimana terlihat pada grafik berikut. Sebagian besar aktivitas pembedahan adalah operasi khusus, yang trend-nya menunjukkan penurunan. RSST bahkan masih cukup banyak mengerjakan operasi kecil (*grafik 29*)

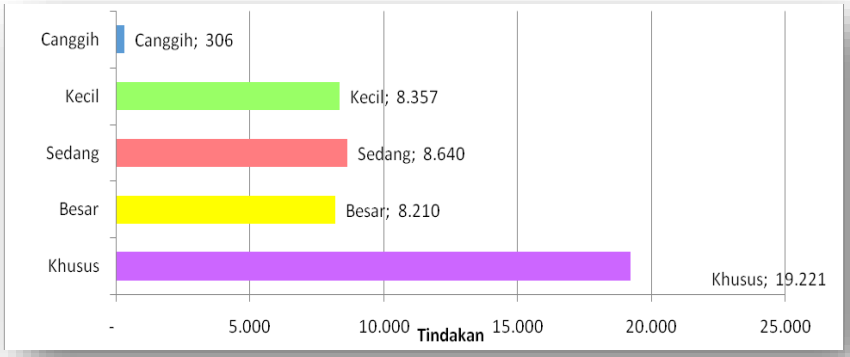
Grafik 31. Pertumbuhan Volume Tindakan Bedah RSST Tahun 2008 - 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Umum	3.600	4.781	5.690	6.309	6.476	6.474
Obsgyn	1.005	1.239	1.327	1.634	1.735	1.752
Mata	103	181	238	180	289	289
THT	195	148	203	264	237	221
Gigi dan mulut	7	18	85	116	121	176
Paru	-	-	6	9	12	10
Orthopedi	901	1.048	1.206	1.428	1.436	1.456
Urologi	-	-	586	674	511	352
Saraf	-	-	6	33	29	30
Digestif	-	-	-	55	234	175

Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Grafik 32. Volume Tindakan Bedah RSST Per Kategori Tahun 2008 - 2013

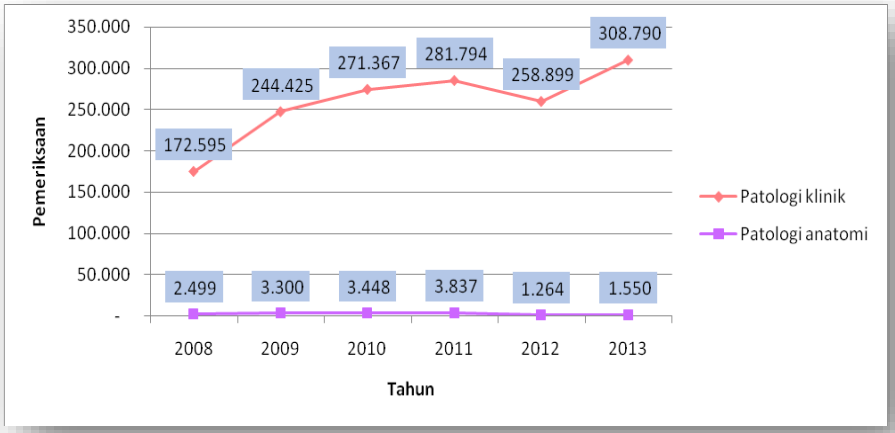


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kinerja Instalasi Laboratorium

Kinerja Instalasi Laboratorium RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menunjukkan adanya peningkatan yang cukup signifikan rata-rata sebesar 13%, namun di tahun 2012 terjadi penurunan volume pemeriksaan laboratorium. Penurunan volume tersebut terutama pada pemeriksaan sederhana dan sedang. Pada tahun 2013 volume pemeriksaan laboratorium sudah menunjukkan peningkatan.

Grafik 33. Volume Pemeriksaan Laboratorium RSST Tahun 2008 - 2013

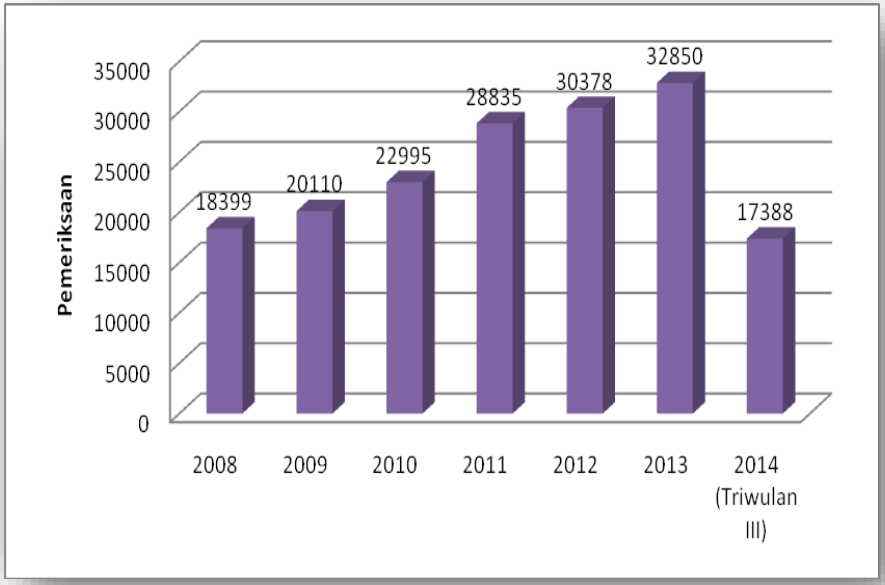


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kinerja Instalasi Radiologi

Instalasi Radiologi menunjukkan peningkatan kinerja sebesar rata-rata 13% dalam 6 tahun terakhir ini. Peningkatan volume tersebut lebih banyak dari pemeriksaan sederhana, sedang II, dan CT Scan.

Grafik 34. Volume Pemeriksaan Radiologi RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)

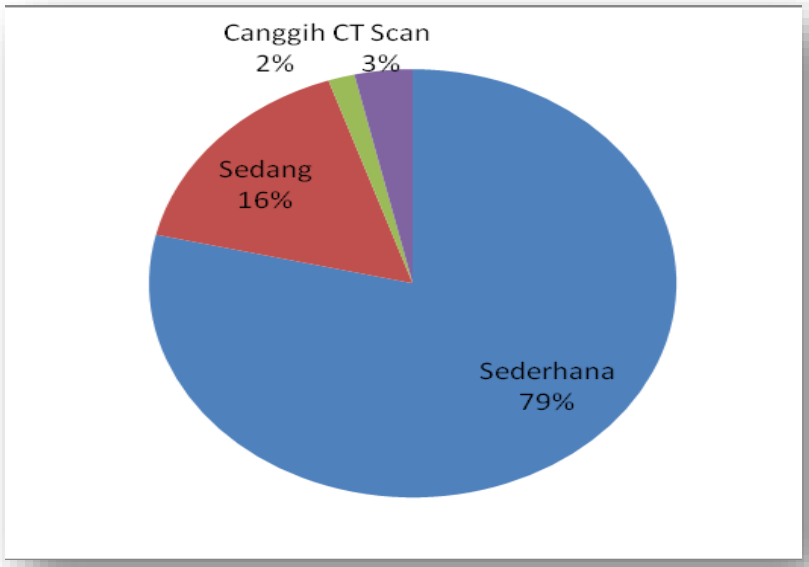


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Data triwulan tahun 2014 menggambarkan prediksi penurunan pertumbuhan pasien di Instalasi Radiologi, diduga karena dilaksanakannya layanan era JKN.

Pemeriksaan sederhana lebih banyak ditangani di instalasi radiologi dengan proporsi 79%, sedangkan pemeriksaan sedang II sebesar 16%, pemeriksaan CT Scan sebesar 3%, sisanya merupakan pemeriksaan canggih sebesar 2% dan pemeriksaan sedang III sebesar 2%.

Grafik 35. Proporsi Pemeriksaan Radiologi RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III)

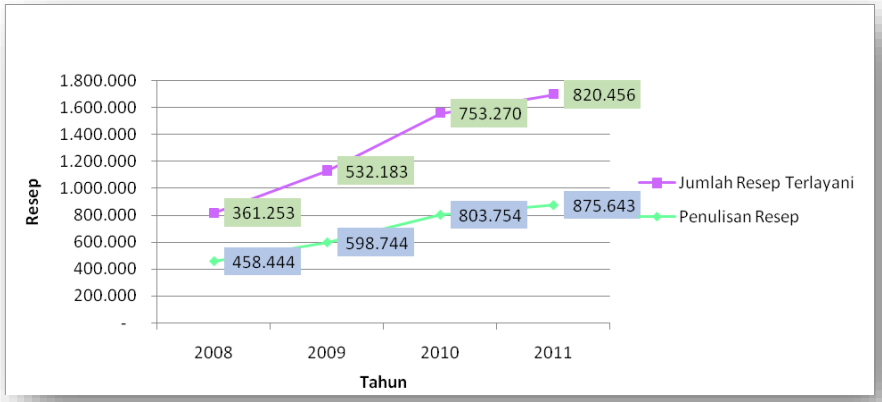


Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kinerja Instalasi Farmasi

Resep yang dikeluarkan oleh dokter praktek di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semakin menunjukkan adanya peningkatan rata-rata sebesar 25%. Peningkatan volume resep yang cukup signifikan terlihat pada tahun 2010, hal ini dikarenakan adanya peningkatan volume pasien rawat inap dan juga kunjungan rawat jalan yang cukup tinggi dengan berjalannya jaminan kesehatan masyarakat dari pemerintah. Dari tahun ke tahun proporsi resep yang ditebus di instalasi farmasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menunjukkan adanya peningkatan, dimana pada tahun 2008 proporsi resep yang ditebus sebesar 79% dan semakin meningkat menjadi 94% di tahun 2011. Hal ini menunjukkan kebocoran resep ditebus di luar instalasi farmasi semakin berkurang.

Grafik 36. Volume Resep Yang Dikeluarkan dan Ditebus di Instalasi Farmasi RSST Tahun 2008 -2011

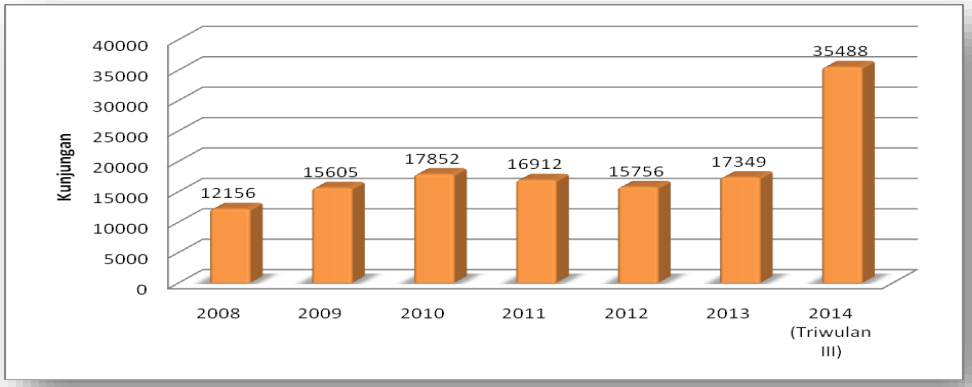


Sumber : Data internal RSST yang diolah

Kinerja Instalasi Rehabilitasi Medik

Instalasi pendukung lainnya yaitu instalasi rehabilitasi medik menunjukkan penurunan volume kunjungan pada tahun 2011 dan 2012, namun pada tahun 2013 terdapat peningkatan kinerja sebesar 10%. Kunjungan pasien rawat jalan yang menggunakan layanan rehabilitasi medik sebesar 87% dan pada umumnya adalah pasien paska bedah maupun pasien lain dengan kondisi yang membutuhkan layanan rehabilitasi medik. Pasien dirawat inap menggunakan layanan ini sebesar 13%. Jenis pasien yang lebih banyak menggunakan layanan ini adalah pasien askes sebesar 89% dan sisanya merupakan pasien umum sebesar 11%.

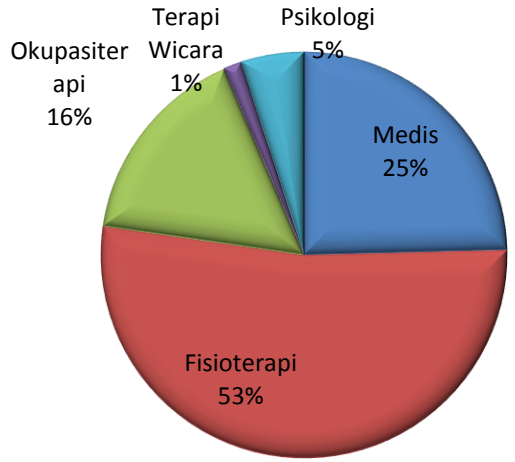
Grafik 37. Volume Kunjungan Rehabilitasi Medik RSST tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kasus rehabilitasi medik yang banyak ditangani adalah kasus yang memerlukan tindakan sederhana sebesar 53%, tindakan sedang 1 sebesar 39%, dan tindakan sedang 2 sebesar 8%. Jenis tindakan yang paling banyak dilakukan adalah fisioterapi sebesar 94%, terapi okupasi sebesar 3%, terapi wicara sebesar 1%, dan psikologi sebesar 2%.

Grafik 38. Proporsi Tindakan Rehabilitasi Medis RSST Tahun 2014 (sd Triwulan III)



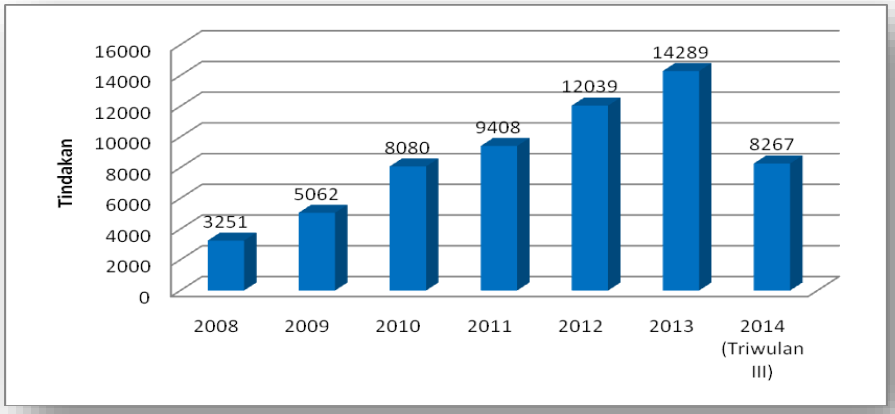
Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Data triwulan tahun 2014 menggambarkan prediksi penurunan pertumbuhan pasien yang di Instalasi Rehabilitasi Medik, dipastikan karena dilaksanakannya layanan era JKN.

Kinerja Unit Dialisa

Kinerja unit pelayanan dialisa menunjukkan adanya peningkatan volume sebesar rata-rata 36% dari tahun 2008 – tahun 2013. Peningkatan yang cukup signifikan ini dikarenakan adanya penambahan volume tindakan untuk pasien askes dan jamkesmas, dimana RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan rumah sakit rujukan utama sehingga profil pasien yang banyak dilayani adalah pasien dengan jaminan kesehatan. Unit layanan haemodialisa ini lebih banyak melayani pasien rawat jalan sebesar 91% dimana pasien ini sebagian besar merupakan pasien paska rawat inap yang membutuhkan layanan lanjutan dialisa, sedangkan pasien yang berasal dari instalasi rawat inap sebesar 9% yang menggunakan layanan ini saat mereka dirawat inap.

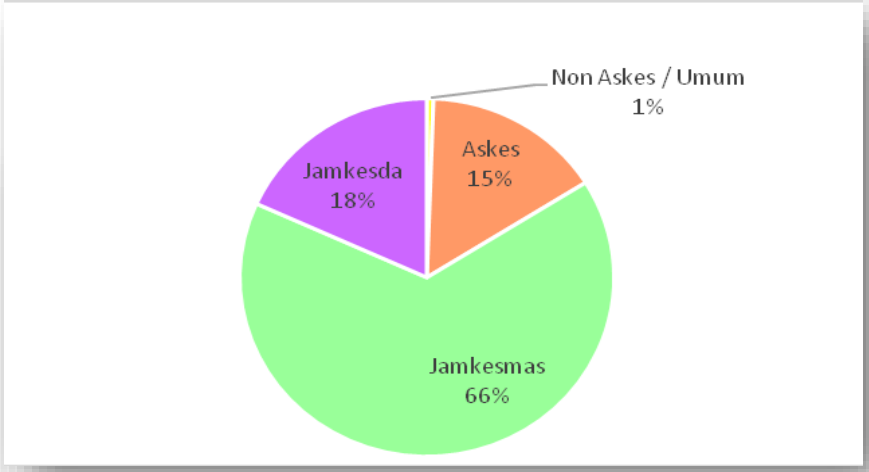
Grafik 39. Volume Tindakan Dialisa RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Pasien dialisa yang banyak dilayani oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro lebih banyak didominasi oleh pasien jamkesmas sebesar 81.6%, sedangkan pasien askes sebesar 16.6%, dan sisanya pasien non askes (umum) dan jamkesda. Layanan dialisa ini banyak melayani pasien dengan jaminan kesehatan karena mahalnya biaya per tindakan dialisa yang dilakukan sehingga layanan ini lebih banyak diakses oleh pasien yang mempunyai jaminan atau asuransi kesehatan.

Grafik 40. Proporsi Profil Pasien Layanan Dialisa RSST Tahun 2011



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

2.1.2.2 Sumber Daya Manusia

Organisasi

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 257/Menkes/Per/111/2008 tertanggal 11 Maret 2008 tentang Perubahan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten telah ditetapkan organisasi sebagai berikut :

Manajemen RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro terdiri atas :

1. Direktur Utama

2. Direktorat Medik & Keperawatan membawahi :

a) Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari dua seksi yaitu :
   1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan
   2) Seksi Monitoring dan Evaluasi

b) Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari dua seksi yaitu :
   1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan
   2) Seksi Monitoring dan Evaluasi

c) Bidang Fasilitas Medik dan Keperawatan, terdiri dari dua seksi yaitu :
   1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan
   2) Seksi Monitoring dan Evaluasi

d) Unit-unit Non al, terdiri dari Instalasi-instalasi yaitu :
   1) Instalasi Rawat Jalan
   2) Instalasi Rawat Darurat
   3) Instalasi Rawat Inap
   4) Instalasi Rawat Intensif
   5) Instalasi Bedah Sentral
   6) Instalasi Farmasi
   7) Instalasi Rehabilitasi Medik
   8) Instalasi Patologi Klinik
   9) Instalasi Patologi Anatomi
   10) Instalasi Radiologi
   11) Instalasi Rekam Medik
   12) Instalasi Persalinan
   13) Instalasi Hemodialisa

3. Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan membawahi :

a) Bagian Umum dan Sumber Daya Manusia, terdiri dari tiga Sub Bagian yaitu :
   1) Sub Bagian Tata Usaha
   2) Sub Bagian Rumah Tangga
   3) Sub Bagian Sumber Daya Manusia

b) Bagian Pendidikan dan Penelitian, terdiri dari dua Sub Bagian yaitu :
   1) Sub Bagian Pendidikan dan Pelatihan
   2) Sub Bagian Penelitian dan Pengembangan

c) Unit-unit Non al, terdiri dari Instalasi-instalasi yaitu :
   1) Instalasi Gizi
   2) Instalasi Sterilisasi Sentral
   3) Instalasi Forensik dan Perawatan Jenazah
   4) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
   5) Instalasi Sanitasi
   6) Instalasi Kamtib

4. Direktorat Keuangan membawahi :

a) Bagian Perencanaan dan Anggaran, terdiri dua Sub Bagian yaitu :
   1) Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
   2) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan

b) Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, terdiri dari dua Sub Bagian yaitu :
   1) Sub Bagian Perbendaharaan
   2) Sub Bagian Mobilisasi Dana

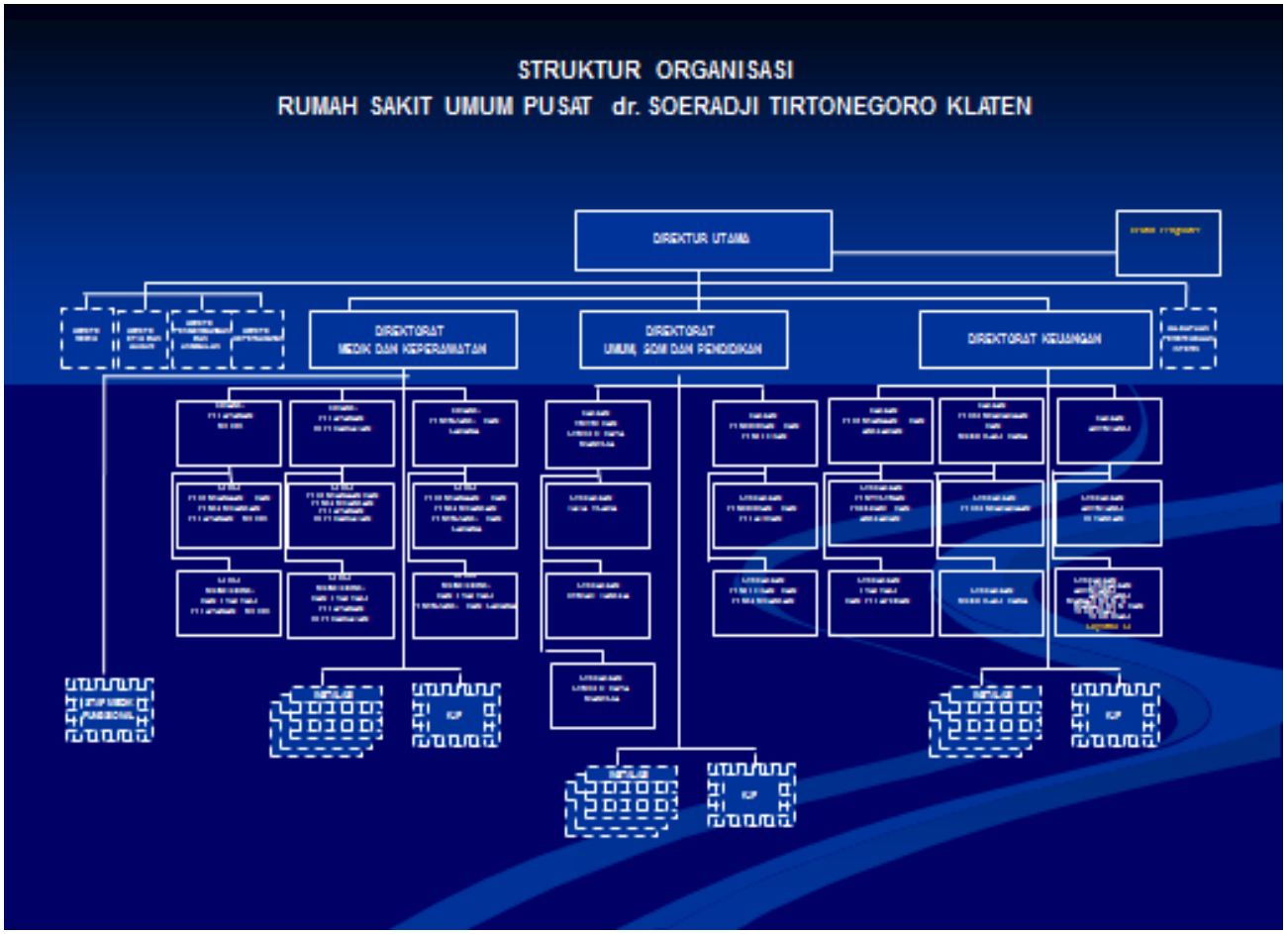
c) Bagian Akuntansi, terdiri dua Sub Bagian yaitu :
   1) Sub Bagian Akuntansi Keuangan
   2) Sub Bagian Akuntansi Manajemen dan Verifikasi

d) Unit-unit Non al, terdiri dari Instalasi-instalasi yaitu :
   1) Instalasi Tata Usaha Rawat Pasien
   2) Instalasi Penyelesaian Piutang Pasien
   3) Instalasi Pemasaran dan Hubungan Masyarakat
   4) Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit

5. Unit-unit Non al yang ada :

   1) Komite Medis
   2) Komite Etik dan Hukum
   3) Komite Pengembangan dan Unggulan
   4) Satuan Pengawas Intern

Gambar 6. Organisasi RSST



Secara umum SDM di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro terdiri dari dua kategori besar, yaitu Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan tenaga Honorer Non PNS / BLU). Masing-masing kategori itu adalah kelompok medis (dokter umum, gigi, dan spesialis), keperawatan, paramedik non perawat, dan non medis.

Tabel 5. SDM RSST Berdasar Jenis Ketenagaan dan Status Kepegawaian Tahun 2014

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH			TOTAL
		PNS	CPNS	BLU	
1	2	3	4	5	6
I.	Medis :				
	Dr. Umum	8	1	7	16
	Dr. Gigi	3	0	0	3
	Dr. Sp.Penyakit Dalam	6	0	0	6
	Dr. Sp.Anak	4	0	0	4
	Dr. Sp.Bedah	5	0	0	5
	Dr. Sp.Bedah Ortopedi	2	0	1	3
	Dr. Sp.Bedah Urologi	1	0	0	1
	Dr. Sp.Obsgyn	4	0	0	4
	Dr. Sp.Paru	2	0	0	2
	Dr. Sp.Mata	2	0	0	2
	Dr. Sp.THT	4	0	0	4
	Dr. Sp. Kulit Kelamin	3	0	0	3
	Dr. Sp. Saraf	3	0	0	3
	Dr. Sp.Rehab Medik	1	0	0	1
	Dr. Sp.Anestesi	2	1	1	4
	Dr. Sp. Peny. Jantung	1	0	0	1
	Dr. Sp.Radiologi	2	0	0	2
	Dr. Sp. Patologi Anatomi	0	0	1	1
	Dr. Sp. Kedokteran Jiwa	1	0	0	1
	Drg. Spesialis Pedodontik	1	0	0	1
	Drg. Spesialis Bedah Mulut	1	0	0	1
	Dr. Sp. Patologi Klinik	1	0	0	1
	Sub Total	57	2	10	69

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH			TOTAL
		PNS	CPNS	BLU	
II.	Keperawatan :				
	S2 Keperawatan	1	0	0	1
	S1 Keperawatan/SKp/Ners	39	0	0	39
	D4 Keperawatan	13	0	0	13
	D3 Keperawatan/AKPER	266	0	78	344
	D4 Kebidanan	6	0	0	6
	D3 Kebidanan/AKBID	22	3	13	38
	SPK/SPR	8	0	0	8
	D1 Bidan/SLTA Kebidanan	5	0	0	5
	SPRG	3	0	0	3
	Sub Total	363	3	91	457
III.	Kefarmasian :				
	S2 Farmasi Klinis/Kefarmasian	1	1	0	2
	Apoteker	5	0	3	8
	D3 Analis Farmasi/AAF	8	0	7	15
	D1 Manaj. Apotek	0	0	1	1
	Asisten Apoteker/SAA/SMF	7	0	3	10
	Sub Total	21	1	14	36
IV.	Kesehatan Masyarakat :				
	S-2 M.Kes	2	0	0	2
	S-2 MPH	4	0	0	4
	S1 SKM (Kesling)	1	0	0	1
	S1 SKM (Penilik Kesmas)	1	0	0	1
	S1 SKM (Sanitasi)	1	0	0	1
	S1 SKM (Manajemen RS)*	0	0	0	0
	S1 SKM	0	0	1	1
	D4 Kesehatan Lingkungan	1	0	0	1
	D3 Sanitarian/APK	2	0	1	3
	D3 Kesehatan Lingkungan	0	0	1	1
	D1 Sanitarian/SPPH	1	0	0	1
	Sub Total	13	0	3	16

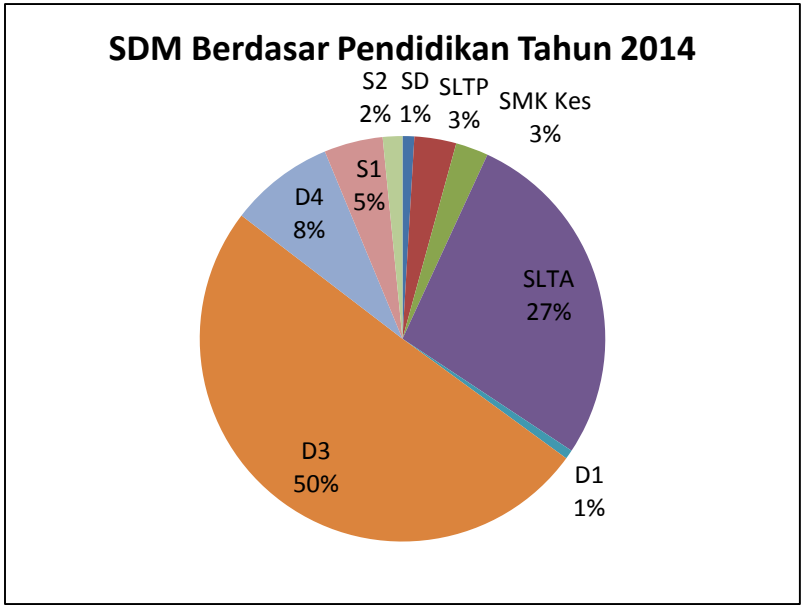
NO	JENIS TENAGA	JUMLAH			TOTAL
		PNS	CPNS	BLU	
V.	Gizi :				
	S2 Gizi	1	0	0	1
	S1/D4 Gizi/ SKM Gizi	2	0	0	2
	D3 Gizi/AKZI	5	1	0	6
	Sub Total	8	1	0	9
VI.	Keterapian Fisik :				
	S1 Fisioterapi	1	0	0	1
	D4 Fisioterapi	3	0	0	3
	D3 Fisioterapi/AKFIS	5	0	0	5
	D3 Terapi Wicara	1	0	0	1
	D3 Okupasi Terapi/AOT	4	0	0	4
	D3 Pengobatan Tradisional	0	0	2	2
	Sub Total	14	0	2	16
VII.	Keteknisian Medik :				
	D4 Radiografi	2	0	0	2
	D4 Analis Kesehatan	4	0	0	4
	D3 Teknik Elektromedik/ATEM	7	0	0	7
	D3 Rekam Medik/D3 MARM	8	3	10	21
	D3 Radiografer/APRO/ATRO	9	0	2	11
	D3 Kes Gigi/ATG/AKG	3	0	0	3
	D3 Analis Kesehatan/AAK	13	0	2	15
	SPTG	2	0	0	2
	SMAK	9	0	0	9
	Sub Total	57	3	14	74
VIII.	Non Kesehatan :				
	S-2 Magister Manajemen Rumah Sakit	1	0	0	1
	S-2 Magister Manajemen	2	0	0	2
	S-2 Magister Sains	1	0	0	1
	S-2 Ekonomi Pembangunan	1	0	0	1
	S-1 Ekonomi Akuntansi	10	0	3	13
	S-1 Ekonomi Manajemen	9	0	0	9
	S-1 Hukum	4	0	1	5

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH			TOTAL
		PNS	CPNS	BLU	
	S-1 Sosial	2	0	0	2
	S-1 Psikologi	1	0	0	1
	S-1 Administrasi Negara	6	0	0	6
	S-1 Komunikasi Masyarakat	1	0	0	1
	S-1 Teknik Informatika	1	0	0	1
	S-1 Sistem Informasi	0	0	1	1
	S-1 Teknik Sipil	0	0	0	0
	S-1 Teknik Elektro	0	0	2	2
	S-1 Teknik Mesin	0	0	1	1
	D-3 Manajemen Informatika	2	0	6	8
	D-3 Teknik Komputer	3	0	2	5
	D-3 Teknik Sipil	1	0	1	2
	D-3 Teknik Listrik	1	0	1	2
	D-3 Akuntansi	6	2	15	23
	D-3 Perpustakaan	2	0	0	2
	D-3 Teknik Informatika	0	0	2	2
	D-3 Manajemen Informatika Perbankan	0	0	2	2
	D-3 Teknik Mesin	0	0	2	2
	D-3 MARS	0	0	4	4
	D-3 Manajemen Perusahaan	0	0	1	1
	D-3 Hubungan Masyarakat	0	0	3	3
	D-3 Sekretari	0	0	1	1
	SMA/SMU/SLTA	77	0	68	145
	SMEA	23	0	3	26
	SMK	4	0	58	62
	STM	9	0	6	15
	SKKA	3	0	0	3
	SMKK	3	0	2	5
	KPAA	12	0	0	12
	SPG	0	0	1	1
	Paket C	7	0	3	10
	ST	1	0	0	1
	SLTP/SMP	8	0	5	13
	Paket B	0	0	1	1
	SD	3	0	5	8
	Sub Total	204	2	200	406
	GRAND TOTAL	737	12	334	1083

Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Sumber daya manusia yang mendukung layanan operasional di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro lebih banyak didominasi oleh personel dengan pendidikan D3 yang mana personil-personil tersebut merupakan perawat dan tenaga teknisi medis.

Grafik 41. Proporsi SDM RSST Berdasar Pendidikan



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

2.1.2.3. Kinerja Pendidikan dan Penelitian

Data Pelatihan Karyawan RSST

•Jumlah Karyawan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan *ex house*

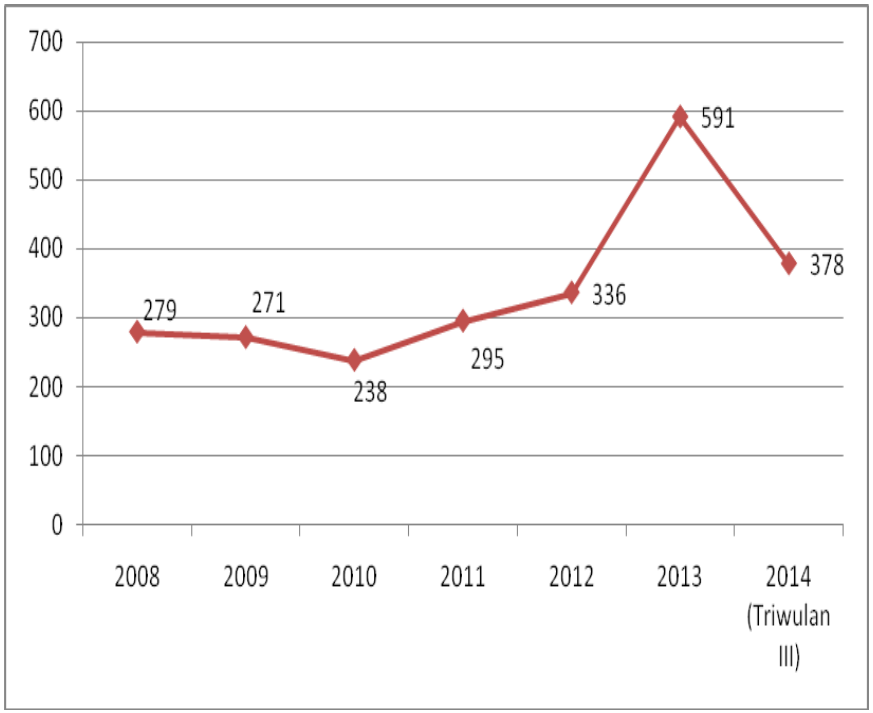
Terjadi peningkatan jumlah SDM RS yang menjadi peserta pelatihan dari tahun 2008 – 2013, dengan rata-rata per tahun terdapat 335 staf yang dikirim. Adapun sampai dengan bulan Mei 2014 tercatat sejumlah 199 orang. Hal ini sejalan dengan misi Pengembangan dan Pemberdayaan SDM RSST yang ditunjang dengan peningkatan anggaran serta perbaikan tata kelola pelatihan. Beberapa kegiatan khusus yang berlangsung di rumah sakit juga menjadi penyebab, termasuk diantaranya perubahan dalam tata kelola kepemimpinan, tata kelola manajerial SDM dan Pelayanan, tata kelola keuangan dan sarana prasarana, akreditasi, peningkatan status RS, dan lainnya. Untuk menunjang program pelayanan Rumah Sakit, kegiatan pelatihan mendapat lebih banyak perhatian dengan adanya penambahan anggaran untuk pelatihan baik diklat teknis, fungsional, maupun al. Menjadi tugas dari Bagian Pendidikan dan Penelitian untuk terus menerus melakukan monitoring dan evaluasi agar tujuan pengembangan SDM tercapai sejalan dengan program pengembangan RS, perubahan paradigma dalam pemberdayaan SDM, sermasuk adanya UU ASN.

•Jumlah Karyawan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan *in house*

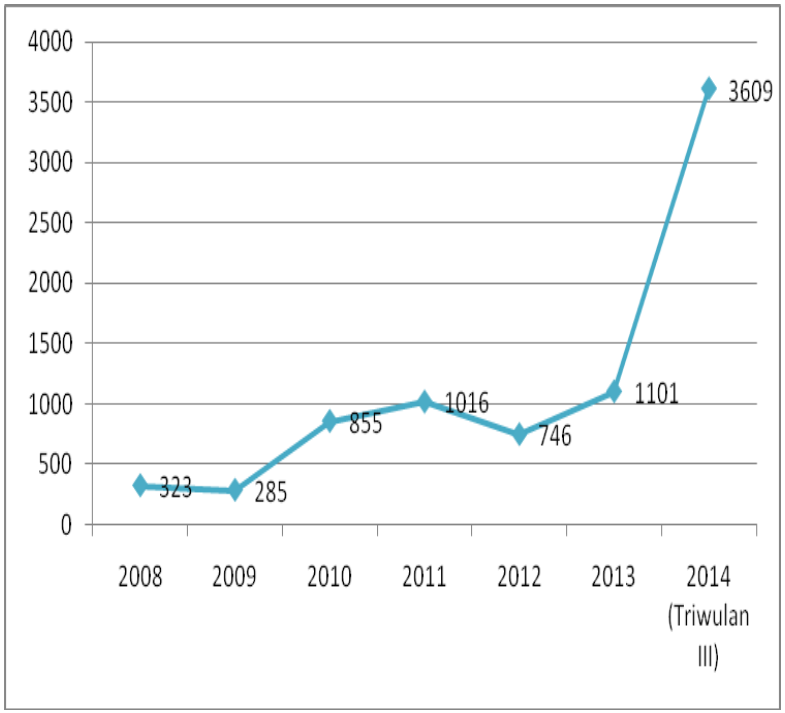
Program pelatihan in house menjadi salah satu program utama RS dalam pengembangan dan pemberdayaan SDM RS, terutama dengan mempertimbangkan efisiensi pembiayaan, efektifitas dan berbagai pertimbangan lainnya. Daya jangkau manfaat yang lebih luas, serta adanya pelatihan yang dekat dengan tempat kerja serta lahan percontohan memberikan catatan tersendiri dalam penyelenggaraannya. Dalam upaya mendukung program pengembangan pelayanan dan tuntutan program pemerintah, terutama dengan mempertimbangkan isu strategis korporasi dan supra sistem, maka diupayakan adanya pengembangan dan pemberdayaan SDM dan dengan memperhatikan *Training Need Analysis* (*TNA*) yang disesuaikan dengan usulan satuan kerja kerja, indikator kinerja Korporasi (SPM mendapatkan pelatihan > 20 jam dengan target > 60%) dan azas manfaat. Terjadinya lonjakan-lonjakan yang cukup tajam pada tahun 2011 dan 2013 dikarenakan adanya kepentingan akreditasi (Bidang Pelayanan dan RS Pendidikan) dan pada tahun 2014 ini seluruh karyawan RS serta mitra yang berkecimpung di lingkungan rumah sakit mendapat pelatihan *in house* mengenai lima kemampuan pokok/dasar akreditasi yaitu: Bantuan Hidup Dasar, *Patient Safety, Service Excellent*, K3 dan PPI.

Grafik 42. Jumlah Peserta Pelatihan SDM RSST Berdasar Lokasi

a. Pelatihan *Ex House*



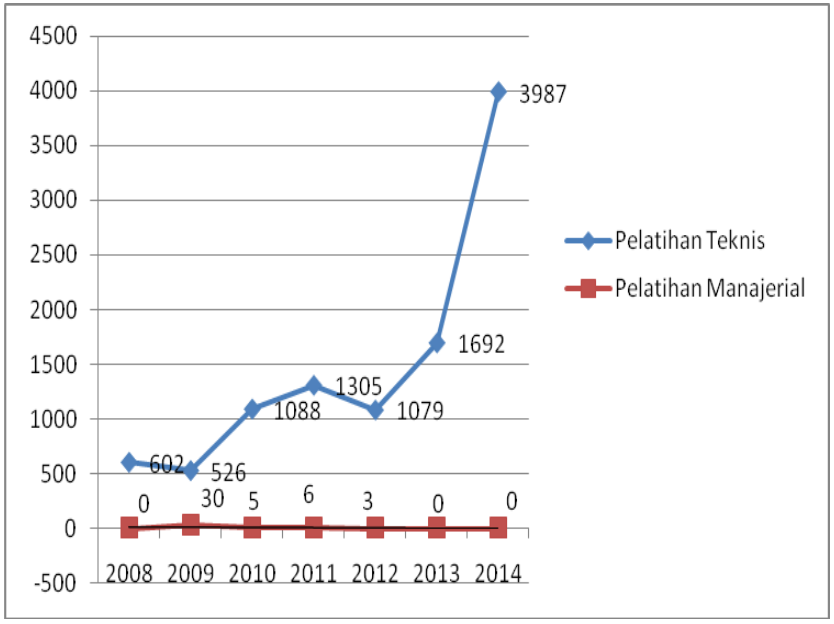
b.Pelatihan *In house*



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Pada tahun 2012 dan 2013 tercatat pencapaian SPM Pelatihan (*ex house dan in house*) sebesar 53,97% dan 68,7%. Dipastikan di tahun 2014, pencapaiannya jauh melebihi angka tersebut. Apabila dilihat dari jenis pelatihannya, maka dapat dicatat kinerja sebagai berikut.

Grafik 43. Jumlah Peserta Pelatihan Berdasar Jenis Pelatihan Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



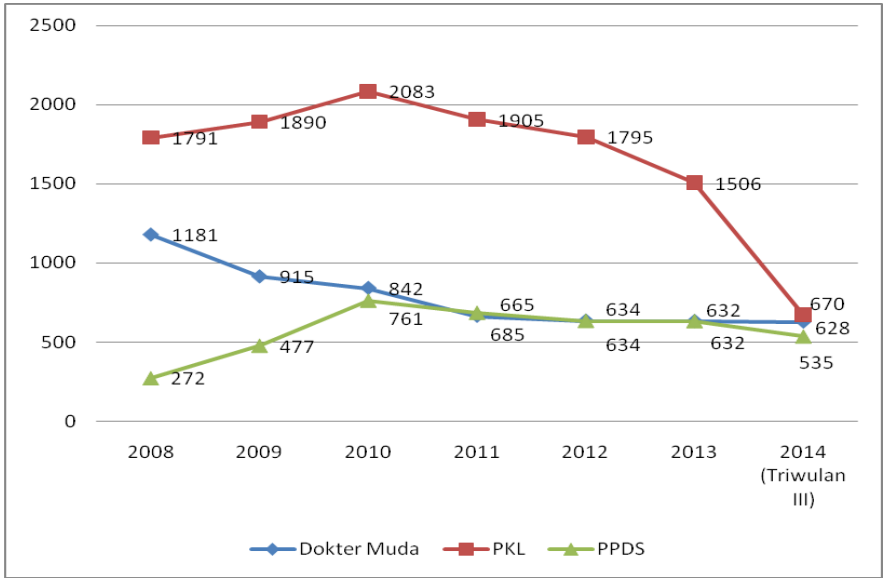
Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Kinerja Pendidikan dan Pelatihan

Kinerja Pendidikan dan Pelatihan Peserta Didik

Sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang telah berlangsung sangat lama (jaman Belanda), RSST memiliki kerjasama dengan banyak Insitusi Pendidikan. Berikut adalah data jumlah peserta didik dari berbagai institusi tersebut, berdasarkan Perjanjian Kerja Sama (PKS), terbagi dalam tiga katagori yaitu pendidikan bagi Dokter Muda FK UGM (Co ass), Peserta PPDS 1 FK UGM dan FK UI dan FK UNDIP (Residen), serta peserta pendidikan non dokter (peserta Praktek Klinik Lapangan/PKL).

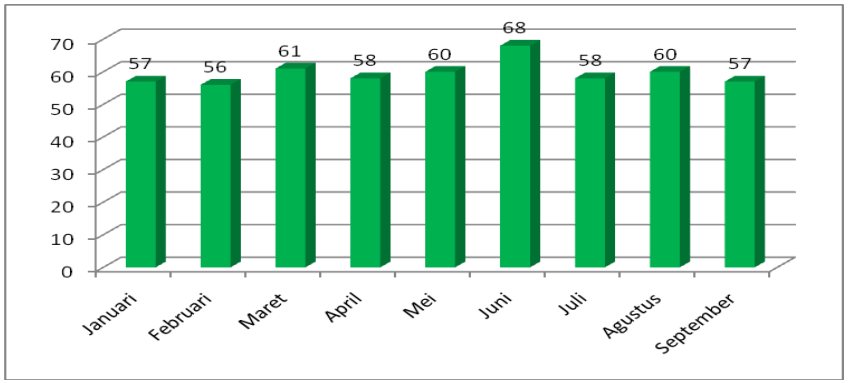
Grafik 44. Jumlah Peserta Didik RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



RSST sebagai cikal bakal lahirnya Fakultas Kedokteran UGM menyumbang sejarah yang sangat berarti bagi perkembangan pendidikan kedokteran di Indonesia. Sehingga dari tahun ke tahun RSST menjadi jejaring Utama Fakultas Kedokteran UGM sekalipun kemudian karena terkendala peraturan sertifikasi di tahun 2013 dinyatakan menjadi RSP Satelit bagi RK UGM dengan perjanjian Tri Partid bersama RSUP dr. Sardjito sebagai RSP Utama.

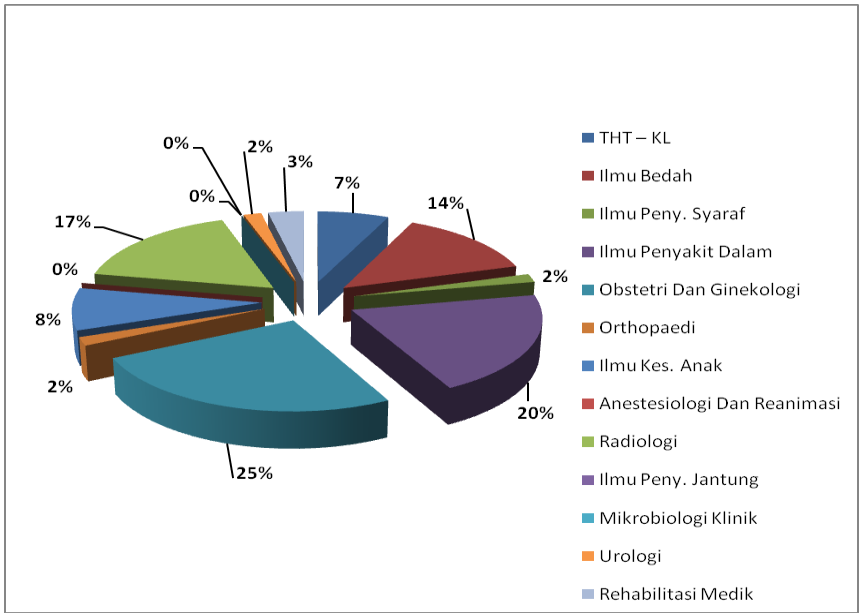
Pertumbuhan jumlah Co-ass yang stase mengalami dinamika yang yang terus menurun. Hal ini bukan karena pertanda buruknya pengelolaan peserta didik oleh RS, namun lebih kepada upaya peningkatan mutu pendidikan sejalan dengan Standarisasi dan Klasifikasi Rumah Sakit Pendidikan, dengan mengatur proporsi peserta didik dengan jumlah pendidik, selain dibukanya beberapa lahan pendidikan Co-ass FK UGM di beberapa rumah sakit lain di Jawa Tengah dan DIY . Pada tahun 2014 terdapat beberapa perubahan regulasi, dan dipastikan akan berpengaruh pada kenaikan jumalh co as

Grafik 45. Jumlah Peserta PPDS I per Bulan Tahun 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Grafik 46. Jumlah Peserta PPDS I Berdasar SMF Tahun 2014 (sd Triwulan III)



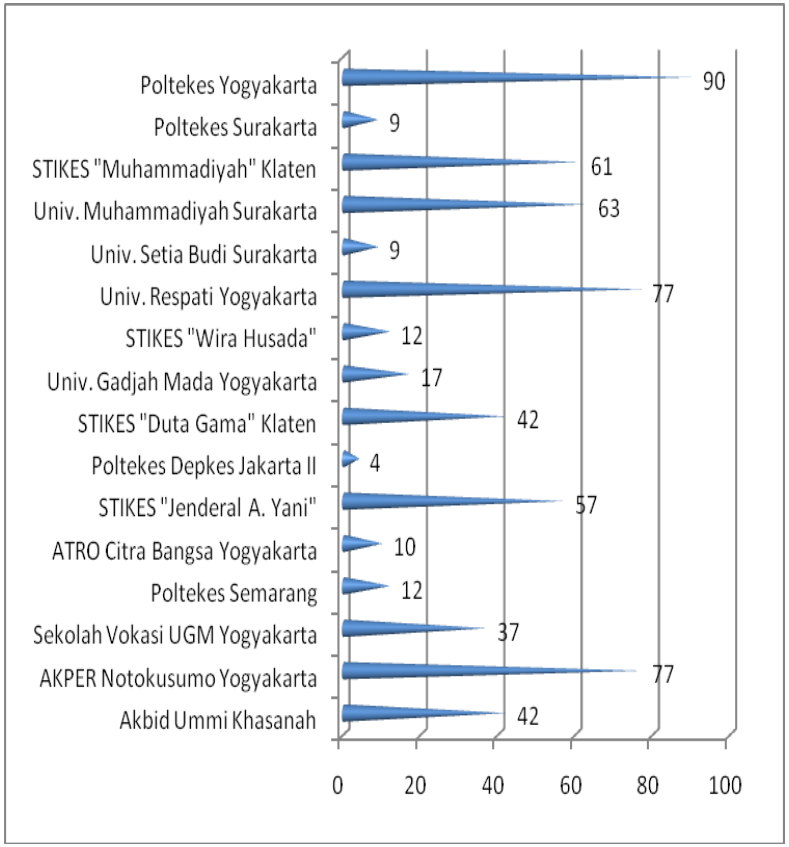
Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Dari data tersebut terlihat bahwa jumlah pengiriman PPDS I terbanyak adalah dari SMF Obsgin sejumlah 146 (23 %), terendah adalah SMF Urologi sejumlah 2 orang (0 %). Adapun jumlah pengiriman Residen terbanyak terjadi pada bulan November, sebanyak 61 orang (10 %).

•Kinerja Praktek Kerja Lapangan (PKL)

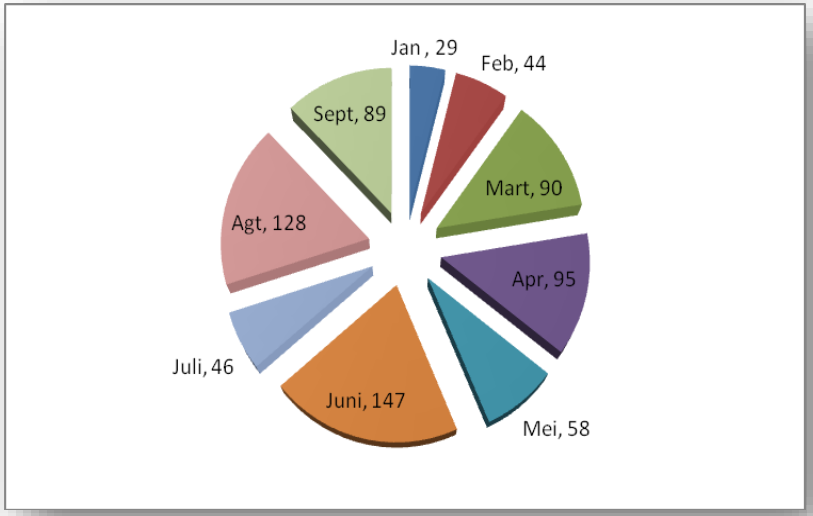
Sesuai visi dan misi untuk mengembangkan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan memunculkan banyaknya permintaan kerjasama dari institusi pendidikan ke RS. Pengiriman Peserta pendidikan ke rumah sakit selalu didasari oleh adanya PKS antara RS dengan institusi pendidikan pengirim. Terjadi trend yang meningkat secara tajam dari tahun 2008 sampai 2010, kemudian dari tahun 2010 sampai 2012 trend tersebut menjadi turun. Hal ini dikarenakan antara tahun 2008 sampai tahun 2010 ada peningkatan jumlah kerjasama antara institusi pendidikan dengan RS, namun belum ada batasan prasyarat yang mendasari terbentuknya kerjasama ini sehingga RS cenderung menerima permintaan MOU dari institusi. Sejalan dengan visi misi RS di bidang pendidikan, peningkatan mutu pendidikan selalu ditingkatkan dengan selalu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses pendidikan, dengan salah satu upaya melalui evaluasi PKS dengan institusi pendidikan sejak tahun 2011 dengan dikeluarkannya SK Direktur Utama No. HK.03.06/II.1/9687/2012 tentang Kerjasama Lembaga-lembaga Pendidikan dengan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Dalam peraturan tersebut dipersyaratkan institusi pendidikan yang akan bekerjasama harus terakreditasi minimal B dengan jenjang minimal adalah prodi Diploma III (D3).

Grafik 47 Jumlah Peserta PKL Per Institusi Pendidikan Tahun 2014 (sd Triwulan III)



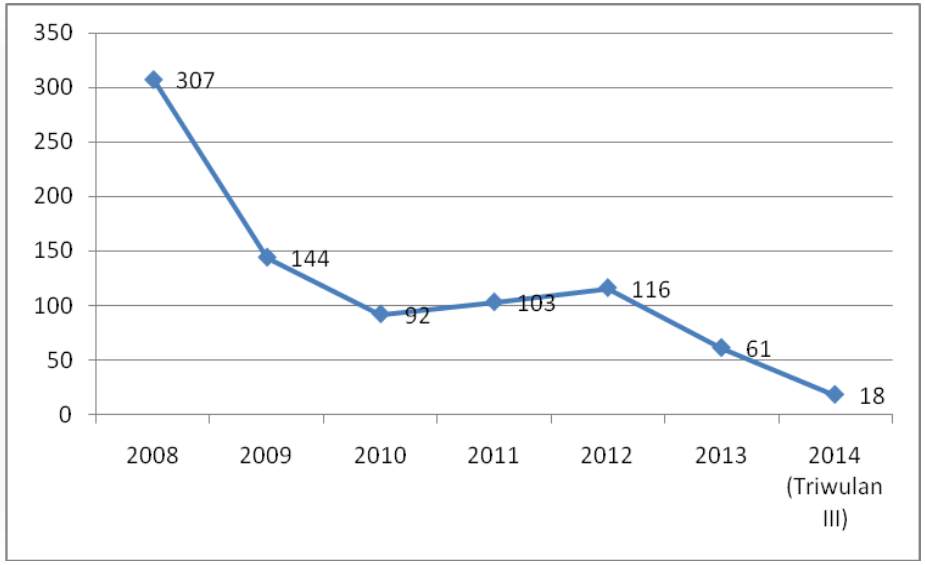
Sumber : Data internal RSST yang diolah

Grafik 48 Jumlah Proporsi peserta PKL Per bulan kedatangan Tahun 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah

Grafik 49 Jumlah Peserta Magang di RSST Tahun 2008 – 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah

Dari data di tahun 2013, didapatkan jumlah pengiriman peserta PKL terbanyak adalah dari STIKES Muhammadiyah Klaten sejumlah 257 orang (17,06 %). Sedangkan jumlah peserta PKL paling sedikit adalah dari Universitas Jenderal Sudirman Purwokerto sejumlah 4 orang (0,26 %). Terlihat bahwa pengiriman terbanyak peserta PKL terjadi di bulan Januari sejumlah 205 orang (14%), dan paling sedikit pada bulan Agustus yaitu sejumlah 35 orang (2%).

Terjadi trend yang tidak menentu dari peserta magang kerja di RSST. Pembenahan sistem dalam proses penerimaan peserta magang (SOP) dengan mengedepankan mutu pelayanan serta keselamatan pasien diduga menjadi salah satu faktor, disamping perlu ditinjaunya berbagai faktor lainnya.

Penelitian dan pengembangan menurut PP nomor 39 tahun 1995 tentang penelitian dan pengembangan kesehatan sebagai berikut :

a. Penelitian dan pengembangan kesehatan adalah kegiatan ilmiah yang dilakukan menurut metode yang sistematik untuk menemukan informasi ilmiah dan / teknologi yang baru, membuktikan kebenaran atau ketidak benaran hipotesis sehingga dapat dirumuskan teori atau suatu proses gejala alam dan atau sosial di bidang kesehatan, dan dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk tujuan praktis di bidang kesehatan
b. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan adalah setiap peneliti, lembaga atau badan hukum baik milik Negara maupun swasta, yang menyelenggarakan penelitian dan pengembangan kesehatan.
c. Peneliti adalah setiap orang yang bertugas melakukan penelitian dan pengembangan kesehatan.
d. Penerapan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memanfaatkan atau menggunakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan bagi kepentingan praktis.

Selaras dengan visi misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro 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 dan fungsi corporasi ini. Terdapat dua jenis penelitian yang dikelola oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, yaitu penelitian oleh karyawan dan penelitian oleh peserta didik.

Penelitian oleh Karyawan.

Merupakan penelitian yang dilakukan oleh karyawan RSST dan diharapkan akan memberikan sumbangan keilmuan dan manfaat bagi institusi. Penelitian oleh karyawan masih sangat minimal dilakukan, penelitian yang dilakukan dalam rangka menyelesaikan pendidikan formalnya. Namun demikian ada beberapa hasil penelitian yang dilakukan oleh Staf Medik walaupun publikasinya belum seperti yang ditargetkan. Kemudian dari beberapa hasil penelitian tersebut ada yang sudah dipublikasikan tingkat nasional maupun internasional. Selain itu selama kurun waktu 2008 – 2013 secara rutin di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro diselenggarakan lomba karya tulis ilmiah dengan peserta staff paramedik keperawatan dengan tema mengambil tema yang ada pada asuhan keperawatan sehari-hari.

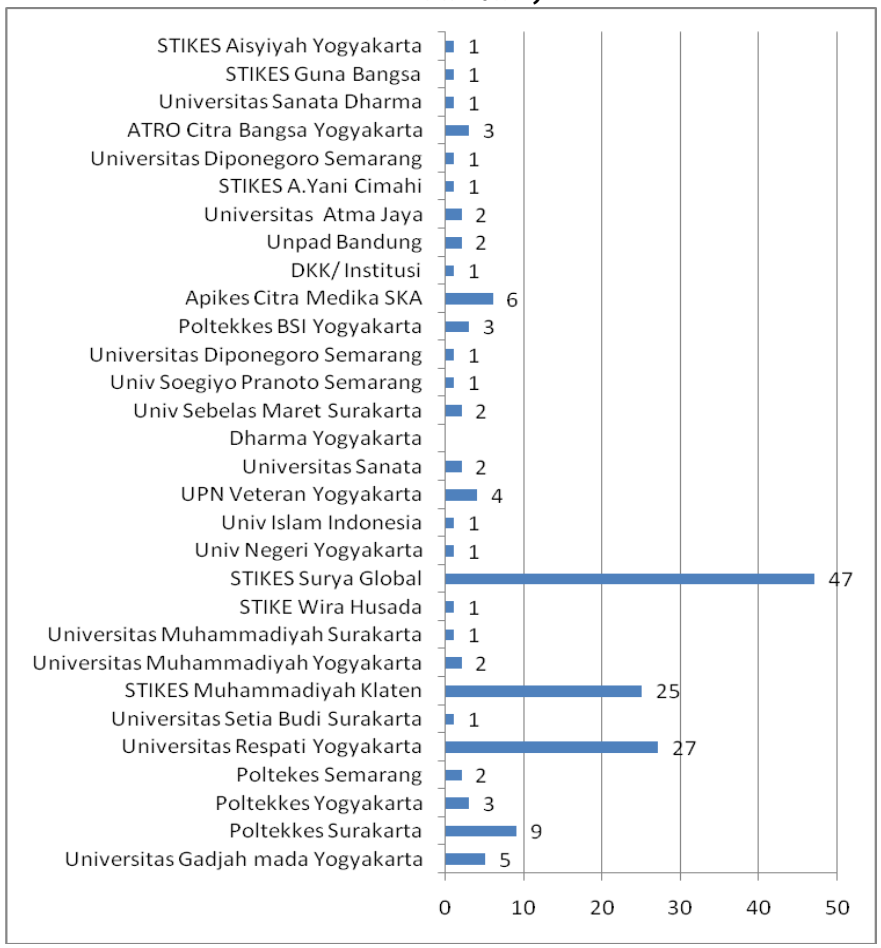
Minimnya penelitian yang dilakukan oleh karyawan menjadi cerminan bahwa kegiatan penelitian masih dianggap kegiatan yang kurang penting dalam kegiatan pelayanan. Padahal perlu diingat bahwa penelitian merupakan salah satu *core bisnis* RS pendidikan dan menjadi salah satu prasyarat kinerja para pendidik. Kurangnya sosialisasi, kurangnya kegiatan yang bisa meningkatkan minat para staff rumah sakit juga memberikan kontribusi lemahnya kegiatan ini.

Penelitian oleh Peserta Didik.

Selama kurun waktu tahun 2009 sampai dengan 2013 jumlah penelitian dari tahun 2009 senantiasa mengalami kenaikan. Prosentase kenaikan terbesar pada tahun 2010 yaitu sebesar 62,7 %. Kenaikan ini seiring dengan bertambahnya jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama dengan RSST jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Sampai saat ini telah banyak dihasilkan penelitian dan pengembangan kesehatan, namun pemanfaatannya belum optimal dalam mendukung pengambilan keputusan. Perubahan peraturan mengenai prosedur / prasyarat penelitian dalam rangka perbaikan mutu, adanya kesibukan luar biasa dalam berbagai kinerja SDM RS menyebabkan menurunnya angka penelitian pada tahun 2012.

Namun jika ditinjau dari mutu substansi penelitian serta upaya mengedepankan mutu dan keselamatan pasien, maka penurunan jumlah penelitian peserta didik ini tidak menjadi masalah utama. Dari keseluruhan peneliti di tahun 2012, jika dilihat dari jenjang pendidikan proporsi terbanyak dari tingkat Strata 1 (S1) sebanyak 74 peneliti kemudian disusul jenjang Diploma III, DIV, S2 dan institusi (corporate). Proporsi yang tergolong banyak S1 dan DIII menunjukkan angka yang relatif berimbang, karena mayoritas institusi yang menjalin kerjasama dengan RS adalah prodi D3 dan Strata 1. Akan tetapi di tahun 2011 dirintis Penelitian "Uji Klinik Vaksin Rotavirus (RV3)" , penelitian ini diselenggarakan oleh Bagian Ilmu Kesehatan Anak Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan "*Indonesian Rotavirus Surveilance Network* dan *Murdoch Children Institute Research*" yang direncanakan akan dilaksanakan selama 5 tahun.

Grafik 50. Proporsi Peneliti Berdasar Institusi Peneliti Tahun 2014 (sd Triwulan III)



Sumber : Data internal RSST yang diolah.

Di tahun 2014 tercatat 104 penelitian dari peserta didik, baik dari jenjang D3 sampai S2 dengan proporsi terbanyak dari jenjang S1 sejumlah 63 peneliti, kemudian disusul D3 berjumlah 29 peneliti, Prodi DIV ada 7 peneliti serta ada 3 orang peneliti jenjang S2. Selanjutnya sampai pada bulan Mei 2014 tercatat 4 penelitian karyawan yang sedang berproses yang dilakukan oleh staff Medik dan paramedik keperawatan, meskipun sampai bulan Juni belum ada hasil penelitian karyawan yang terpublikasikan. Namun upaya –upaya terus dilakukan untuk mencapai target penelitian yang terpublikasi sesuai target.

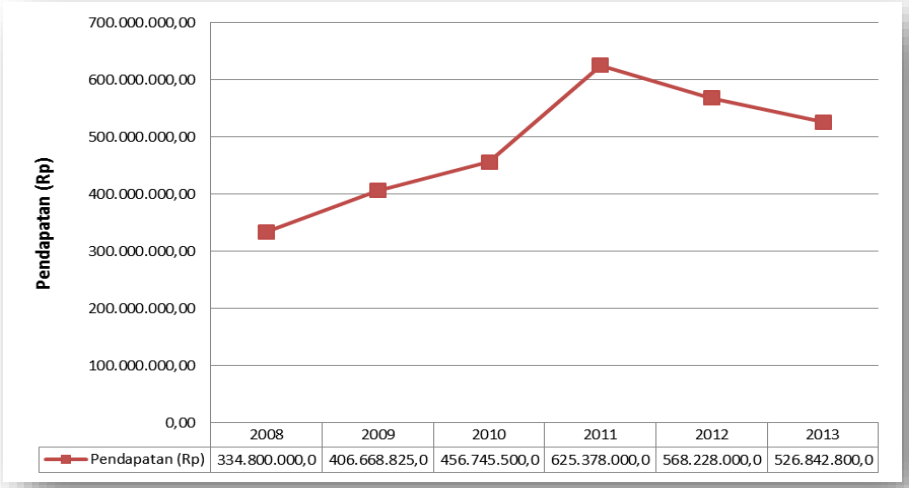
2.2 Analisa Finansial

2.2.1 Pendapatan Pelayanan

Pendapatan Pendidikan dan Pelatihan

Pendapatan Diklit selama empat tahun sejak 2008 hingga 2011 tercatat meningkat signifikan, sementara pada tahun 2012 – 2013 justru mengalami penurunan. Kenaikan pendapatan tertinggi dalam kurun waktu tersebut terjadi pada tahun 2011 yang naik Rp 168.632.500,00 atau naik 36,92% dari tahun sebelumnya. Sementara penurunan terbesar terjadi pada tahun 2012 yang tercatat sebesar Rp 57.150.000,00 atau turun 9,14% dari tahun sebelumnya.Pertumbuhan Pendapatan Diklit selama lima tahun tersebut rata-rata mencapai 9,49% setiap tahunnya sejak tahun 2008 atau rata-rata bertumbuh sebesar Rp 38.408.560,00sejak tahun 2008.

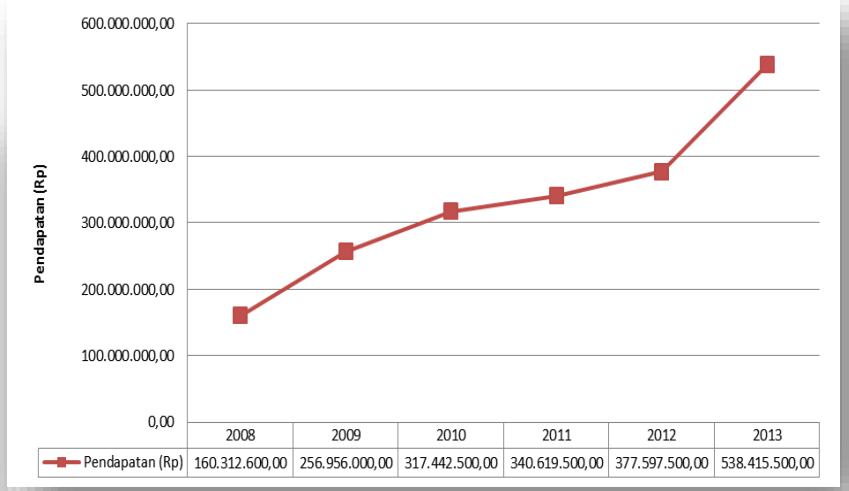
Grafik 51 Pendapatan Diklit Tahun 2008 – 2013



Pendapatan Rawat Jalan Tahun 2008 – 2013

Poliklinik Spesialis Bedah selama periode tahun 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dengan peningkatan terbesar terjadi pada tahun 2009 yang pendapatannya meningkat 60,28% atau Rp 96.643.400,00 dari tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik Spesialis Bedah selama periode tahun 2008 – 2013 rata-rata mencapai 27,87% setiap tahunnya sejak tahun 2008 atau rata-rata bertumbuh sebesar Rp 75.620.580,00setiap tahunnya sejak tahun 2008.

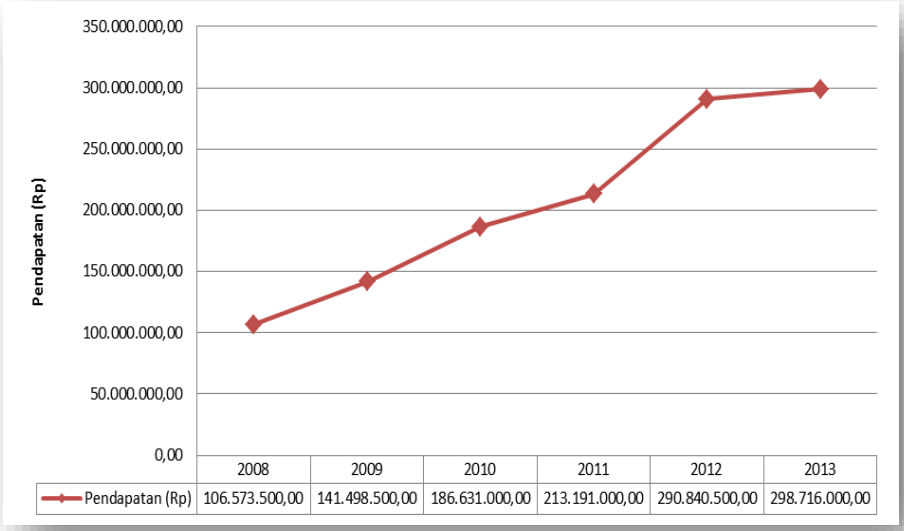
Grafik 52 Pendapatan Poliklinik Spesialis Bedah Tahun 2008 – 2013



Poliklinik Spesialis Obgyn selama periode tahun 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan terutama pada tahun 2012 ketika pendapatan Poliklinik Spesialis Obgyn bertambah Rp 77.649.500,00 atau meningkat 36,42% dari tahun sebelumnya dan merupakan kenaikan tertinggi selama periode lima tahun tersebut. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik Spesialis Obgyn selama kurun waktu tersebut rata-rata mencapai 23,12% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sebesar Rp 38.428.500,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

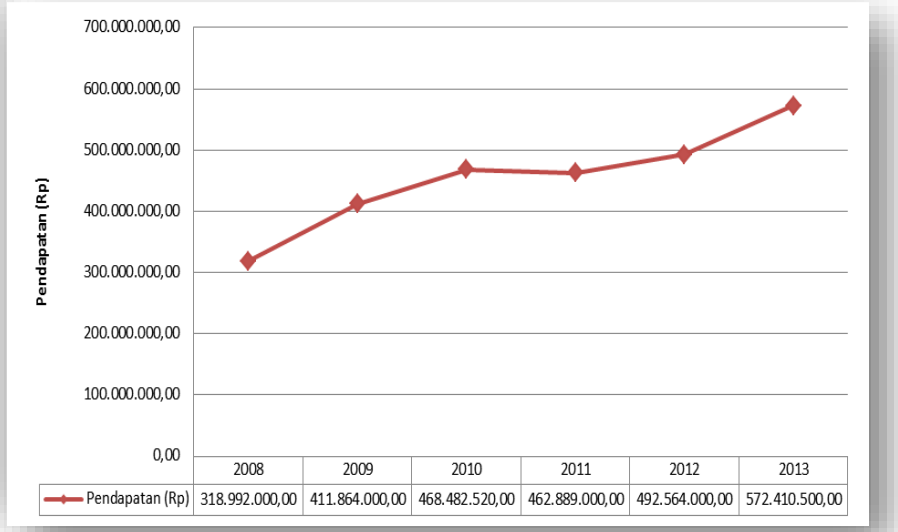
Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam selama periode tahun 2008 – 2013 menunjukkan pendapatan yang cenderung meningkat, kecuali pada tahun 2011 yang mengalami penurunan pendapatan sebesar Rp 5.593.520,00 atau menurun 1,19% dibandingkan tahun sebelumnya. Kenaikan pendapatan tertinggi dalam periode tersebut terjadi pada tahun 2009 saat pendapatan Poliklinik meningkat Rp 92.872.000,00 atau naik 29,11% dibandingkan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik rata-rata mencapai 12,43% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sebesar Rp 50.683.700,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 53 Pendapatan Poliklinik Spesialis Obgyn Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	106.573.500,00	141.498.500,00	186.631.000,00	213.191.000,00	290.840.500,00	298.716.000,00

Grafik 54 Pendapatan Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam Tahun 2008 – 2013

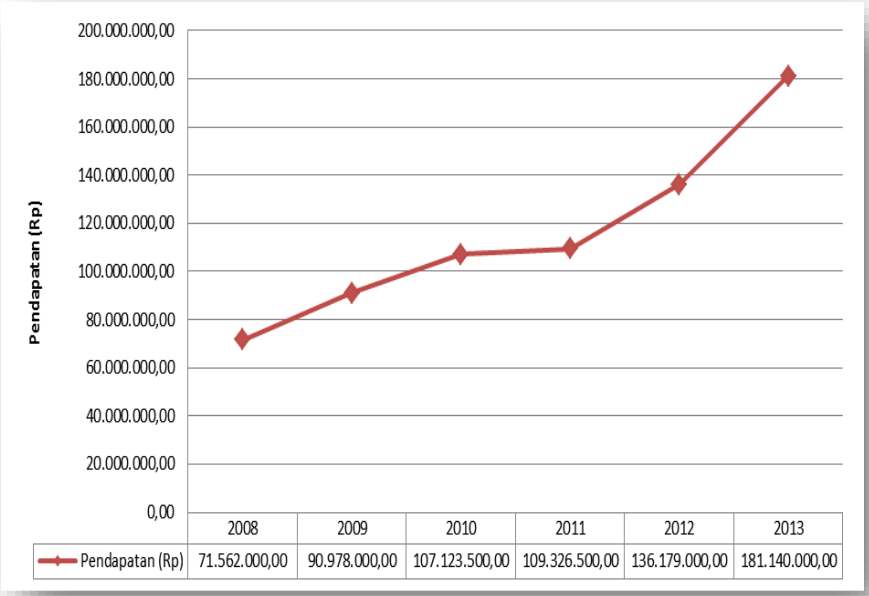


	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	318.992.000,00	411.864.000,00	468.482.520,00	462.889.000,00	492.564.000,00	572.410.500,00

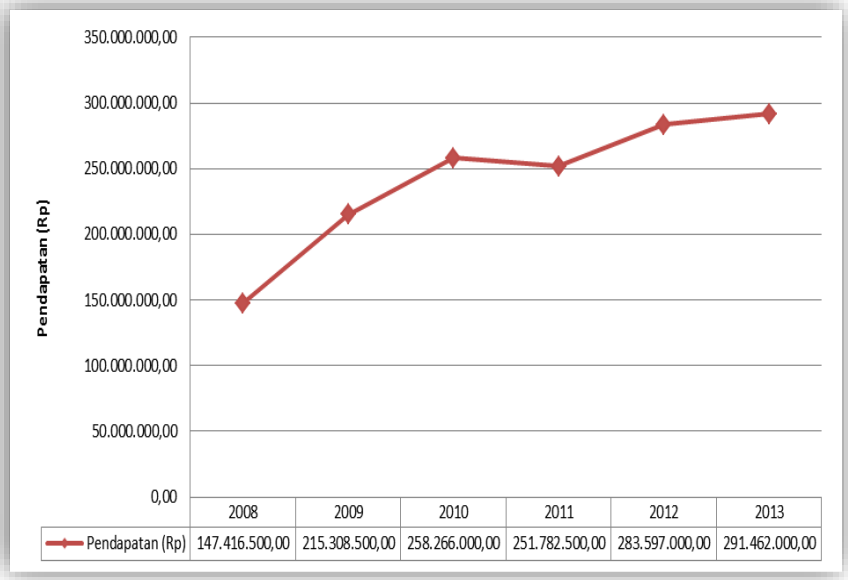
Poliklinik Spesialis Anak selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama pada tahun 2013 saat peningkatan pendapatan Poliklinik mencapai puncak dengan kenaikan sebesar Rp 44.961.000,00 atau naik 33,02% dibandingkan pendapatan Poliklinik tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik selama kurun waktu tersebut rata-rata mencapai 20,56% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sebesar Rp 21.915.600,00 setiap tahunnya.

Poliklinik Spesialis THT selama kurun waktu 2008 – 2013 membukukan pendapatan yang cenderung meningkat, kecuali selama periode tahun 2011 saat pendapatan Poliklinik mengalami sedikit penurunan yaitu sejumlah Rp 6.483.500,00 atau berkurang 2,51% dibandingkan pendapatan tahun sebelumnya. Kenaikan pendapatan tertinggi Poliklinik selama kurun waktu lima tahun tersebut terjadi pada tahun 2009 saat pendapatan Poliklinik naik sejumlah Rp 67.892.000,00 atau meningkat 46,05% dari pendapatan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik selama kurun waktu lima tahun tersebut rata-rata mencapai 14,65% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh Rp 28.809.100,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 55 Pendapatan Poliklinik Spesialis Anak Tahun 2008 – 2013

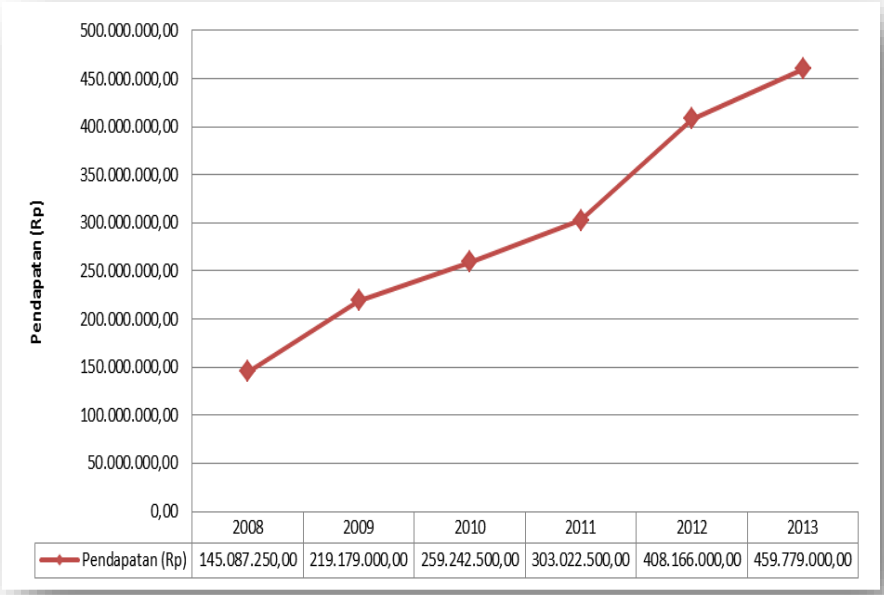


Grafik 56 Pendapatan Poliklinik Spesialis THT Tahun 2008 – 2013



Poliklinik Spesialis Mata selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama pada tahun 2013 saat kenaikan pendapatan Poliklinik mencapai puncaknya dengan kenaikan mencapai sejumlah Rp 105.143.500,00 atau bertambah 34,70% dari pendapatan tahun 2011. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik selama kurun waktu lima tahun tersebut rata-rata mencapai 26,31% setiap tahunnya atau bertumbuh sejumlah Rp 62.938.350,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

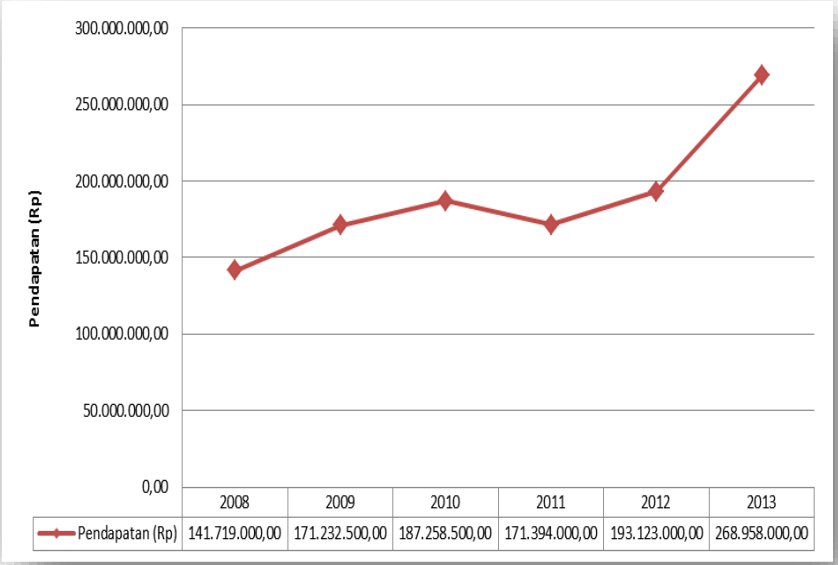
Grafik 57 Pendapatan Poliklinik Spesialis Mata Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	145.087.250,00	219.179.000,00	259.242.500,00	303.022.500,00	408.166.000,00	459.779.000,00

Poliklinik Spesialis Syaraf selama kurun waktu 2008 – 2013 cenderung membukukan peningkatan pendapatan, kecuali pada tahun 2011 saat pendapatan Poliklinik menurun sejumlah Rp. 15.864.500,00 atau berkurang 8,47% dari tahun sebelumnya. Kenaikan pendapatan Poliklinik selama kurun waktu lima tahun tersebut yang tertinggi tercatat pada tahun 2013 dengan kenaikan sejumlah Rp. 75.835.000,00 atau meningkat 39,27% dari pendapatan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik secara rata-rata tercatat positif dengan kenaikan rata-rata 13,70% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 25.447.800,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

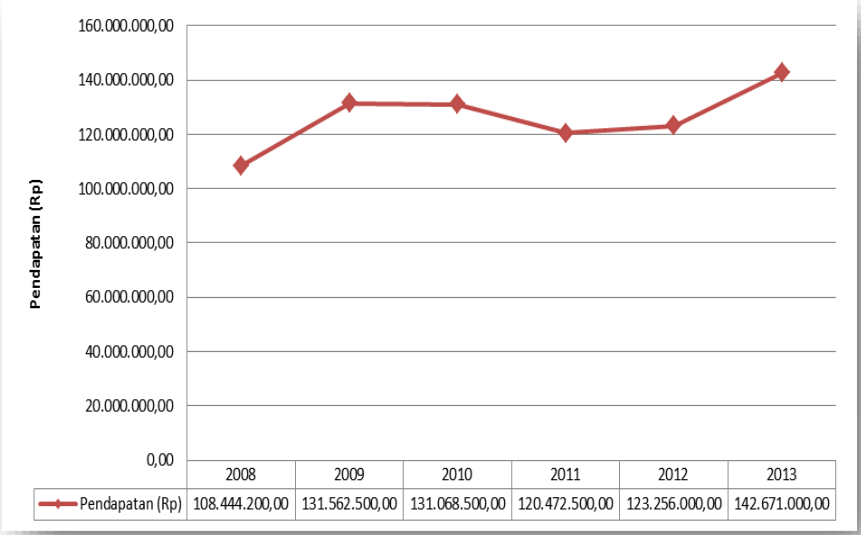
Grafik 58 Pendapatan Poliklinik Spesialis Syaraf Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	141.719.000,00	171.232.500,00	187.258.500,00	171.394.000,00	193.123.000,00	268.958.000,00

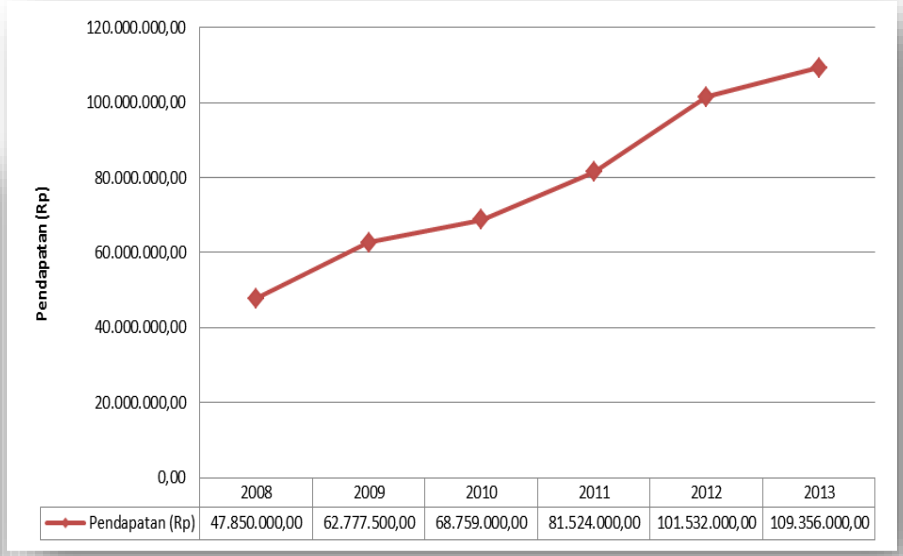
Poliklinik Spesialis Kulit & Kelamin selama kurun waktu 2008 – 2013 secara umum menunjukkan peningkatan pendapatan, meskipun terdapat fluktuasi berupa penurunan pendapatan selama periode tahun 2010 – 2011 dengan penurunan pendapatan terbesar sejumlah Rp 10.596.000,00 atau turun 8,08% yang terjadi selama tahun 2011. Sedangkan peningkatan pendapatan Poliklinik yang tertinggi diraih pada tahun 2009 dengan kenaikan pendapatan sejumlah Rp 23.118.300,00 atau bertambah 21,32% dari tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik secara rata-rata tercatat positif dengan kenaikan rata-rata 5,64% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 6.845.360,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 59 Pendapatan Poliklinik Spesialis Kulit & Kelamin Tahun 2008 – 2013



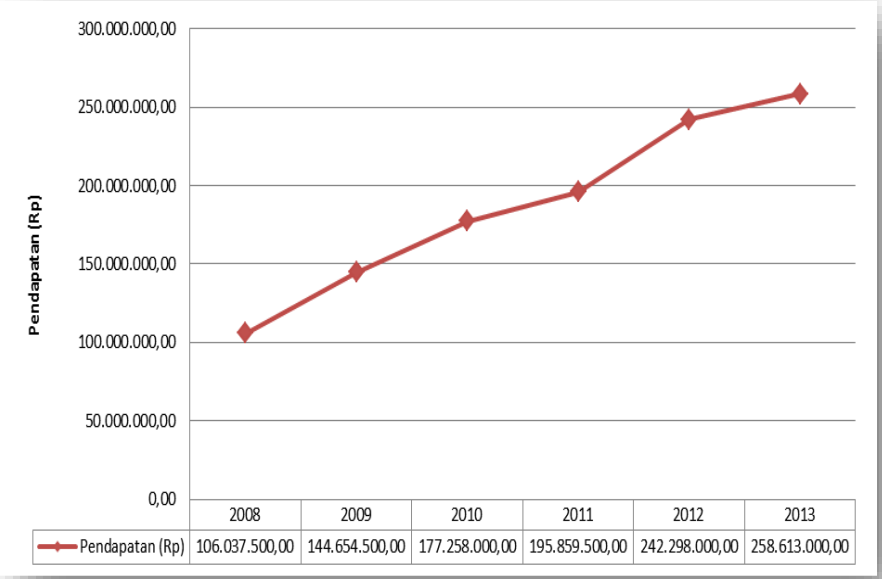
Poliklinik Spesialis Paru selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama pada tahun 2012 ketika Poliklinik mencapai kenaikan pendapatan tertinggi sejumlah Rp 20.008.000,00 atau meningkat 24,54% dari pendapatan Poliklinik tahun 2011. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik rata-rata mencapai 18,07%setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 12.301.200,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 60 Pendapatan Poliklinik Spesialis Paru Tahun 2008 – 2013



Poliklinik Spesialis Jantung selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama selama periode tahun 2012 ketika peningkatan pendapatan Poliklinik mencapai puncaknya dengan kenaikan pendapatan mencapai Rp 46.438.500,00 atau naik 23,71% dari pendapatan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik rata-rata mencapai 19,64% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 30.515.100,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

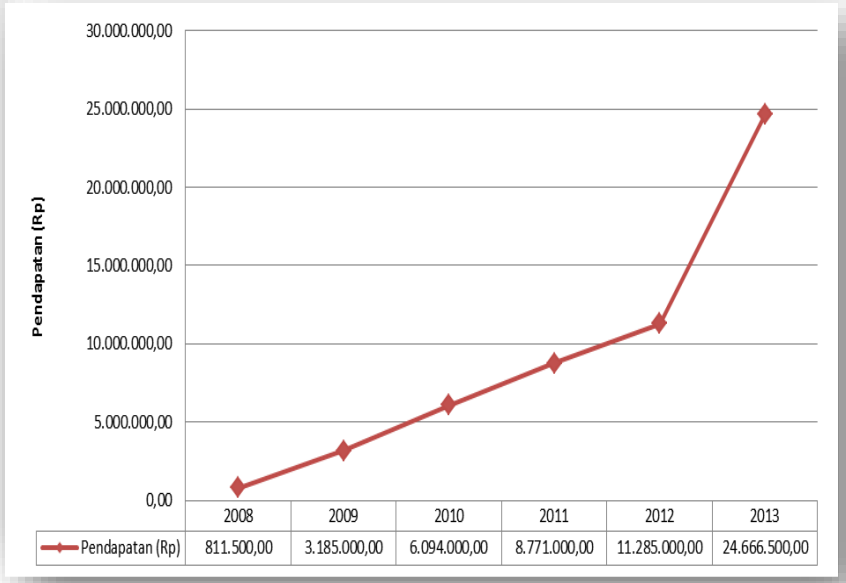
Grafik 61 Pendapatan Poliklinik Spesialis Jantung Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	106.037.500,00	144.654.500,00	177.258.000,00	195.859.500,00	242.298.000,00	258.613.000,00

Poliklinik Psikologi selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten selalu membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama selama tahun 2013 ketika Poliklinik mencapai kenaikan pendapatan tertinggi, yaitu naik sejumlah Rp 13.381.500,00 atau meningkat 118,58% dari pendapatan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan Poliklinik rata-rata mencapai 155,00% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 4.771.000,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 62 Pendapatan Poliklinik Psikologi Tahun 2008 – 2013

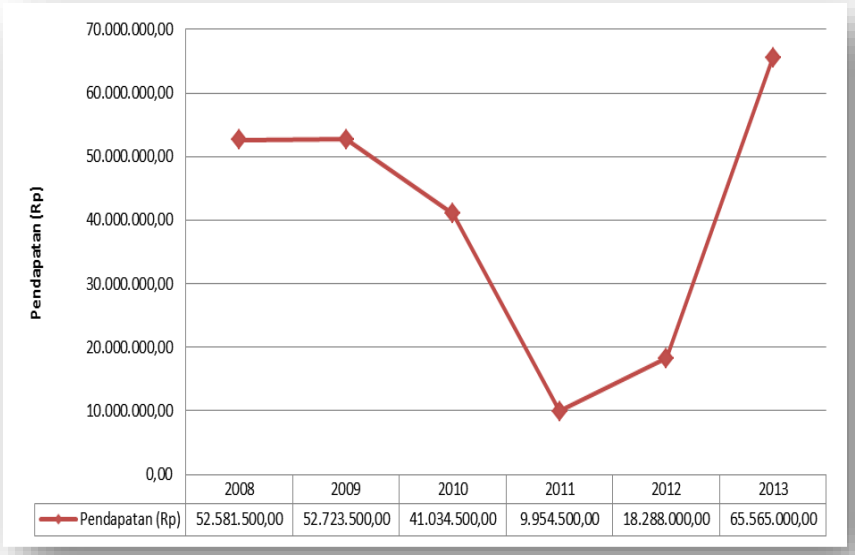


	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	811.500,00	3.185.000,00	6.094.000,00	8.771.000,00	11.285.000,00	24.666.500,00

Poliklinik Triase selama kurun waktu 2008 – 2013 cenderung mengalami penurunan pendapatan yang signifikan, terutama selama tahun 2011 saat pendapatan Poliklinik turun drastis sejumlah Rp 31.080.000,00 atau berkurang 75,74% dari pendapatan Poliklinik di tahun sebelumnya. Peningkatan pendapatan Poliklinik yang signifikan baru tercapai di tahun 2013 saat pendapatan Poliklinik tercatat bertambah sejumlah Rp 47.277.000,00 atau meningkat 258,51% dari pendapatan tahun sebelumnya. Pertumbuhan pendapatan poliklinik selama kurun waktu tersebut rata-rata sejumlah Rp 2.596.700,00 setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh 4,51% setiap tahunnya sejak tahun 2008.

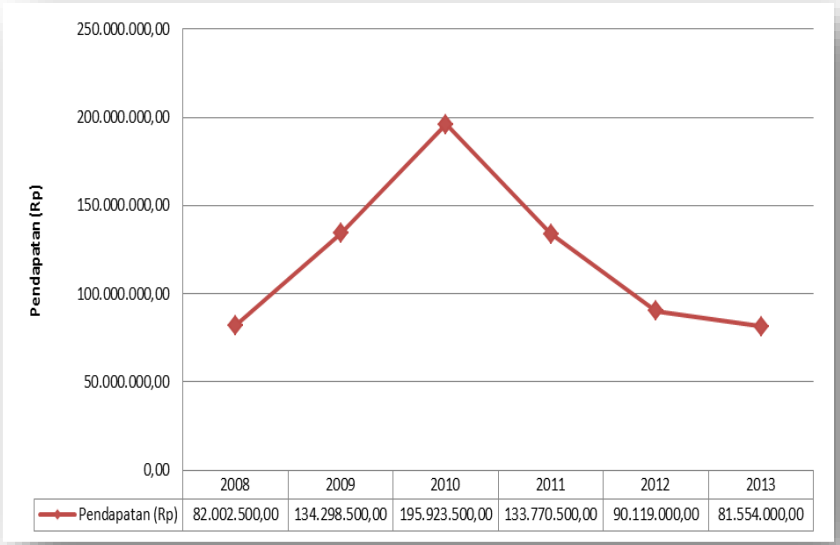
Poliklinik Gigi & Mulut selama kurun waktu tahun 2008 – 2013 tercatat mengalami kenaikan dan penurunan pendapatan yang signifikan dan pada level yang hampir sama, terutama pada tahun 2010 saat pendapatan Poliklinik membukukan kenaikan sejumlah Rp 61.625.000,00 atau meningkat 45,89% dari tahun 2009 dan merupakan total pendapatan tertinggi selama kurun waktu lima tahun tersebut. Akan tetapi pada tahun 2011 pendapatan Poliklinik tercatat turun dalam jumlah yang lebih besar yaitu sejumlah Rp 62.153.000,00 atau menurun 31,72% dari pendapatan tahun 2010. Secara rata-rata pendapatan Poliklinik mengalami penurunan sejumlah Rp 89.700,00 setiap tahunnya atau rata-rata turun 0,11% setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 63 Pendapatan Poliklinik Triase Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	52.581.500,00	52.723.500,00	41.034.500,00	9.954.500,00	18.288.000,00	65.565.000,00

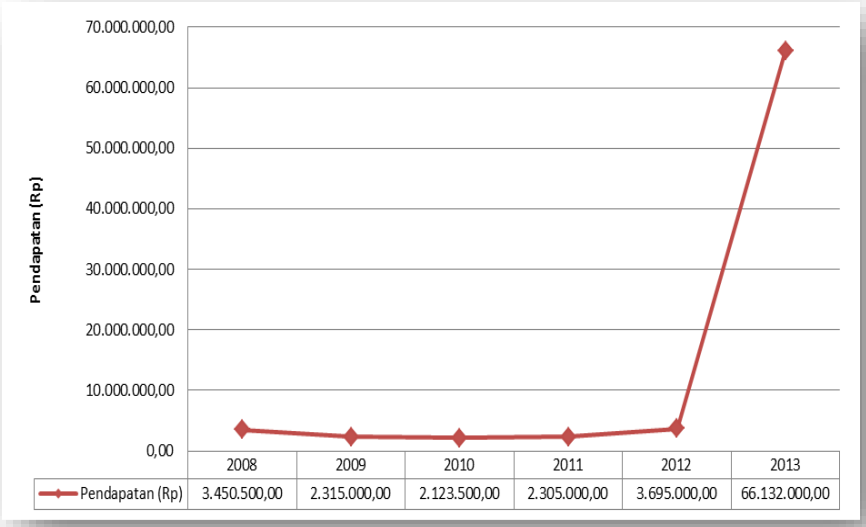
Grafik 64 Pendapatan Poliklinik Gigi & Mulut Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	82.002.500,00	134.298.500,00	195.923.500,00	133.770.500,00	90.119.000,00	81.554.000,00

Poliklinik Gizi selama kurun waktu 2008 – 2013 secara rata-rata tercatat membukukan pertumbuhan pendapatan, meskipun selama periode tahun 2009 – 2010 mengalami penurunan. Kenaikan pendapatan Poliklinik selama tahun 2013 sebesar Rp 62.437.000,00 atau naik 1689,77% dari tahun sebelumnya merupakan rekor pendapatan Poliklinik selama ini, dengan demikian Pendapatan Poliklinik tercatat membukukan rata-rata pertumbuhan 107,92% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh Rp 12.536.300,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

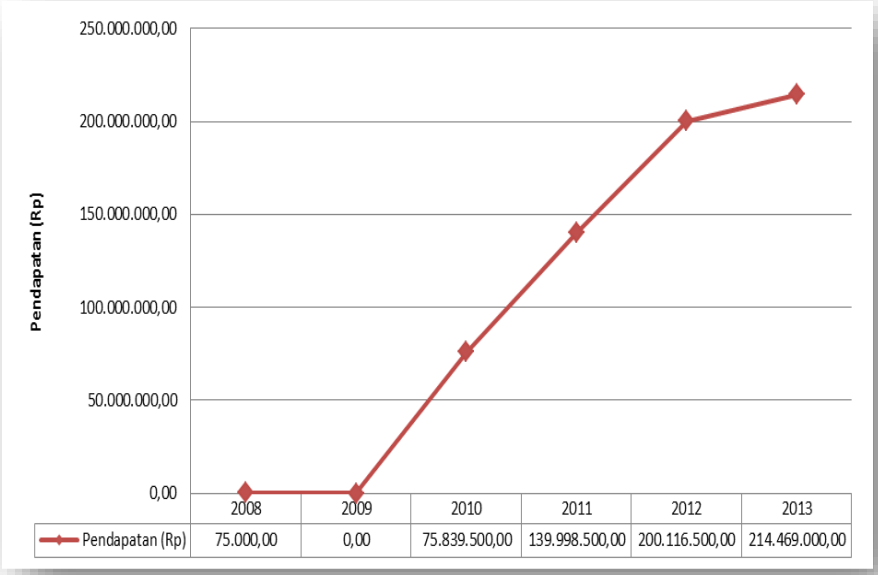
Grafik 65 Pendapatan Poliklinik Gizi Tahun 2008 -2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	3.450.500,00	2.315.000,00	2.123.500,00	2.305.000,00	3.695.000,00	66.132.000,00

Poliklinik Spesialis Bedah Mulut selama kurun waktu 2008 – 2013 tercatat mengalami peningkatan pendapatan yang sangat signifikan setelah memasuki periode tahun 2010 – 2013, sedangkan pada tahun 2009 Poliklinik tidak menerima pendapatan sama sekali. Selama periode 2010 – 2013 pendapatan Poliklinik secara konsisten membukukan kenaikan pendapatan dari tahun ke tahun, dengan kenaikan terbesar dimulai pada tahun 2010 yaitu sejumlah Rp 75.839.500,00. Selama kurun waktu tersebut pendapatan Poliklinik rata-rata mencatatkan pertumbuhan 11475,96% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 42.878.800,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

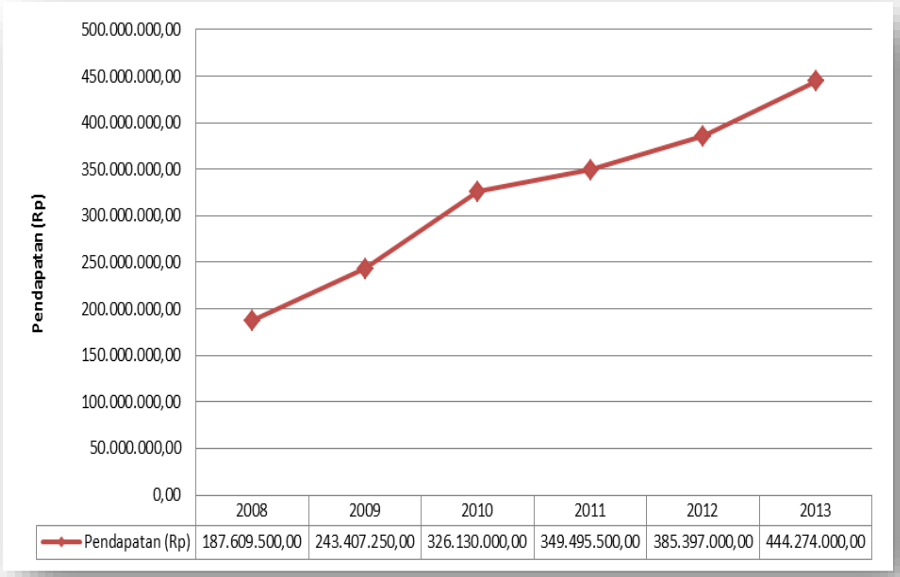
Grafik 66 Pendapatan Poliklinik Spesialis Bedah Mulut Tahun 2008 – 2013



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	75.000,00	0,00	75.839.500,00	139.998.500,00	200.116.500,00	214.469.000,00

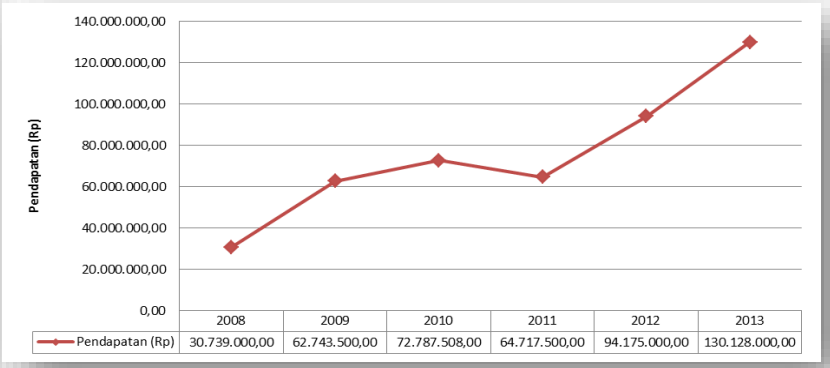
Poliklinik Spesialis Orthopedi selama kurun waktu 2008 – 2013 secara konsisten membukukan peningkatan pendapatan yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama di tahun 2010 saat Poliklinik membukukan kenaikan pendapatan terbesar yaitu sejumlah Rp 82.722.750,00 atau naik 33,99% dari pendapatan tahun sebelumnya. Dalam kurun waktu tersebut tercatat pendapatan Poliklinik membukukan rata-rata pertumbuhan 18,92% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 51.332.900,00 setiap tahunnya semenjak tahun 2008

Grafik 67 Pendapatan Poliklinik Spesialis Orthopedi Tahun 2008 – 2013



Poliklinik Psikiatri selama kurun waktu 2008 – 2013 membukukan pendapatan yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun, kecuali pada periode tahun 2011 ketika pendapatan Poliklinik berkurang sejumlah Rp 8.070.008,00 atau turun 11,09% dari pendapatan tahun 2010. Sementara kenaikan pendapatan tertinggi tercatat pada tahun 2013 ketika pendapatan Poliklinik bertambah sejumlah Rp 35.953.000,00 atau naik 38,18% dari tahun 2008. Dalam kurun waktu lima tahun tersebut tercatat pendapatan Poliklinik rata-rata tumbuh 34,43% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 19.877.800,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

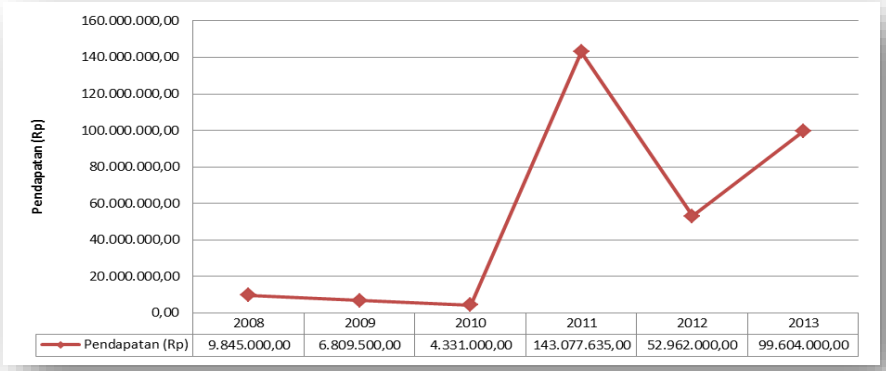
Grafik 68 Pendapatan Poliklinik Psikiatri Tahun 2008 – 2013



Poliklinik VCT baru mulai memperoleh pendapatan pada tahun 2012 dan sampai dengan 2013 mampu menunjukkan perkembangan pendapatan yang baik dengan naiknya pendapatan sebesar Rp 11.889.500,00 atau mencapai 440,19% yaitu dari hanya Rp 2.701.000,00 (2012) menjadi Rp 14.590.500,00 (2013).

Poliklinik Rosela selama kurun waktu 2008 - 2013 tercatat mengalami fluktuasi pendapatan yang cukup tajam, terutama pada tahun 2011 ketika pendapatan Poliklinik meningkat drastis sebesar Rp 138.746.635,00 atau naik 3.203,57% dari pendapatan tahun 2010, dan kemudian pada tahun 2013 ketika pendapatan Poliklinik turun drastis sejumlah Rp 90.115.635,00 atau turun 62,98% dari pendapatan Poliklinik tahun 2011. Meskipun demikian rata-rata pertumbuhan pendapatan Poliklinik masih bernilai positif yaitu rata-rata tumbuh Rp 17.951.800,00 atau naik rata-rata 67,27% setiap tahunnya sejak tahun 2008.

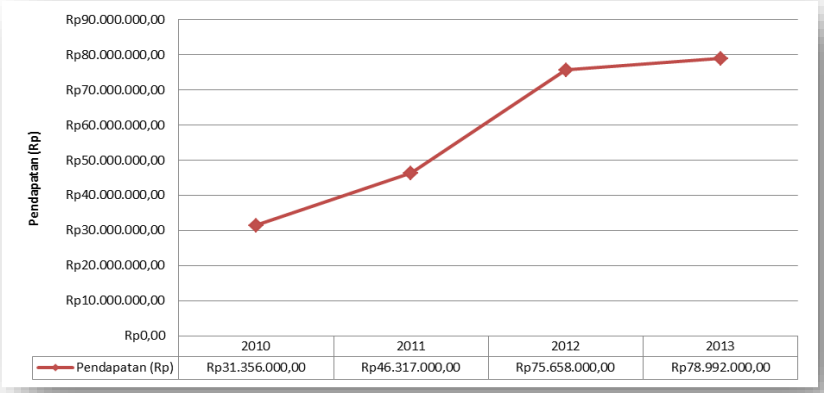
Grafik 69 Pendapatan Poliklinik Rosela* Tahun 2008 – 2013



*termasuk pendapatan Poliklinik Psikosomatis & Poliklinik Akupunktur

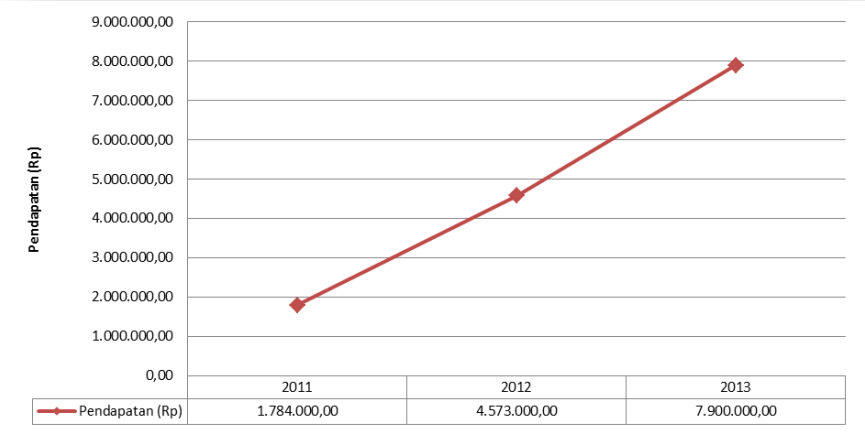
Poliklinik Bedah Urologi mulai mencatatkan perolehan pendapatan sejak tahun 2010, dan selama kurun waktu 2010 – 2013 tersebut pendapatan Poliklinik secara konsisten terus membukukan peningkatan, terutama di tahun 2012 ketika Poliklinik membukukan peningkatan pendapatan tertinggi dengan kenaikan pendapatan mencapai Rp 29.341.000,00 atau naik 63,35% dari pendapatan tahun 2011. Sehingga pertumbuhan pendapatan Poliklinik juga tercatat positif dengan rata-rata pertumbuhan mencapai 36,47% setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh sejumlah Rp 15.878.666,67 setiap tahunnya sejak tahun 2010.

Grafik 70 Pendapatan Poliklinik Bedah Urologi Tahun 2010 – 2013



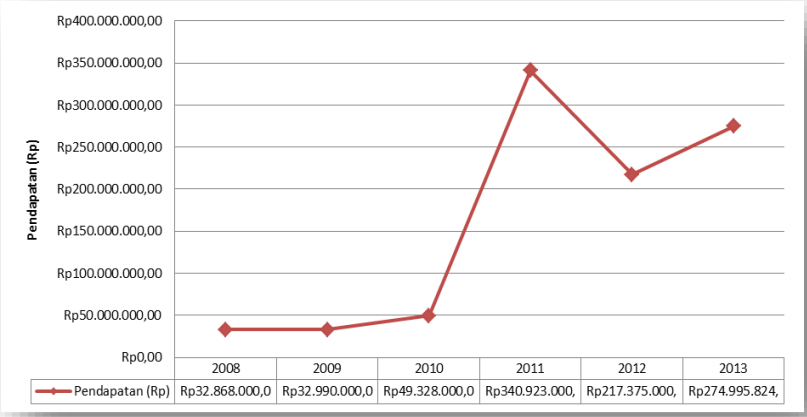
Poliklinik Bedah Syaraf baru mulai memperoleh pendapatan di tahun 2011 dan hingga tahun 2013 membukukan peningkatan pendapatan yang konsisten dengan rata-rata peningkatan pendapatan setiap tahun sebesar Rp 3.058.000,00 atau rata-rata bertumbuh 117,28% setiap tahunnya.

Grafik 71 Pendapatan Poliklinik Bedah Syaraf Tahun 2011 – 2013



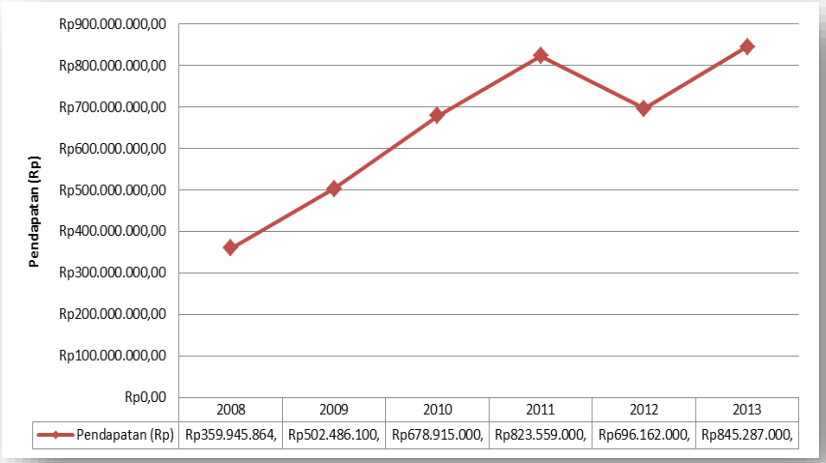
Instalasi Rehab Medik selama kurun waktu 2008 – 2013 mengalami fluktuasi pendapatan yang tajam pada periode 2011 – 2012 ketika pendapatan Instalasi naik Rp 291.595.000,00 pada tahun 2011 akan tetapi kemudian turun Rp 123.548.000,00 pada tahun 2012. Meskipun demikian secara rata-rata Instalasi masih membukukan peningkatan pendapatan sebesar Rp 48.425.564,80 setiap tahunnya atau rata-rata bertumbuh 58,56% setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 72 Pendapatan Instalasi Rehab Medik Tahun 2008 – 2013



Poliklinik Cendana selama kurun waktu 2008 – 2013 mampu memperoleh pendapatan yang jauh lebih besar dibandingkan dengan Poliklinik - Poliklinik lainnya dalam Instalasi Rawat Jalan, terutama pada tahun 2013 ketika pendapatan Poliklinik mencapai puncaknya dengan total pendapatan mencapai Rp 845.287.000,00. Meskipun sempat mengalami penurunan pendapatan di tahun 2012, dalam kurun waktu tersebut pertumbuhan pendapatan Poliklinik secara rata-rata tetap positif yaitu tumbuh 18,72% setiap tahunnya atau rata-rata meningkat sejumlah Rp 97.068.227,20 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 73 Pendapatan Poliklinik Cendana Tahun 2008 – 2013



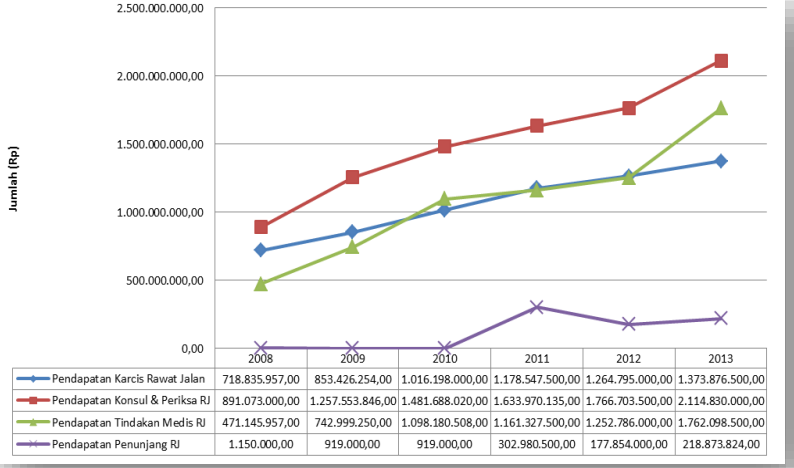
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan (Rp)	Rp359.945.864,	Rp502.486.100,	Rp678.915.000,	Rp823.559.000,	Rp696.162.000,	Rp845.287.000,

Pendapatan Berdasarkan Jenis Layanan Rawat Jalan

Secara garis besar pendapatan berdasarkan jenis layanan rawat jalan bisa dibedakan dalam: Pendapatan Karcis Poliklinik Rawat Jalan, Pendapatan

Secara keseluruhan keempat jenis pendapatan tersebut selama kurun waktu 2008 – 2013 membukukan kenaikan pendapatan seiring dengan naiknya total pendapatan rawat jalan dalam kurun waktu yang sama. Diantara keempat jenis pendapatan tersebut yang mendominasi adalah Pendapatan Konsul & Periksa Rawat Jalan, yang jika dirata-rata selama kurun waktu 2008 – 2013 tercatat setiap tahunnya rata-rata lebih tinggi Rp 456.689.881,67 dibandingkan Pendapatan Karcis Rawat Jalan, rata-rata lebih tinggi Rp 442.880.131,00dari Pendapatan Tindakan Medis Rawat Jalan, dan rata-rata lebih tinggi Rp 1.407.187.029,50 dibandingkan Pendapatan Penunjang Rawat Jalan.

Grafik 74 Jenis Pendapatan Layanan Rawat Jalan

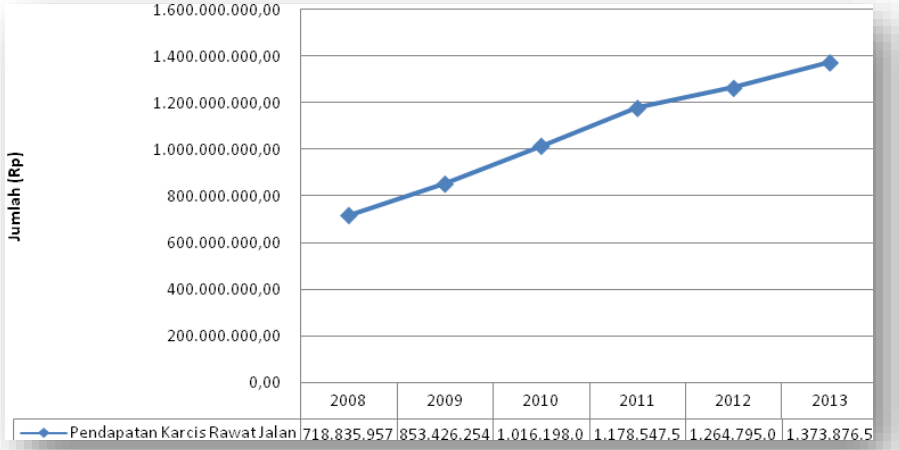


	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan Karcis Rawat Jalan	718.835.957,00	853.426.254,00	1.016.198.000,00	1.178.547.500,00	1.264.795.000,00	1.373.876.500,00
Pendapatan Konsul & Periksa RJ	891.073.000,00	1.257.553.846,00	1.481.688.020,00	1.633.970.135,00	1.766.703.500,00	2.114.830.000,00
Pendapatan Tindakan Medis RJ	471.145.957,00	742.999.250,00	1.098.180.508,00	1.161.327.500,00	1.252.786.000,00	1.762.098.500,00
Pendapatan Penunjang RJ	1.150.000,00	919.000,00	919.000,00	302.980.500,00	177.854.000,00	218.873.824,00

Pendapatan Karcis Rawat Jalan selama kurun waktu 2008 – 2013

Secara konsisten menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, sehingga dalam kurun waktu tersebut Pendapatan Karcis bisa mencapai rata-rata pertumbuhan sebesar 13,86% setiap tahunnya atau rata-rata pendapatan bertambah Rp 131.008.108,60 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

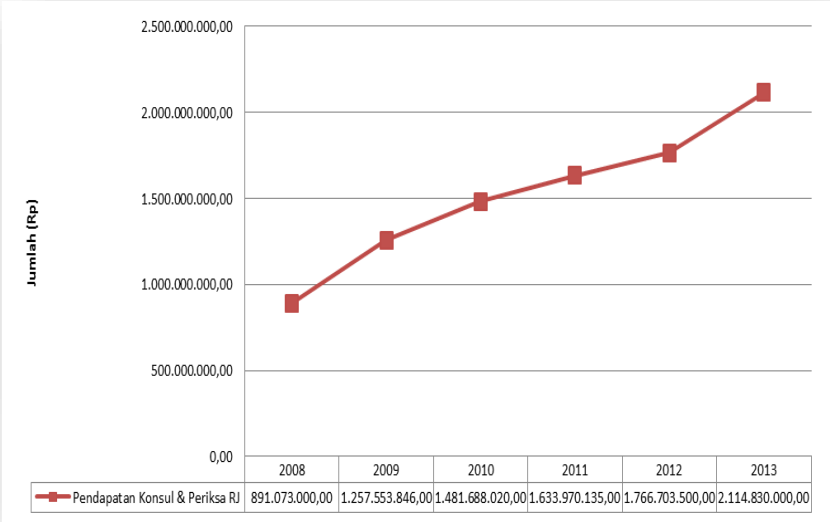
Grafik 75 Pendapatan Karcis Rawat Jalan (2008 – 2013)



Pendapatan Konsul & Periksa Rawat Jalan selama kurun waktu 2008 – 2013 s

Secara konsisten membukukan kenaikan pendapatan dari tahun ke tahun seiring dengan peningkatan total Pendapatan Rawat Jalan. Dengan demikian rata-rata Pertumbuhan pendapatan selama kurun waktu tersebut tercatat mencapai rata-rata 18,98% setiap tahunnya atau rata-rata meningkat Rp 244.751.400,00 setiap tahunnya sejak tahun 2008

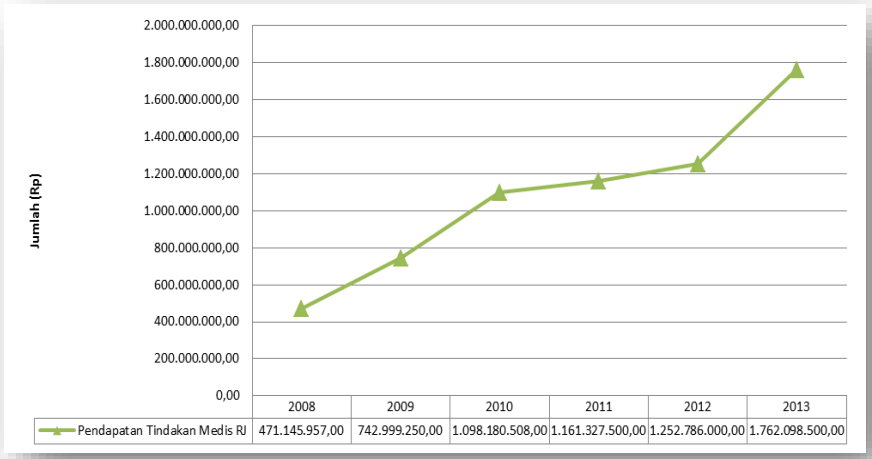
Grafik 76 Pendapatan Konsul & Periksa Rawat Jalan (2008 – 2013)



Pendapatan Tindakan Medis Rawat Jalan selama kurun waktu 2008 – 2013

Secara konsisten membukukan kenaikan pendapatan dari tahun ke tahun seiring dengan peningkatan total Pendapatan Rawat Jalan. Dengan demikian rata-rata pertumbuhan Pendapatan Tindakan Medis Rawat Jalan dalam kurun waktu tersebut rata-rata mencapai 30,85% setiap tahunnya atau rata-rata bertambah Rp 258.190.508,60 setiap tahunnya sejak tahun 2008.

Grafik 77 Pendapatan Tindakan Medis Rawat Jalan (2008 – 2013)

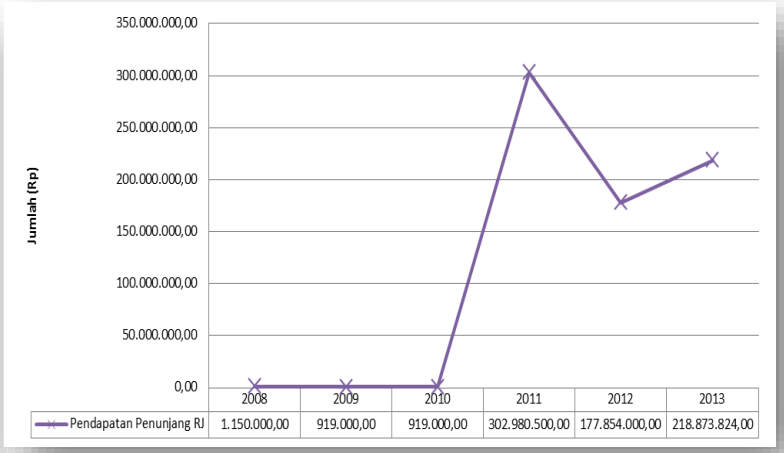


	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan Tindakan Medis RJ	471.145.957,00	742.999.250,00	1.098.180.508,00	1.161.327.500,00	1.252.786.000,00	1.762.098.500,00

Pendapatan Penunjang Rawat Jalan selama kurun waktu 2008 – 2013

Mengalami fluktuasi yang cukup tajam terutama dalam periode tahun 2011 – 2012 ketika total Pendapatan mengalami kenaikan dan penurunan yang tajam. Meskipun demikian secara rata-rata Pendapatan Penunjang Rawat Jalan masih membukukan peningkatan yang signifikan yaitu rata-rata meningkat sebesar Rp 43.544.764,80 setiap tahunnya

Grafik 78 Pendapatan Penunjang Rawat Jalan (2008 – 2013)

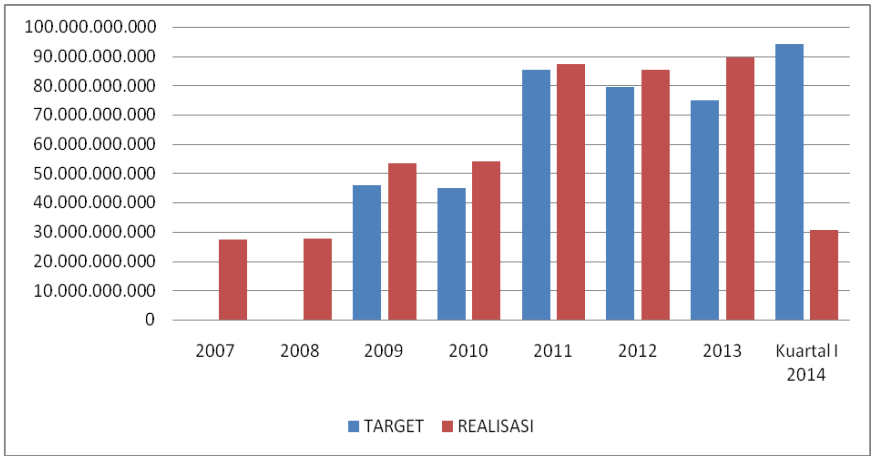


	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pendapatan Penunjang RJ	1.150.000,00	919.000,00	919.000,00	302.980.500,00	177.854.000,00	218.873.824,00

Tabel 6 Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	TARGET	REALISASI	KENAIKAN (PENURUNAN) REALISASI	%
2007		27,372,487,335.00	-	-
2008		27,547,943,844.00	175,456,509.00	0.64%
2009	46,071,000,000	53,426,341,338.00	-	-
2010	45,000,000,000	54,185,304,042.00	-	0.00%
2011	85,188,258,000	87,218,752,371.00	33,033,448,329.00	60.96%
2012	79,576,866,000	85,317,170,102.00	(1,901,582,269.00)	-2.18%
2013	75,000,000,000	89,581,219,377.00	4,264,049,275.00	5.00%
Kuartal I 2014	94,062,180,000	30,587,213,643.00	(58,994,005,734.00)	-65.86%

Grafik 79 Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

Dari tabel diatas terlihat bahwa mulai tahun 2010-April 2014 pendapatan terus meningkat dan peningkatan sangat tajam pada tahun 2010 ke tahun 2011, tetapi menurun kembali pada tahun 2012. Hal ini terjadi karena pada tahun 2011 terdapat klaim atas Pelayanan Jampersal, klaim Jamkesmas 2010 (Klaim jamkesmas bln Juli s.d Desember 2010 sebesar Rp.16.759.295.687), serta pasien korban erupsi merapi tahun 2010, yang terbayar di tahun 2011.

2.2.2 Analisa Pendapatan

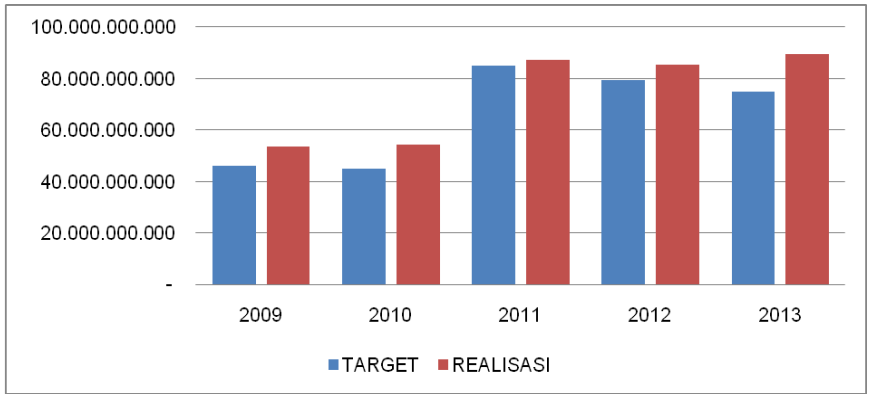
Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja

Tabel 7 Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2010 – April 2014

Tahun	PAGU ANGGARAN	REALISASI	%
2010	112,695,768,000	105,054,827,230	93.22%
2011	154,854,736,000	131,162,832,554	84.70%
2012	196,573,866,000	151,592,951,626	77.12%
2013	188,212,348,000	143,859,471,065	76.43%
Kuartal I 2014	155,697,323,000	27,147,778,695	17.44%

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 80 Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah

Tabel 8. Pagu dan Realisasi Belanja (total), selama 5 tahun (2010-April 2014), nampak bahwa pagu dan realisasi belanja semakin naik, dari tahun ke tahun rata-rata sebesar 13 % persen

TAHUN	BELANJA GAJI PEGAWAI		BELANJA BARANG		BELANJA MODAL		TOTAL	
	PAGU	REALISASI	PAGU	REALISASI	PAGU	REALISASI	Pagu	Realisasi
2010	28,766,463,000	28,832,792,381	68,263,055,000	62,874,016,386	15,666,250,000	13,348,018,463	112,695,768,000	105,054,827,230
2011	33,174,605,000	31,426,215,165	94,686,410,000	74,533,787,445	26,993,721,000	25,202,829,944	154,854,736,000	131,162,832,554
2012	39,435,780,000	36,456,392,764	120,043,538,000	84,264,942,292	37,094,548,000	30,871,616,570	196,573,866,000	151,592,951,626
2013	40,974,501,000	40,692,391,654	123,353,663,000	87,290,433,977	23,884,184,000	15,876,645,434	188,212,348,000	143,859,471,065
Kuartal 1 2014	38,885,143,000	12,223,708,752	95,887,082,000	14,924,069,943	20,925,098,000	0	155,697,323,000	27,147,778,695

Sumber: data RSST yang diolah.

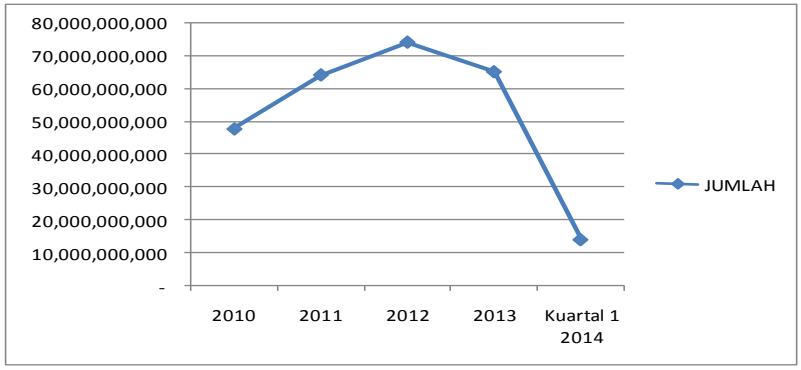
Pagu dan Realisasi Belanja per kelompok belanja (Belanja pegawai, belanja operasional dan belanja investasi), selama 5 tahun (2010-April 2014) nampak bahwa belanja pegawai juga meningkat dari tahun ke tahun rata-rata 20% kenaikan dikarenakan adanya kenaikan gaji pokok & tunjangan, serta kenaikan jumlah pegawai. Sedang belanja operasional juga meningkat rata-rata 20% persen sebanding dengan peningkatan pendapatan. Sedangkan belanja investasi juga meningkat rata 20%, terutama sejak RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menjadi BLU, dimana kesempatan berinvestasi makin luas dan luwes terkait dengan keleluasaan penggunaan dana BLU. Tabel dibawah menggambarkan realisasi belanja berdasarkan sumber dananya.

Tabel 9 Realisasi Belanja APBN Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	BELANJA PEGAWAI	BELANJA BARANG	BELANJA MODAL	JUMLAH	KENAIKAN (PENURUNAN)	
					Rp.	%
2010	28,832,792,381	18,915,872,730	-	47,748,665,111	665,249,010	1.41%
2011	31,428,215,165	20,262,233,604	12,496,143,000	64,186,591,769	16,437,926,658	34.43%
2012	36,456,392,764	21,149,127,883	16,547,300,000	74,152,820,647	9,966,228,878	15.53%
2013	40,692,391,654	20,290,626,458	4,166,855,000	65,149,873,112	(9,002,947,535)	12.14%
Kuartal 1 2014	12,223,708,752	1,849,015,274	-	14,072,724,026	(51,077,149,086)	78.40%

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 81 Realisasi Belanja APBN Tahun 2010 – April 2014



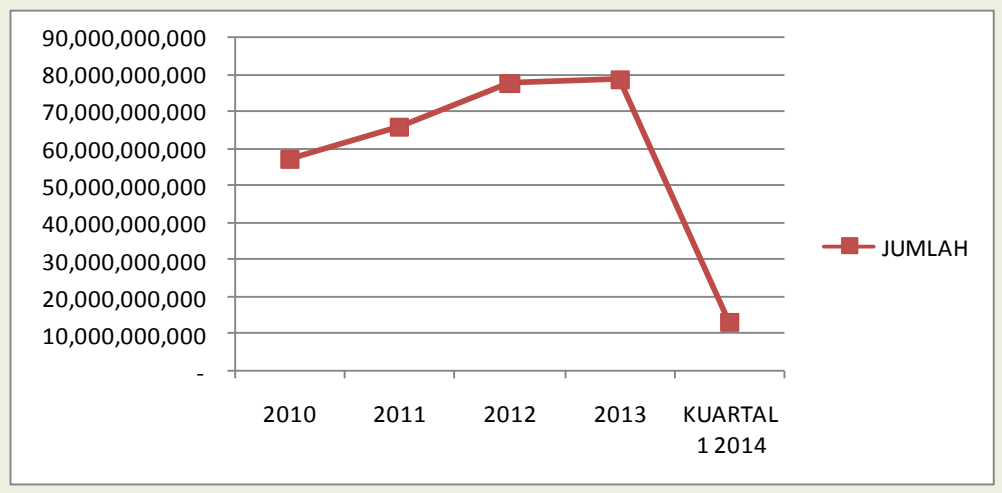
Sumber: data RSST yang diolah.

Tabel 10 Realisasi Belanja PNBP Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	BELANJA PEGAWAI	BELANJA BARANG	BELANJA MODAL	JUMLAH	KENAIKAN	
					Rp.	%
2010	22,780,895,073	21,177,248,583	13,348,018,463	57,306,162,119	-	-
2011	26,344,917,651	26,602,356,190	12,873,966,944	65,821,240,785	8,515,078,666	14.86%
2012	31,559,914,926	31,829,377,971	14,324,316,570	77,713,609,467	11,892,368,682	18.07%
2013	30,818,738,882	36,181,068,637	11,709,790,434	78,709,597,953	12,888,357,168	19.58%
KUARTAL 1 2014	8,922,575,866	3,794,686,522	357,792,281	13,075,054,669	(64,638,554,798)	-83.18%

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 82 Realisasi Belanja PNBP Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

Tabel 11 Mutasi asset selama 5 Tahun

URAIAN	31 DESEMBER 2007 (AUDITED)	31 DESEMBER 2008 (AUDITED)	31 DESEMBER 2009 (AUDITED)	31 DESEMBER 2010 (AUDITED)	31 DESEMBER 2011 (AUDITED)	31 DESEMBER 2012 (AUDITED)	31 DESEMBER 2013(AUDITED)	30 April 2014
Aset Tetap								
Tanah	1,190,267,550	79,880,925,000	79,880,925,000	82,391,025,000	83,715,305,000	85,929,505,000	87,774,314,000	87,774,314,000
Peralatan dan Mesin	45,012,623,767	51,216,515,337	78,757,613,953	92,500,550,041	108,019,511,667	139,037,754,371	151,221,739,347	151,222,729,347
Gedung dan Bangunan	29,058,622,802	34,156,655,394	39,688,480,256	45,420,479,312	49,718,314,762	51,409,447,754	52,820,854,211	52,820,854,211
Jalan, Irigasi dan Jaringan	3,815,730,100	4,847,658,780	5,227,538,280	5,592,195,120	7,211,477,620	9,647,122,130	10,393,652,630	10,393,652,630
Jumlah Aset Tetap	79,077,244,219	170,101,754,511	203,554,557,489	225,904,249,473	248,664,609,049	286,023,829,255	302,210,560,188	302,211,550,188
Akumulasi Penyusutan	(29,121,488,570)	(36,163,826,962)	(42,871,594,498)	(66,677,803,655)	(80,026,783,753)	(95,131,259,050)	(121,138,845,398)	(121,138,845,398)
Nilai Buku Aset Tetap	49,955,755,649	133,937,927,549	160,682,962,991	159,226,445,818	168,637,825,296	190,892,570,205	181,071,714,790	181,072,704,790
Kenaikkan total aset tetap pertahun		168.11%		10.98%	10.08%	15.02%	5.66%	0.00%

Dari sisi mutasi asset selama 5 tahun terakhir nampak bahwa jumlah asset yang dikelola RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten semakin besar, rata-rata mengalami kenaikan sebesar dua puluh persen.

a. Rasio Keuangan

Rasio Lancar (*Current Ratio*)

Rasio Lancar (*Current Ratio*) = Aset Lancar / Kewajiban Lancar

Rasio ini menggambarkan besaran nilai kekayaan yang dapat segera dikonversikan ke dalam bentuk uang untuk menutup seluruh kewajiban yang segera jatuh tempo.

Rata-rata *Current Ratio* selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) adalah sebesar 1081,45% hal ini menggambarkan bahwa RS memiliki tingkat likuiditas yang sangat tinggi, karena setiap satu rupiah kewajiban lancarnya dijamin oleh 6,91 rupiah aktiva lancar.

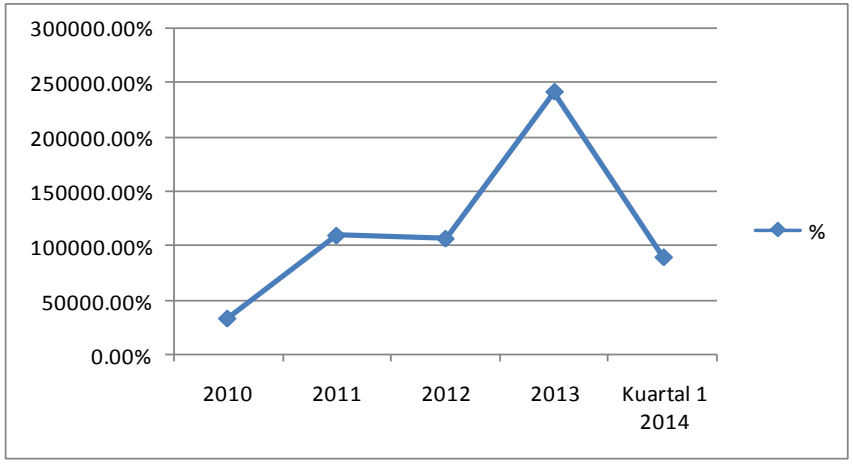
Kajian : Rasio Lancar dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2012 cenderung mengalami kenaikan, akan tetapi pada tahun 2010 turun dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan karena di tahun 2010 terjadi kenaikan piutang pelayanan khususnya piutang jamkesmas. Piutang Jamkesmas bulan Juli sampai dengan Desember 2010 belum diklaimkan pada tahun yang bersangkutan dan baru terbayarkan di tahun 2011. Sementara kewajiban lancar juga mengalami kenaikan yang cukup tajam di tahun 2010. Hal ini disebabkan pendapatan yang diterima dimuka (dana Jamkesmas) selama enam bulan belum menjadi penerimaan rumah sakit. Pencapaian rasio lancar di tahun 2010 sebesar 328,97% dibandingkan RSB mengalami penurunan 0,64 % diakibatkan karena banyaknya kewajiban pada pihak ketiga yang belum terbayar pada tahun sebelumnya, namun mengalami kenaikan secara signifikan dibanding RSB pada periode tahun berikutnya. Pada tahun selanjutnya pencapaian angka rasio lancar pada tahun 2011 mencapai 1.091,97% dari RSB yang direncanakan sebesar 598,18%, tahun 2012 sebesar 744%, tahun 2013 sebesar 669,8 %.

Tabel 12 Rasio Lancar Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	HAPER	%
2010	73.172.080.398 / 22.242.847.687	328.97
2011	61.843.738.052 / 5.663.482.692	1,091.97
2012	73.518.442.942 / 6.913.300.503	1,063.43
2013	109.467.277.870 / 4.532.643.917	2,415.09
Kuartal 1 2014	146.078.315.173 / 16.360.060.664	892.90

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 83 Rasio Lancar Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

b. Rasio Kas (*Cash Ratio*)

Kas + Bank + Surat Berharga Jangka Pendek
Kewajiban Lancar

Rasio Kas (*Cash Ratio*) digunakan untuk menilai kepastian Rumah Sakit dalam melunasi Kewajiban Lancar-nya pada waktunya dan keefektifan manajemen dalam memaksimalkan pemanfaatan Aktiva Lancar-nya.

Rata-rata Cash Ratio selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) adalah sebesar 373,22% hal ini menggambarkan bahwa RS memiliki kemampuan untuk melunasi seluruh kewajibannya yang segera jatuh tempo karena kas dan setara kas yang dimiliki RS berjumlah 41,13 kali dari kewajiban RS yang akan segera jatuh tempo.

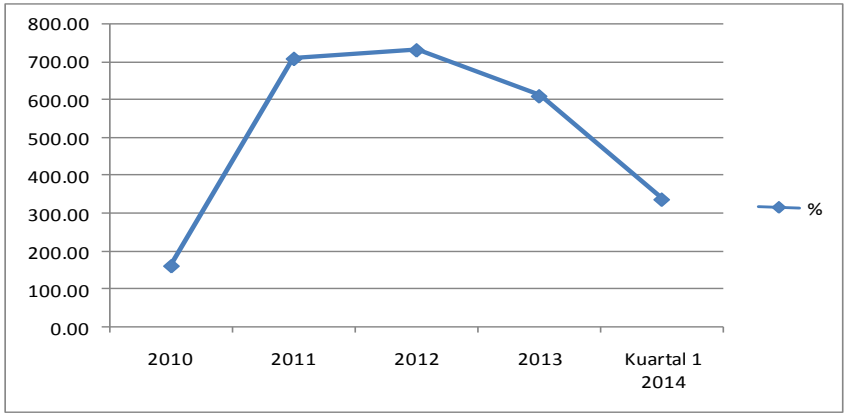
Kajian : Dari grafik diatas terlihat pada tahun 2011 terjadi kenaikan yang cukup tajam. Hal ini disebabkan karena terjadinya kenaikan saldo BLU sebesar 22 M dari tahun sebelumnya, saldo BLU tahun 2010 sebesar 15 M dan 37 M di tahun 2011. Sementara dari sisi kewajiban di tahun 2011 terjadi penurunan sebesar 17 M. Penurunan ini disebabkan saldo uang muka dana jamkesmas sebesar 17 M di tahun 2010 baru diklaimkan di tahun 2011, untuk klaim bulan Juli s.d Desember 2010. Pencapaian rasio keuangan dalam hal rasio kas mengalami kenaikan secara signifikan dibanding RSB pada periode yang lalu. Di mana pencapaian angka rasio kas pada tahun 2010 mencapai 159 %, tahun 2011 mencapai 274,65%, tahun 2012 mencapai 332 % dan tahun 2013 mencapai 261,87%.

Tabel 13 Rasio Kas Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	HAPER	%
2010	35.523.001.137 / 22.242.847.687	159.71
2011	40.194.302.075 / 5.663.482.692	709.71
2012	50.635.210.965 / 6.913.300.503	732.43
2013	27.664.558.817 / 4.532.643.917	610.34
Kuartal 1 2014	54.983.727.286 / 16.360.060.664	336.09

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 84 Target Rasio Kas Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

c. Periode Penagihan Piutang

Piutang Usaha X 365 hari
Pendapatan Usaha

Periode Penagihan (*collection Periods*) digunakan untuk mengukur kemampuan RS dalam mengumpulkan aktiva lancar RS yang belum diserahkan oleh pengguna jasa RS. Rata-rata periode penagihan selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) adalah 58,29 hari. Hal ini menunjukkan bahwa RS membutuhkan rata-rata waktu 79,56 hari untuk mendapatkan pembayaran dari penagihan piutang yang dilakukan.

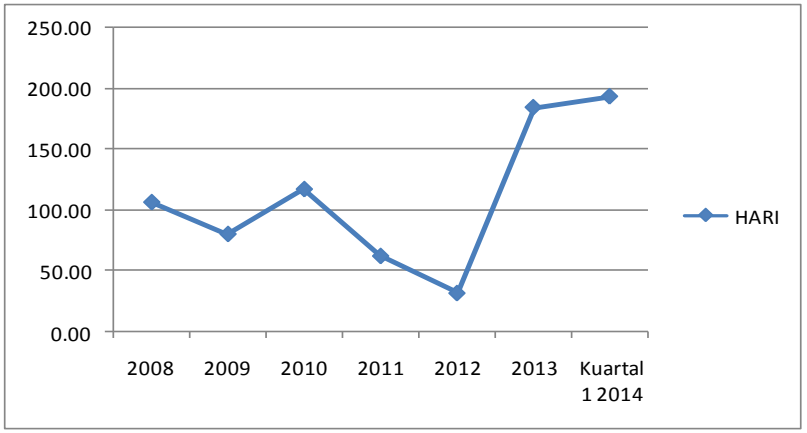
Kajian: pada tahun 2010 terjadi kenaikan yang tajam dari tahun sebelumnya, sementara tahun 2011 terjadi penurunan yang tajam pula dari tahun 2010. Hal ini disebabkan karena pada tahun 2010 terdapat piutang jamkesmas selama 6 bulan yaitu dari bulan Juli s.d Desember 2010 sebesar Rp.16.759.295.687 yang baru terbayar di tahun 2011. Sementara dari sisi pendapatan dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2012 mengalami kenaikan.

Tabel 14 Periode Penagihan Piutang Tahun 2008 – April 2014

TAHUN	HAPER	HARI
2008	11.873.422.235 / 40.752.431.664	106.34
2009	13.865.660.664 / 63.044.996.716	80.28
2010	26.216.623.824 / 81.776.464.410	117.01
2011	14.787.389.242 / 86.662.295.412	62.28
2012	9.088.415.547 / 102.617.509.082	31.88
2013	13.527.997.699.680 / 73.518.721.421	184.01
Kuartal 1 2014	49.379.171.754 / 30.712.029.975	192.94

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 85 Penagihan Piutang Tahun 2008 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

d. Perputaran Persediaan

Persediaan X 365 hari
Pendapatan Usaha

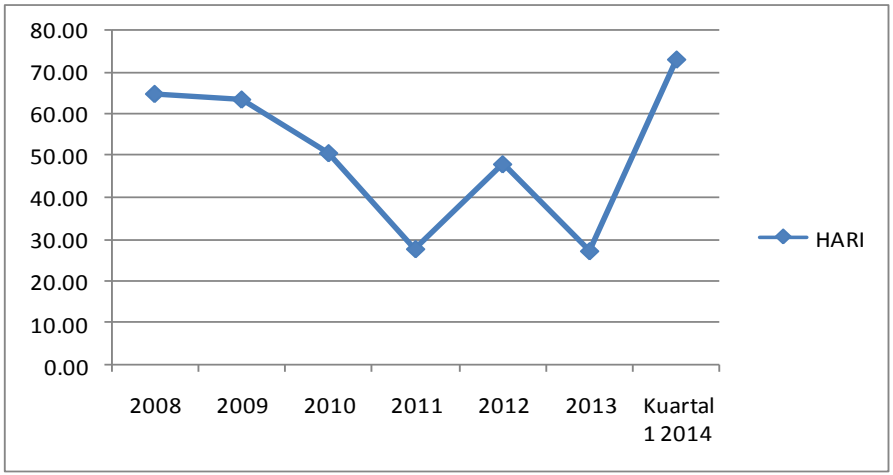
Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*) digunakan untuk mengukur keefektifan manajemen persediaan Rumah Sakit. Rata-rata perputaran persediaan selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) adalah 37,85 hari. Ini telah memenuhi standar kinerja yang mensyaratkan Periode Perputaran Persediaan selama kurang dari/sama dengan 60 hari, hal ini juga menunjukkan bahwa manajemen persediaan Rumah Sakit telah berjalan efektif.

Tabel 15 Perputaran Persediaan Tahun 2008 – April 2014

TAHUN	HAPER	HARI
2008	*7.218.930.685 / 40.752.431.664*	64.66
2009	*10.936.299.319 / 63.044.996.716*	63.32
2010	*11.315.717.097 / 81.776.464.410*	50.51
2011	*6.640.597.405 / 86.662.295.412*	27.59
2012	*13.639.044.966 / 102.617.509.082*	47.85
2013	*5.144.040.928.249 / 189.899.249.624*	27.09
Kuartal 1 2014	*4.216.610.137.465 / 57.870.465.842*	72.86

Sumber: data RSST yang diolah

Grafik 86 Perputaran Persediaan Tahun 2008 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

e. Imbalan Investasi (*Return on Investment* = ROI)

DEBIT + Penyusutan
Modal Kerja

Rasio Imbalan Investasi/*Return on Investment* (ROI) digunakan untuk menilai efisiensi Rumah Sakit dalam menghasilkan keuntungan dari investasi yang telah ditanamkan. Rata-rata rasio ini selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) adalah sebesar 16,86% (dibawah standar kinerja yang ditetapkan sebesar 18%) menyatakan bahwa Rumah Sakit kurang efisien dalam menghasilkan keuntungan dari investasi yang dilakukan.

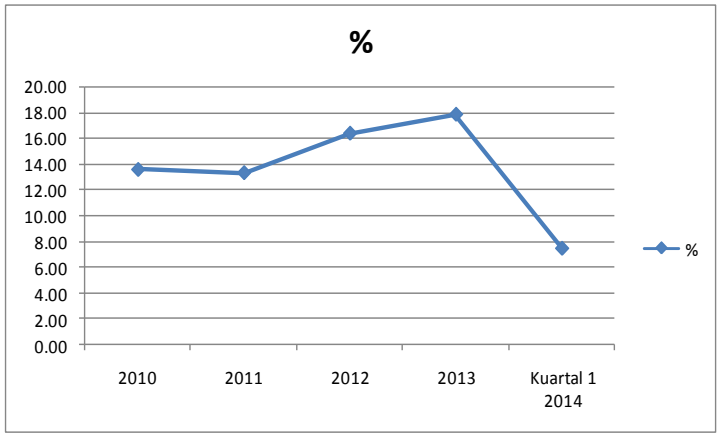
Kajian : Pada tahun 2009 terjadi kenaikan yang sangat tajam, karena pada tahun tersebut terdapat transfer masuk dari Kementerian Kesehatan berupa peralatan kedokteran senilai 22 M dan hibah mobil ambulance. Tahun 2010 terjadi perubahan kebijakan pencatatan penyusutan sehingga beban penyusutan pada tahun 2010 tinggi. Sementara dari sisi modal kerja tahun 2010 terjadi kenaikan karena piutang jamkesmas (piutang Juli-Desember 2010)

Tabel 16 Imbalan Investasi Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	HAPER	%
2010	(12.224.593.343 + 19.235.366.800) / 232.398.526.216	13.54
2011	(19.148.076.434 + 12.311.883.709) / 236.722.089.339	13.29
2012	(26.916.017.390 + 16.314.576.913) / 264.608.121.263	16.34
2013	(25.031.750.174 + 26.715.689.261) / 290.753.880.725	17.80
Kuartal 1 2014	(24.404.767.218 + 0) / 327.387.968.326	7.45

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 87 Imbalan Investasi Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

f. Perputaran Total Aset (*Total Asset Turn Over* = TATO)

Total Pendapatan
Modal Kerja

Rasio Perputaran Total Aset (*Total Asset Turn Over*) digunakan untuk mengukur produktivitas aktiva Rumah Sakit dalam kaitannya dengan kemampuannya menghasilkan pendapatan bagi Rumah Sakit. Rata-rata Rasio Perputaran Total Aktiva Rumah Sakit selam 5 tahun terakhir (2010-April 2014) sebesar 58,88% telah memenuhi standar kinerja yang mensyaratkan nilai rasio sebesar 120% atau lebih, nilai ini menunjukkan bahwa produktivitas aktiva yang dimiliki Rumah Sakit belum memenuhi standar kinerja dalam kaitannya untuk menghasilkan pendapatan.

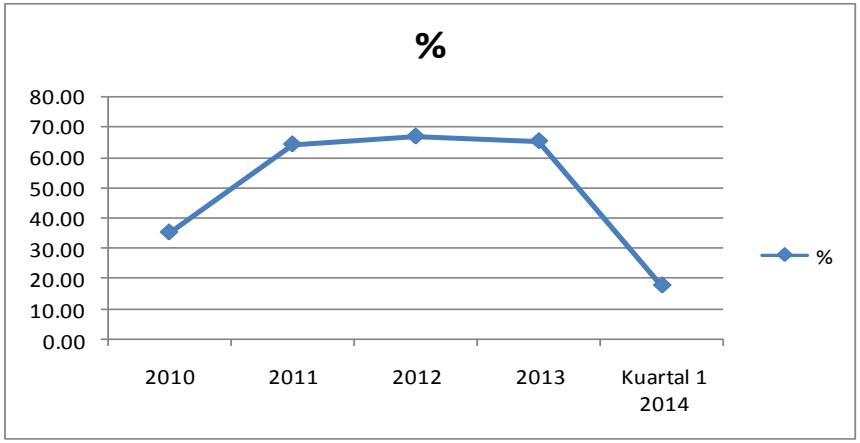
Kajian : Pada tahun 2010 terjadi penurunan yang tajam, disebabkan karena pengambilan angka pada laporan audited untuk angka pendapatan hanya diambil angka pendapatan usaha, sementara angka pendapatan APBN tidak ditambahkan dalam perhitungan. Pendapatan APBN tahun 2010 adalah sebesar Rp. 47.746.612.149,- Jika pendapatan APBN diperhitungkan maka nilai TATO tahun 2010 adalah 55,73%. Penurunan ini disebabkan karena pada tahun 2010 tidak menerima subsidi APBN belanja modal.

Tabel 17 Perputaran Total Asset Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	HAPER	%
2010	81.776.464.410 / 232.398.526.216	35.19
2011	152.114.201.796 / 236.722.089.339	64.26
2012	176.785.354.214 / 264.411.013.147	66.86
2013	189.899.249.624 / 290.753.880.725	65.31
Kuartal 1 2014	57.870.465.841 / 327.387.968.326	17.68

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 88 Perputaran Total Asset Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

Rasio Modal Sendiri terhadap Total Aset

Total Modal Sendiri
Total Aset

Rasio Modal Sendiri terhadap Total Aset digunakan untuk mengukur sejauhmana Rumah Sakit menggunakan kekayaan yang dimiliki untuk belanja modal yang dibutuhkan berkaitan dengan operasional dan pengembangan yang akan dilakukan. Nilai Rasio Total Modal Sendiri terhadap Total Aktiva Rumah Sakit selama 5 tahun terakhir (2010-April 2014) sebesar 95,82%.

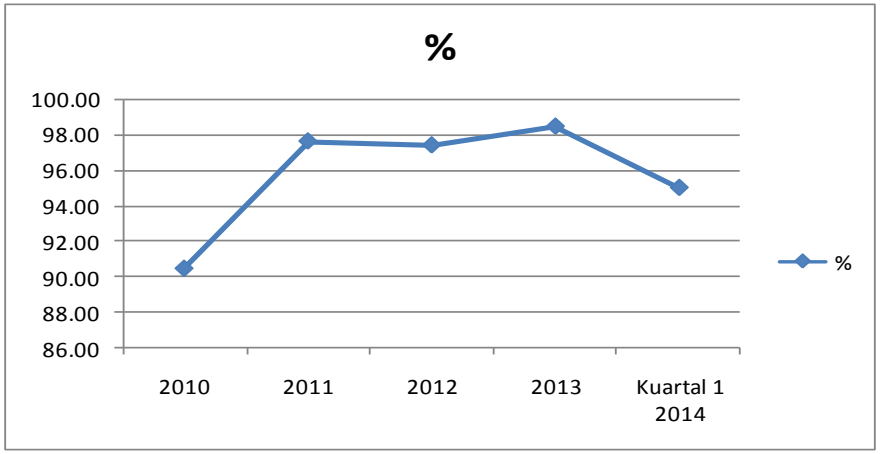
Kajian : Pada tahun 2010 terjadi penurunan karena kenaikan asset tidak diimbangi dengan kenaikan modal sendiri dibandingkan dua tahun sebelum dan sesudahnya. Naiknya asset tahun 2010 disebabkan karena piutang jamkesmas 6 bulan belum terbayarkan di tahun yang bersangkutan.

Tabel 18 Rasio Modal Sendiri terhadap Total Asset Tahun 2010 – April 2014

TAHUN	HAPER	%
2010	210.801.049.726 / 233.043.897.413	90.46
2011	231.058.606.647 / 236.722.089.339	97.61
2012	257.694.820.760 / 264.608.121.263	97.39
2013	286.221.236.809 / 290.753.880.725	98.44
Kuartal 1 2014	311.027.907.661 / 327.387.968.326	95.00

Sumber: data RSST yang diolah.

Grafik 89 Rasio Modal Sendiri terhadap Total Asset Tahun 2010 – April 2014



Sumber: data RSST yang diolah.

4. Opini Laporan Keuangan

Tabel 19 Pencapaian Kinerja Pengelolaan Keuangan tahun 2009 – 2013

URAIAN	2009	2010	2011	2012	2013
OPINI LK	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa pencapaian kinerja keuangan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2009 – 2013 mencapai opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) karena Laporan Keuangan telah disajikan secara wajar dalam semua hal yang material sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku di Indonesia. Disamping pencapaian kinerja Laporan Keuangan yang WTP, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tahun 2011 telah mendapatkan piagam penghargaan atas prestasinya sebagai satker terbaik pertama dalam pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan tahun anggaran 2011 se-wilayah pembayaran KPPN Klaten.



BAB III
Arah Dan Prioritas Strategis

3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Tata Nilai

Seperti yang kita telah ketahui bersama bahwa Visi Bapak Presiden adalah "**Terwujudnya Indonesia yang berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong**", dengan 7 misinya yakni :

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan;
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum;
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim;
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera;
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing;
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional; serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Kementerian Kesehatan dibantu dengan Kementerian Lain dan stake holder tekait akan lebih fokus kepada Misi No. 4 yaitu **Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.** Selanjutnya Visi dan Misi tersebut dituangkan dalam sembilan Agenda Presiden "**Nawa Cita**"

1. Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga negara
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis, dan terpercaya
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah – daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan
4. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya
5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional
7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor – sektor strategis ekonomi domestik
8. Melakukan revolusi karakter bangsa
9. Memperteguh Ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia

Pada agenda ke-lima dari Nawa Cita dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia, disebutkan :
Program Kartu " Indonesia Sehat" melalui layanan kesehatan masyarakat.
Program ini diwujudkan melalui **Program Indonesia Sehat.**



Yang dimaksud dengan " Program Indonesia sehat" adalah :

upaya untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang berperilaku sehat, hidup dalam lingkungan sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Program ini bertujuan :

1.Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat sehingga terwujud bangsa yang mandiri, maju dan sejahtera.

2.Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat di bidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

Program Indonesia Sehat terdiri atas :

a) Paradigma Sehat
b) Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer
c) Jaminan Kesehatan

Strategi :

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama nasional dan global.
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.
3. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional.
4. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.
5. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
6. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggungjawab

Tata Nilai :

1. Pro Rakyat
2. Integritas
3. Inklusif
4. Responsif
5. Aktif

Visi Misi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Sebagai organisasi yang berkembang, tentu RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro memiliki Visi, Misi dan Keyakinan Dasar yang menjadi dasar filosofi organisasi melangkah.

Visi :
Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional yang Ramah Lansia pada Tahun 2019

Unggulan :
1. Hip and Knee
2. Teleradiologi
3. Geriatri

Misi :
1. Menyelenggarakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan paripurna, berkualitas dan terjangkau sesuai dengan iptekdokkes.
2. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas.
3. Mewujudkan Wilayah Bebas Korupsi (WBK) dan kepuasan stakeholder .
4. Meningkatkan kesejahteraan dan jenjang karier karyawan .

Tata Nilai :
- ❑ Integritas
- ❑ Profesionalisme
- ❑ Akuntabilitas
- ❑ Keterbukaan
- ❑ Ikhlas

Keyakinan Dasar :
- ❑ Karyawan yang berkualitas dan berkomitmen tinggi kepada rumah sakit adalah investasi yang paling berharga dan terhormat
- ❑ Kepuasan dan kesetiaan pelanggan adalah dasar kelangsungan hidup rumah sakit
- ❑ Mutu pelayanan rumah sakit sebagai pengikat kesetiaan pelanggan
- ❑ Kebersamaan adalah kunci utama dalam mencapai kesuksesan

3.2. Aspirasi *Stakeholders* Inti

Dimulai sejak proses mengkaji Rencana Induk (*Master Plan*) RSST pada pertengahan tahun 2013, maka dicatatlah berbagai ungkapan harapan dan kekawatiran dari para stakeholder. Catatan ini diperoleh dari berbagai pertemuan dengan para pejabat tinggi dan pemegang tampuk pimpinan berbagai Dinas di wilayah kabupaten Klaten, para pakar terkait dengan berbagai persoalan dan potensi rumah sakit, serta para pelanggan rumah sakit yang berasal dari elemen pasien, peserta didik dan mitra kerja. Ketika RSB ini akan disusun, dilakukanlah survei mini agar diperoleh dokumen otentik atas harapan dan kekawatiran *stakeholder* terkait dengan perkembangan cepat RSST terutama untuk menuju RS Kelas A yang Ramah Lansia.
Berikut adalah rangkumannya.

Harapan dari FK UGM terhadap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah :

1. Di bidang Pelayanan : a. pelayanan kesehatan akan lebih paripurna dengan naiknya menjadi Kelas A dengan makin lengkapnya sarana dan SDM sehingga keselamatan pasien akan lebih meningkat, b. Pasien akan lebih mudah mengakses kebutuhan kesehatannya. Ini semua akan makin membaik dengan bergabungnya RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai AHS.
2. Bidang pendidikan : menjadi lahan yang ideal untuk pendidikan Spesialis, terlebih dengan menjadi bagian dari AHS.
3. Bidang penelitian : menjadi pelaku / lahan penelitian yang paripurna karena sarana yang lengkap dan SDM yang kuat sebagai RS kelas A.



Adapun kekahwatiran adalah bila dalam fase transisi terjadi kelebihan beban pelayanan, pendidikan maupun penelitian maka bisa terjadi gangguan – gangguan yang sifatnya temporer

Harapan dari RSUP Dr. Sardjito terhadap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah :
1. Perluasan pelayanan dan pendidikan kesehatan akan lebih bisa terwujud; 2. Mengurangi rujukan pasien ke RSUP Dr. Sardjito dengan aspek mutu pelayanan; 3. Harapan tentu harus dituangkan secara benar baik kemampuan SDM medis sesuai standar RS type A dan SDM penunjang dan alat penunjang lainnya; 4. Harapan akan semakin ratanya pelayanan pasien (PPK3) sampai dengan pelosok wilayah; 5. Terjalin sistem komunikasi, sharing dalam hal pelayanan, pendidikan dan penelitian baik untuk tenaga medis, perawat dan non medis; 6. Adanya peningkatan mutu asuhan dan manajemen pelayanan keperawatan; 7. Adanya kerjasama pengembangan standar *care plan* antara wilayah Jateng bagian selatan dan provinsi DIY, 8. Bisa menjadi rujukan, keperawatan paliatif pada kasus demensia dan degeneratif sebagai RS Ramah Lansia.

9. Sebagai lahan pendidikan untuk perawat profesional level S1 dan S2 spesialis keperawatan; 10. RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dapat menjadi mitra RSUP Dr. Sardjito dalam pelayanan; 11. Pendorong dalam persaingan bisnis yang sehat; 12. Agar dapat menjadi penyangga pelayanan mempermudah serta memperluas akses masyarakat di bidang pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan berjenjang dan kegiatan pendidikan untuk daerah antara Yogya, Semarang, Kartosuro (Joseka), Pacitan, Wonogiri (Pawon); 13. Pemerataan fasilitas kesehatan bagi masyarakat dapat terwujud, mempermudah dan mempercepat akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat; 14. Terbentuk jaringan rumah sakit pendidikan di Jateng-DIY, menambah peluang mendapatkan kasus bagi residen dan coas serta peserta didik lain; 15. Dapat dikembangkan pelayanan unggulan yang searah atau seimbang dengan pelayanan di RS Sardjito; 16. Harus memenuhi syarat – syarat untuk RS Rujukan Nasional, RS Kelas A dan AHS antara lain : kompetensi SDM baik medis, keperawatan, profesi lain, standar diagnostik, infra pelayanan (jumlah bidang, jumlah SDM dll), mempunyai sistem hospital = horisontal dengan RS yang lebih tinggi, memenuhi standar RS pendidikan utama (kolaborasi dengan FK, kompetensi pendidik, rasio pendidik, peserta didik), pengembangan standar penelitian khususnya uji klinis.

Adapun kekhawatiran dari RSUP Dr. Sardjito terhadap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah :

1. Kunjungan pasien ke RSUP Dr. Sardjito menjadi berkurang; 2. Mutu pelayanan dan pendidikan mengalami penurunan di awal periode penerapan sistem; 3. Bila menyandang type A yang hanya mengejar prestasi akreditasi tetapi tidak punya kegiatan sebagaimana type A tentu akan kontradiksi (banyak yang hanya mengejar prestasi tetapi kegiatan baru mau akan dijalankan); 4. Tidak terbangunnya trans karena label type A dan kegiatan realnya tetap type B; 5. Kurangnya standar kuantitas dan kualitas SDM keperawatan; 6. Terdapat kompetitor sejenis yang lokasi berdekatan; 7. Jika tidak dapat mengendalikan kerjasama atau kondisi yang sehat dapat menimbulkan kerugian pada salah satu pihak; 8. Tidak siapnya sarana prasarana serta SDM dalam menunjang kegiatan rumah sakit sebagai rumah sakit type A, AHS dan rujukan nasional sehingga tujuan pelayanan tidak sesuai dengan harapan baik pelayanan kesehatan maupun pelayanan pendidikan; 9. Perlu perbaikan dan pembenahan dalam sistem rujukan pasien karena bila tidak dibenahi akan terjadi penumpukan pasien di RSST; 10. Kurangnya standar diagnostik; 11. Kurangnya dokter spesialis konsultan; 12. Sim RS mendukung; 13. Pelayanan Sub Spesialistik kurang.



Selanjutnya dari harapan dan kekhawatiran seluruh stakeholder utama dapat dikristalisasi ke dalam matriks berikut



Stake holder	Harapan	Kekhawatiran
KEMENTERIAN		
Dirjen BUK	Kontribusi sebagai UPT Nasional Kemenkes Integrasi dengan pendidikan Layanan primer Tingkat Kesehatan BLU	Bila tidak mampu menjadi RS berskala Nasional akan diserahkan kepada Daerah
CUSTOMER		
Pasien	• Menjadi RS yang baik dan memihak rakyat • Mempermudah psien mendapat pelayanan • Dokter spesialis diperbanyak agar tidak perlu ke luar kota • Peralatan dilengkapi • Dibentuk tim-tim terpadu untk penanganan pasien (tim kanker, dll) • Peralatan dan pelayanan yang semaikn lengkap • Tidak perlu berobat jauh ke kota lain untuk efisiensi biaya dan mengurangi resiko kegagalan terapi • Fasilitas dan sdm lengkap • Perencanaan ke RS A lebih matang, baik dan controlling berkesinambungan • RS semakin profesional • Pelayanan meningkat • Kualitas pelayanan meningkat • Meringankan Beban masyarakat • Fasilitas ruang perawatan di benahi • Jenis layanan di tambah sampai sub spesialis	• Masyarakat klaten tidak bias berobat karena mahal dan berbelit • Pelayanan lamban dan kurang maksimal • Pelayanan apotik akan 2x lebih lama • Tenaga medi smenjadi kurang sabar karena banyaknya pasien • Kekurangan tempat tidur (rawat inap) • Waktu yang dibutuhkan untuk mjd rs profesionalk terlalu lama , sdm masih perlu beradaptasi • Tetap pada pengelolaan pusat • Biaya semakin tinggi • Sulitnya mendapatkan pelayanan karena harus antri • Tidak bisa menampung pasien karena banyaknya • Daya tampug terbatas • Masyarakat klaten kurang perhatian karena banyaknya pasien yang dilayani

PEMERINTAH DAERAH / DEWAN PENGAWAS RSST		
Sekretaris Daerah	• Memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif (menyeluruh dan paripurna) dengan mengedepankan keselamatan pasien (patient safety), kompetensi & profesionalisme serta didukung oleh sumber daya kesehatan (SDM, Sarpras Kesehatan) yang maksimal. • RSST juga diharapkan sebagai pusat rujukan sehingga memudahkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan dengan biaya yang efisien dan efektif	Tidak ada kekhawatiran bila RSST berubah menjadi rumah sakit rujukan nasional
DPRD	Memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif (menyeluruh dan paripurna) dengan mengedepankan keselamatan pasien (patient safety), kompetensi & profesionalisme serta didukung oleh sumber daya kesehatan (SDM, Sarpras Kesehatan) yang maksimal. RSST juga diharapkan sebagai pusat rujukan sehingga memudahkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan dengan biaya yang efisien dan efektif	Tidak ada kekhawatiran bila RSST berubah menjadi rumah sakit rujukan nasional
Pemerintah Daerah /DKK	• SDM yang kompeten baik kualitas maupun kuantitas • Kualitas pelayanan terutama "keramahan dan kepedulian " yang menjadi keluhan masyarakat • Melakukan jejring dengan RS di Klaten sehingga fungsi RSST sebagai RS rujukan berjalan optimal • Prosedur pelayanan simple dan tidak berbelit	• Kurangnya sosilalisasi kepada masyarakat menyebabkan rsst sebagi rs rujukan tidak berjalan sehingga tidak ubahnya seperti rs raksasa • Tidak ada komitmen dari para pelaksana bahwa rs sdh menjadi rujukan nasional • Infra RSST
Dewas	Komitmen tertulis dari Kemenkes sbg rumah sakit rujukan nasional dan komitmen dari rumah sakit dengan RSST mendapat predikat sbg rs rujukan nasional dan RS kelas A akan menaikkan tariff	Tidak ada, asalkan semua berkomitmen dan dukungan dari semua pihak



ORGANISASI PROFESI		
IDI	• Kesejahteraan karyawan meeningkat • Terlayaninya pasien secara baik dan cepat • Meningkatnya jumlah karyawan tenaga kesehatan/dokter • Semakin pasien yang bisa terlayani	Kesejahteraan dokter menurun, mengingat adanya BPJS, hanya pasien dengan kasus tertentu yang bisa terlayani di RS klas A
IAI	• Semakin meningkatkan SDM, fasilitas , sarpras, respon time terutama di IGD • Factor tangible juga disesuaikan dengan klas A rujukan nasional • Layanan farmasi klinik bagi farmasisnya juga dilaksanakan dengan sepenuhnya di seluruh bangsal rawat inap • Meningkatkan hubungan dengan organisasi profesi	• Layanan unggulan yang terlalu banyak, shg rsst tidak focus dalam melayani • Masyarakat tidak tahu RSST sebelum dan sesudah menjadi kelas A
PATELKI	• Bukan hanya sekedar slogan, tetapi secara obyektif sdm maupun sarpras sesuai standar pelayanan • SDM mempunyai kompetensi ditempatkan sesuai tupoksi agar bekerja professional • Tenaga profesi mohon bisa dilengkapi dengan SIK dari dinas setempat	• Jika sekedar slogan, yang tidak diimbangi dg kualiats pelayanan dan sdm, maka rs terpuruk shg kesejahteraan karyawan terabaikan • Falsafah pilih kasih/ ABS akan semakin menjauhkan rs dari keberhasilan
IBI	• Pasien lebih cepat tertangani karena tidak perlu jauh ke luar kota • Meningkatkan pelayanan	• Adanya pesaing dengan akan hadirnya RSUD Klaten • Kurangnya pengetahuan masyarakat karena kurang promosi
IFI	• RSST menjadi rujukan nasional untuk tenaga kesehatan di wilayah klaten dan jateng dalam hal keilmuan • Dapat menjadi fasilitator pendidikan dan pelatihan profesi untuk meningkatkan skill nakes di klaten dan sekitarnya	

MITRA PENDIDIKAN		
FK UGM	• Memiliki customer quality yang lebih baik • Memiliki angka mutu klinis yang terus di up date dan dipublikasikan ke masyarakat untuk diketahui • Meiliki indicator klinis yang diketahui RS lain • Memiliki jejaring RS yang diketahui RS lain • Memiliki pelayanan antar unit terintegrasi • Memiliki bad management yang terintegrasi dan bisa diakses RS lain • Memiliki system transportasi dan fasilitas rujukan yang lengkap • Meliliki indicator patient safety • Meiliki fasilitas ruang tunggu yang nyaman • Inos rendah bersih, karyawan rapi • Kasus rujukan yang ditangani adalah kasus sulit • Menjadi tempat pendidikan dokter spesialis • Mempunyai jejaring RS nasional dan internasional • Mempunyai publikasi kinerja klinik dan manajemen • Memiliki keunggulan khusus yang tidak dimiliki RS lain	• Tidak ketat dalam seleksi kasus sulit yang tangani • Beban pasien meningkat yang tidak diimbangi dengan peningkatan kapasitas rs/ pasien • Budaya kerja dan karekteristik kasus penyakit tidak berubah • Terjadi kegagaln terapi karena kasus sulit meningkat tetapi tidak diimbangi peningkatan kapasitas dan keahlian sdm • Citra rs dimasyarakat tidak berubah • Tidak cocok untuk praktek coass karena kasus biasa jarang ditemui • Pemanfaatan fasilitas modern dan hi tech tdk maksimal • Pemanfaatan data klinis tidak maksimal • Ada kecemburuan dr bagian lain ynag mempengaruhi kinerja
Stikes	• Mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat dg maksimal secara holistic • Menjadi rs rjukan sesuai standar yang ada • Menjadi lahan penelitian bagi sdm kesehatan • Menjadi lahan pendidikan bg tenaga kesehatan, untuk mengaplikasikan ilmu serta mengembangkan keilmuannya • Menyediakan pelayanan medic spesialis maupun sub spesialis dengan dukungan sdm dan sarpras yang memadai	

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	• Memberikan pelayanan paripurna kpd masyarakati • Mengembangkan peneliitan sesuai evidence based dan bias joint research dg institusi pendidikan • Wahana pengabdianmasyarakat sebagai aplikasi peningkatan kualitas keperawatan • System administrasi lebih tertata • Kualifikasi sdm maksimal • Academic atmosphere lebih terasa	• Peningkatkan kulitas SDM perawat • Jika kualifikasi semakin tinggi, maka RSST tidak bias mewadahi institusi pendidikan untuk praktek klinik • Persaingan antara institusi pendidikan lebih ketat
Peserta didik	• Memberikan motivasi pada pegawai untuk bias member pelayanan terbaik untuk pasien • Meningkatkan kualitas kesehatan dan pemahaman masyarakat tentang hidup sehat • Berjaya menangani kasus sulit • Member manfaat besar bg mahasiwa, coasl dan peserta didik • Masih menerima pasien miskin • Mengurangi biaya pengobatan • Tetap member pelayanan pada kasus mudah, sedang serta pada pasien tidak mampu • Menjadi rs yang unggul dalam pelayanan terhadap pasien, serta memberikan pelayanan yang cepat, tepat dan akurat pd pasien • Meningkatkan kesehatan bg masyarakat, dan memberikan ilmu bg peserta didik • Meningkatkan kualitas pelayanan, keramahan dan penambahan fasilitas serta penghijauannya	• Pasiennya bertambah dan sdm kurang mencukupi • Mahalnya biaya pengobatan sehingga tidak bbisa diakses masyarakat kurang mampu • Tidak bisa meningkatkan mutu pasien • Komptensi kasus dokter umum berkurang • Rs akan membatasi hanya pada pasie n rujukan serta membatasi mahasiswa praktek • Rs akan menjadi crowded shg kurang memperhatikan kondisi pasien secara menyeluruh
PENSIUNAN	• Rs rujukan nasional terwujud sesuai standard an kaidah akreditasi rs • Untuk geriatri: adanya smf tersendiri dg poliklinik maupun rawat inapnya • Penduduk klaten terlayani shg tidak perlu berobat jauh ke luar kota/ negeri • Pelayanan pendidikan, penelitian dan pengembangan	• Kekhawatiran birokratis (rantai pelayanan dll) • Semrawutnya pelayanan • Tidak semua warga klaten terlayani terutama untuk pelayanan spesialis dan sub spesialis



MITRA RS (PENYEDIA BARANG)	• Masyarakat mendapat pelayanan satu pintu shg mempermudah akses mendapat pelayanan • Mengurangi warga berobat ke luar negeri • Mendidik tenaga medis dan paramedic dengan standar internasional • Masyarakat dari luar pulau jawa akan mendapatkan pelayanan karena diapit oleh dua bandara • Disemua sudut jalan dipasang cctv untuk dokumentasi data • Manajmen mampu menghitung area parkir,jika pasien dimungkinkan meningkat • Penataan kaum PKL perlu ditingkatkan • Warga klaten mendapat pelayanan yang pasti dan terjangkau tidak perlu ke luar kota	• Lokasi yang kurang luas sehingga daftar tunggu pelayanan lama • Tidak ada, asalkan bisa menanggulangi dampak lingkungan dan IGD diperluas serta diberi pembatas jalan • Pelayanan lamban dan membingungkan • Mutu pelayanan berkurang • Kapasitas pelayanan menurun
Karyawan	• Kemudahan akses • Penambahan Kapasitas ruang rawat inap • Pelayanan tenaga medis paramedic ditingkatkan • Penambahan sdm • Menjadi rs yang berkualitas, bermutu serta tidak menesampingkan hak karyawan, missal: medical check up/ th	• Masyarakat bingung dg hadirnya RSUD

3.3 Tantangan strategis



Pada Rapat Kerja RSST di tahun 2013, diperoleh rangkuman isu-isu strategis untuk tahun 2014 yang selanjutnya diperkaya dengan isu di tahun 2014, yang sangat bermanfaat untuk menjadi salah satu aspek utama dalam penyusunan tantangan strategis di RSB 2015 – 2019 sebagiamana terangkum dalam tabel berikut.

Tabel 20 a Isu Strategis RSST 2014

No	Isu Strategis
1.	Medico Legal (Meningkatnya isu medical error dan tuntutan malpraktek) dengan mengoptimalkan DPJP / Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
2.	Sistem menjaga mutu dan manajemen resiko (*Continues quality improvement*) melalui pencapaian akreditasi RS Nasional / JCI (*Patient Centered Care & Safety*) untuk menuju RS Pendidikan Kelas A
3.	Emerging Disease
4.	SPGDs dan PSGDb
5.	Akuntabel, auditable dengan Opini WTP, WBK, WBBM
6.	Pelaksanaan JKN
7.	Remunerasi

Untuk bisa mencapai kompetensi sebagai RS Kelas A, masih cukup banyak kebutuhan yang harus dipenuhi, mulai dari optimalisasi layanan klinis yang sudah ada, pengembangan layanan baru, peningkatan kapasitas dan kompetensi SDM, peralatan kesehatan, sarana dan prasarana, sistim administrasi – manajemen dan informasi RS. Selain isu mengenai peningkatan kelas, RSST juga menghadapi tantangan untuk menjadi RS Pusat Rujukan (Nasional). Yang menjadi masalah adalah upaya untuk menjadi pusat rujukan sangat tergantung pada definisi pusat rujukan itu sendiri. Jika berbasis pada geografis, RSST akan menghadapi tantangan yang besar karena berhadapan langsung dengan berbagai RS di kota Yogyakarta, Solo dan sekitarnya yang sudah lebih dulu dikenal dengan berbagai keunggulan masing-masing. Jika mengacu pada rujukan pelayanan, maka RSST akan memiliki peluang dengan fokus pada layanan tertentu yang merupakan problem besar masalah kesehatan dan belum banyak digarap oleh RS lain.

Untuk mengetahui pemetaan pelayanan, RSST perlu melakukan analisis terhadap: Lingkungan eksternal untuk mengetahui tingkat kebutuhan jenis layanan tertentu di masyarakat (pola penyakit, demografis dan sebagainya) serta memetakan pelayanan kesehatan pada cakupan wilayah yang menjadi jangkauan pasarnya; Lingkungan internal untuk mengetahui gap antara kebutuhan masyarakat, standar pelayanan, intensitas persaingan dengan kemampuan internal RSST sendiri. Selanjutnya hasil analisis ini akan memberikan informasi yang kemudian dapat digunakan untuk mengambil keputusan mengenai strategi dan prioritas alokasi sumber daya RS.



Berdasarkan letak geografis, RSST mudah diakses dari berbagai kota di sekitar DIY dan Jateng bagian selatan. Saat ini telah tersedia angkutan massal berupa kereta lokal yang layak dengan jadwal keberangkatan yang cukup intensif, sehingga memudahkan mobilisasi orang dari barat (Kutoarjo) ke Timur (Solo, bahkan hingga Madiun) dan sebaliknya, dengan tarif yang relatif murah. Klaten memiliki stasiun kereta yang disinggahi oleh kereta lokal maupun eksekutif (jarak jauh). Meskipun kota ini tidak memiliki bandara, namun dengan adanya moda transportasi darat (mobil, kereta) yang beragam, maka mudah diakses dari Yogyakarta dan Solo yang memiliki bandara internasional. Ini membuat letak geografis tidak lagi begitu relevan untuk mendefinisikan pangsa pasar RSST, khususnya jika RS ini akan mengembangkan layanan unggulan tertentu. Dengan akses transportasi yang baik, pasien dapat mengakses langsung dari Kota Yogyakarta, Boyolali, Sukoharjo, Sebagian Magelang, Sebagian Wonogiri. Bahkan jika berbicara mengenai kompetensi teknis, jarak geografis dan batasan administratif tidak lagi menjadi suatu hal masif yang membatasi mobilisasi pasien.

Klaten adalah kabupaten yang terbilang kecil di Jawa Tengah dengan jumlah penduduk tidak mencapai 1,5 juta jiwa pada tahun 2013. Pertumbuhan penduduk pun terbilang lambat, hanya 0,3% per tahun, dibandingkan dengan Provinsi DIY yang mencapai 0,8% per tahun. Untuk memudahkan analisis, maka pemetaan akan dilakukan pada Kabupaten Klaten, Provinsi DIY, Kabupaten Sukoharjo, Kabupaten Boyolali, Kabupaten Magelang dan Kabupaten Wonogiri.

Penyakit berdasarkan Riskesdas 2013 (membandingkan dengan data Riskesdas tahun 2007) untuk Provinsi Jateng adalah adanya kecenderungan prevalensi meningkat terjadi pada kasus: stroke, obesitas, hepatitis, DM. Sedangkan kecenderungan prevalensi menurun terjadi pada kasus: hipertensi, penyakit sendi, rematik, encok, ISPA. Situasi kasus lainnya menurut Riskesdas Tahun 2013 adalah sebagai berikut: Utilisasi rawat jalan dan rawat inap di atas rata-rata nasional; Grafik Asal Pasien Proporsi persalinan sesar sedikit diatas rata-rata nasional; Prevalensi risiko KEK pada wanita usia subur sedikit di bawah rata-rata nasional; Prevalensi menghisap atau mengunyah tembakau tidak berubah signifikan.

Di dokumen Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, terdapat pengertian bahwa Penyakit Tidak Menular (PTM) utama yang antara lain penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif khronis dan kanter tertentu, memiliki dampak negative sangat besar mengingat tingkat produktifitas dapat terganggu, untuk waktu yang cukup lama, bahkan mungkin hanya bisa dikenalikan namun tidak bisa disembuhkan lagi. Beberapa tahun terakhir ini, dilaporkan bahwa prevalensi PTM tertinggi adalah penyakit jantung dan pembuluh darah.

Sebagai RS milik pusat, RSST seharusnya bisa menjadi pusat rujukan bagi wilayah Klaten maupun luar Klaten. Namun pada kenyataannya, saat ini pasien yang datang hampir seluruhnya berasal dari wilayah Kabupaten Klaten, sebagaimana ditunjukkan pada grafik berikut.
Jika data asal pasien ditelusuri lebih detil, maka terlihat bahwa pasien berasal dari kecamatan-kecamatan di Kabupaten Klaten dengan proporsi yang seimbang antar kecamatan. Ini menunjukkan bahwa pasien di Kabupaten Klaten tidak begitu terhalangi oleh jarak untuk

memanfaatkan fasilitas pelayanan di RSST (*grafik 15 – 19*). Jika pasien dikelompokkan berdasarkan usia, maka akan terlihat bahwa kunjungan pasien rawat jalan di RSST didominasi oleh pasien berusia 45-64 tahun dan 25-44 tahun dengan kecenderungan meningkat dengan kasus terbanyak pada penyakit otot, sendi dan jaringan ikat. Jumlah ini bahkan meningkat pada tahun 2013.

Berdasarkan PMK 56 / 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit , maka RSST masih membutuhkan lebih dari 50 orang dokter umum dan dr Sp / Sp Konsultan dari berbagai jenis spesialisasi lagi untuk memenuhi standar sebagai RS Kelas A. Kebutuhan ini dapat dipenuhi dengan cara merekrut tenaga baru sebagai dokter tetap maupun bekerjasama dengan institusi pendidikan ataupun rumah sakit untuk mendatangkan dokter tamu. Pemenuhan ini juga mempertimbangkan jenis layanan yang sudah ada, dan sumber daya, sehingga pelaksanaannya secara bertahap dalam beberapa tahun pertama semenjak persiapan dilaksanakan. Dari sisi , kebutuhan tambahan tidak sebanyak kebutuhan SDM, namun tetap saja akan sangat signifikan dari sisi anggaran. Dengan kondisi seperti tersebut diatas, RSST memiliki potensi pengembangan sebagai layanan rujukan untuk kasus degeneratif asalkan didukung oleh tim multi disiplin, memanfaatkan teknologi informasi untuk membangun jejaring serta didukung oleh sistem operasional yang responsif dan fleksibel.

Selain pasien yang berasal dari sekitar Kabupaten Klaten, RSST juga dapat menjadi rujukan bagi fasilitas pelayanan kesehatan lain yang berada diluar wilayah ini. RSST harus bisa mengembangkan keunikan yang tidak dimiliki oleh RS lain, agar dapat menjadi pusat rujukan pelayanan. Misalnya dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi, seperti misalnya RSST bisa mengembangkan rujukan radiologi dengan metode *telemedicine* (Teleradiologi). Mengingat terjadinya peningkatan populasi lanjut usia di dunia maupun di Indonesia serta tingginya kunjungan pasien di atas usia 45 tahun di RSST maka membuka peluang bagi rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan Geriatri Terpadu yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, kualitas pelayanan dan keselamatan pasien Geriatri di rumah sakit. Menuju ke pelayanan layanan Geriatri tingkat paripurna maka diperlukan pendekatan multi disiplin yang bekerja secara interdisiplin, dalam bersama dengan pelaksanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian serta kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam rangka pengembangnnya maupun pemberdayaan masyarakat. Di samping itu diperlukan pemenuhan atas sarana dan prasarana, peralatan maupun ketenagaan.

Tabel 20 b Tantangan strategis RSST 2014

1. **Mewujudkan RS yang mengedepankan pelayanan dengan berfokus pada mutu dan keselamatan pasien , dalam bentuk layanan yang komprehensif / terpadu.**
2. **Mewujudkan RS Kelas A yang mandiri dan berkualitas di bidang pelayanan, pendidikan, penelitian.**
3. **Menjadi RS Kelas A yang mengedepankan aksesibilitas guna memenuhi kepuasan *stakeholder* dan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan.**
4. **Mewujudkan RS Ramah Geriatri Pusat Rujukan Tingkat Nasional dengan di dukung oleh optimalnya sarana prasarana, dengan SDM yang kompeten serta memiliki komitmen tinggi.**
5. **Mewujudkan Rumah Sakit Pendidikan yang unggul dan dibutuhkan dalam pendidikan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dan terintegrasi dalam Academic Health System bersama Fakultas kedokteran UGM, RS Akademik Universitas Gadjah mada, RSUP dr. Sardjito.**
6. **Mengembangkan sistem manajemen informasi kesehatan, regulasi dan promosi berbasis ilmu pengetahuan dan tekhnologi.**
7. **Memanfaatkan peluang dan tantangan di bidang pelayanan kesehatan dalam era JKN.**

3.4 Benchmarking

Memperhatikan visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yaitu menjadi rumah sakit yang Lansia di tingkat Nasional maka akan unik dan menjadi satu-satunya rumah sakit yang mempunyai visi tersebut, diantara rumah sakit umum, rumah sakit pendidikan dan rumah sakit kelas A maupun B yang ada di Indonesia. Selanjutnya dengan melakukan *benchmarking* terhadap rumah sakit di sekelilingnya maka terdapat peluang RSST untuk dikenal sebagai RS Kelas A Ramah Lansia sebgaimana yang dibutuhkan masyarakat.

Tabel 21 *Benchmarking* RS dengan Layanan Geriatri

No	RSST	RSS	RSDK
1.	Terdapat pelayanan Geriatri belum ada home care	Terdapat pelayanan Geriatri dengan home care	Terdapat pelayanan geriatri dengan home care
2.	Ada tenaga dr. Spesialis dalam proses pendidikan PPDS 2 Lansia dan rencana dokter Sp PD-K dokter tamu	Terdapat tenaga dokter sub spesialis Geriatri	Terdapat tenaga dokter sub spesialis Geriatri
3.	Sudah terdapat sistem menejemen Layanan Geriatri	Sudah terdapat sistem menejemen Layanan Geriatri	Sudah terdapat sistem menejemen Layanan Geriatri
4.	Sarana prasarana belum terpenuhi	Sarana prasarana belum optimal	Terdapat wing khusus untuk layanan Geriatri
5.	Sudah terdapat pasar di masyarakat	Sudah terdapat pasar di masyarakat	Sudah terdapat pasar di masyarakat
6.	Terakreditasi nasional sebagai RS Pendidikan Kelas B	Terakreditasi Nasional sebagai RS Pendidikan Kelas A	Terakreditasi Nasional sebagai RS Pendidikan Kelas A

Nasional :

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

Alasan:

Merupakan rumah sakit rujukan tersier nasional dengan kemampuan menangani kasus sulit

Integrasi pelayanan dan pendidikan (*Academic Health Centre* /AHC)

RS dengan layanan Geriatri yang terunggul

3.5. Analisa SWOT

Dengan berlandaskan pada aspirasi *stakeholder*, tantangan strategis, *benchmarking*, dan dengan mempertimbangkan hasil analisa kinerja baik dalam lingkungan eksternal maupun internal rumah sakit, maka dilaksanakan analisa atas kekuatan (*strength/S*), kelemahan/kekurangan (*weaknes*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*). Berikut rangkuman hasil identifikasi faktor S W O T yang diperkirakan akan dihadapi RSST dalam kurun waktu RSB, serta dilanjutkan dengan analisanya.

Peluang

1. Adanya dorongan UU untuk menjadi RS Kelas A
2. Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berobat
3. Transportasi yang semakin mudah dan banyak pilihan dari kota-kota sekitar
4. Adanya program JKN dengan fleksibilitas pengelolaan keuangan
5. Perkembangan teknologi komunikasi, informasi yang sangat pesat

Tantangan

1. AFTA 2015 bidang kesehatan
2. Inovasi yang dikembangkan oleh RS lain
3. Perubahan teknologi yang cepat diikuti dengan biaya tinggi
4. Meningkatnya kompleksitas regulasi kesehatan
5. Adanya tuntutan hukum atas pelayanan kesehatan

Kekuatan

1. RSST memiliki 47 dokter spesialis, 8 sub spesialis, 10 dokter spesialis tamu dan 10 dokter sub spesialis tamu yang berkomitmen mendukung visi RS
2. Memiliki layanan unggulan yang dapat menjadi rujukan nasional
3. Sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang memiliki kerja sama dengan FK UGM, FK UI, FK UNDIP dan mitra kerja lain , dan memiliki potensi berintegrasi ke dalam *Academic Health System* (AHS)
4. Tersedianya Pedoman Pelayanan Klinik dan Standar Prosedur Operasional
5. Kunjungan pasien rawat jalan RS berusia di atas 60 tahun cukup tinggi

Kelemahan

1. Terdapat gap yang cukup besar dalam pemenuhan SDM medis sesuai Permenkes no. 340/2010
2. Sistem Manajemen informasi berbasis teknologi belum terintegrasi
3. Budaya kinerja organisasi belum optimal
4. Banyak fasilitas (gedung, , peralatan non medis) yang perlu diremajakan
5. Sistem rujukan antar Provinsi di RS belum optimal



Selanjutnya dilakukan analisa SWOT untuk menentukan posisi strategis RSST, sebagaimana terangkum dalam tabel berikut ini.

Tabel 22 Analisa SWOT

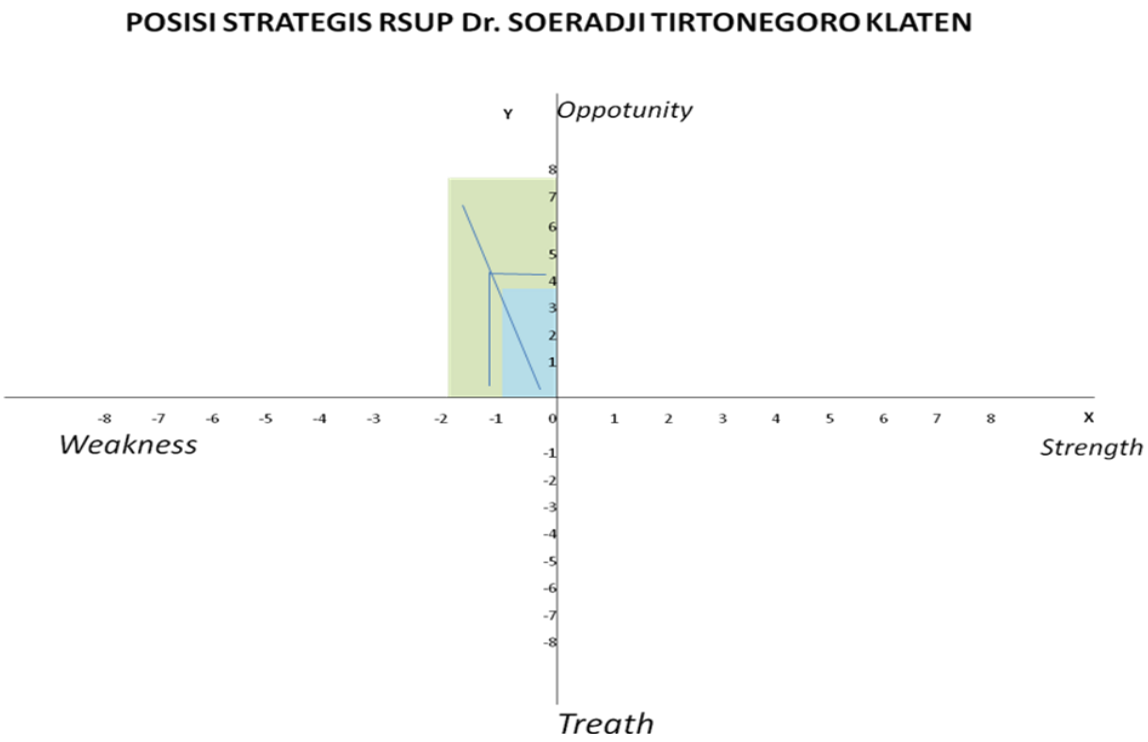
No.	URAIAN	FAKTOR	SUB FAKTOR	RATING	SKOR
A	PELUANG	0.25			
1	Adanya dorongan UU untuk menjadi RS Kelas A		0.20	3.86	0.19
2	Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berobat		0.20	3.14	0.00
3	Transportasi yang semakin mudah dan banyak pilihan dari kota-kota sekitar		0.20	2.71	0.00
4	Adanya program JKN dengan fkesibilitas pengelolaan keuangan		0.20	3.71	0.00
5	Perkembangan teknologi komunikasi, informasi yang sangat pesat		0.20	3.29	0.00
					0.19
B.	TANTANGAN	0.25			
1	AFTA 2015 bidang kesehatan		0.20	3.14	0.16
2	Innovasi yang dikembangkan oleh RS lain		0.20	3.29	0.00
3	Perubahan teknologi yang cepat diikuti dengan biaya tinggi		0.20	2.86	0.00
4	Meningkatnya kompleksitas regulasi kesehatan		0.20	2.86	0.00
5	Adanya tuntutan hukum atas pelayanan kesehatan		0.20	3.14	0.00
					0.16
C.	KEKUATAN	0.25			
1	RSST memiliki 47 dokter spesialis, 8 sub spesialis, 10 dokter spesialis tamu dan 10 dokter sub spesialis tamu yang berkomitmen mendukung visi RS		0.20	3.43	0.17
2	Memiliki layanan unggulan yang dapat menjadi rujukan nasional		0.20	4.00	0.00
3	Sebagai RS pendidikan yang memiliki kerja sama dengan FK UGM, FK UI, FK UNDIP dan mitra kerja lain, memiliki potensi berintegrasi ke dalam *Academic Health System* (AHS)		0.20	3.29	0.00
4	Tersedianya pedoman pelayanan klinik dan Standar Prosedur Operasional		0.20	3.43	0.00
5	Kunjungan pasien rawat jalan RS berusia di atas 60 tahun cukup tinggi		0.20	2.86	0.00
					0.17
D.	KELEMAHAN	0.25			
1	Terdapat gap yang cukup besar dalam pemenuhan SDM medis sesuai Permenkes No. 340/2010		0.20	3.71	0.19
2	Sistem manajemen informasi berbasis teknologi belum terintegrasi		0.20	3.14	0.00
3	Budaya kinerja organisasi belum optimal		0.20	3.57	0.00
4	Banyak fasilitas (gedung, , peralatan non medis) yang perlu diremajakan		0.20	3.00	0.00
5	Sistem rujukan antar provinsi di RS belum optimal		0.20	3.57	0.00
					0.19

3.6. Diagram Kartesius

Hasil analisis SWOT diperoleh nilai untuk variabel X (peluang = 0.19 dan tantangan sebesar 0,16), kemudian untuk variabel Y (kekuatan = 0,17 dan kelemahan sebesar = 0,19). Selanjutnya untuk menentukan posisi dalam diagram Kartesius dilakukan penghitungan dengan cara mengurangkan Peluang dengan ancaman serta kekuatan dengan kelemahan. Posisi strategis untuk RSST ternyata berada pada kuadran II atau posisi bersaing dimana kondisi kelemahan lebih menonjol daripada kekuatan dan nilai peluang lebih tinggi dari ancaman.

Berdasarkan data dua varaibel di atas langkah selanjutnya adalah menggambarkannya dalam Diagram Kartesius yang merupakan pendeskripsian bagi posisi strategis yang dikaji. Berikut ini adalah posisi strategis RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Gambar 7 Posisi Strategis Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten



3.7 Analisa TOWS

Bagian ini merupakan gambaran atas berbagai sasaran strategis yang akan dilakukan oleh RSST dalam kurun waktu tahun 2015-2019. Kajian strategis dihasilkan dari analisa TOWS sebagai matriks atas kajian *Treath, Oppurtunity, Weakness* dan *Strength* dalam sebuah media yang mempertemukan secara *cross section* atas keempat aspek yang ada. Sasaran strategis yang dihasilkan mencerminkan upaya strategis yang akan diperjuangkan oleh RSST dalam rangka merealisasikan visi dan misi yang diembannya. Untuk dapat merumuskan apa saja upaya strategis, analisa dilakukan dengan mendasarkan pada masing-masing kondisi sebagai berikut, yakni dengan cara mempertemukan:

a. hasil identifikasi kekuatan dan peluang
b. hasil identifikasi kekuatan dan ancaman
c. hasil identifikasi kelemahan dan peluang
d. hasil identifikasi kelemahan dan ancaman

Untuk setiap kondisi di atas, ditentukan apa saja upaya strategis RSST yang perlu dilakukan dari segi perspektif finansial, konsumen, proses bisnis, dan pengembangan SDM dan organisasi dalam kurun waktu periode RSB.

Tabel 23 Analisa TOWS membentuk Upaya – upaya strategis

Analisa TOWS

Identifikasi sasaran strategis

	Faktor Kekuatan	Faktor Kelemahan
	1. RSST memiliki 47 dokter spesialis, 8 sub spesialis, 10 dokter spesialis tamu dan 10 dokter sub spesialis tamu yang berkomitmen mendukung visi RS 2. Memiliki layanan unggulan yang dapat menjadi rujukan nasional 3. Sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang memiliki kerja sama dengan FK UGM, FK UI, FK UNDIP dan dalam Integrasi *Academic Health System (AHS)* 4. Tersedianya Pedoman Pelayanan Klinik dan Standar Prosedur Operasional 5. Kunjungan pasien rawat jalan RS berusia di atas 60 tahun cukup tinggi	1. Terdapat gap yang cukup besar dalam pemenuhan SDM medis sesuai Permenkes no. 340/2010 2. Sistem Manajemen informasi berbasis teknologi belum terintegrasi 3. Budaya kinerja organisasi belum optimal 4. Banyak fasilitas (gedung, , peralatan non medis) yang perlu diremajakan 5. Sistem rujukan antar Provinsi di RS belum optimal
Faktor Peluang	**Hasil identifikasi Kekuatan dengan Peluang**	**Hasil identifikasi Kelemahan dengan Peluang**
1. Adanya dorongan UU untuk menjadi RS Kelas A 2. Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berobat 3. Transportasi yang semakin mudah dan banyak pilihan dari kota-kota sekitar 4. Adanya program JKN dengan fleksibilitas pengelolaan keuangan 5. Perkembangan teknologi komunikasi, informasi yang sangat pesat	1. RSST memiliki tenaga medik sp / subspesialis yang berkomitmen mendukung visi RS menuju RS Kelas A 2. Program JKN yang menjamin kepastian pendapatan RS untuk fleksibilitas pengelolaan keuangan dengan memanfaatkan tekhnologi komunikasi 3. Adanya kerjasama kemitraan dengan FK UGM dan mitra kerja lain dalam Integrasi *Academic Health System (AHS)* menguatkan implementasi sertifikasi RS Pendidikan dan Akreditasi Bidang Pelayanan 4. Pelayanan geriatri di RS didukung oleh kemudahan transportasi dan perkembangan tekhnologi komunikasi, informasi.	1. Pemenuhan kekurangan SDM medis menuju RS Kelas A didorong adanya UU Otonomi Daerah dan sertifikasi RS Pendidikan serta Akreditasi 16 Bidang Pelayanan 2. Perkembangan tekhnologi informasi mendorong terwujudnya Budaya kinerja dan sistem Manajemen 3. Peningkatan fasilitas (gedung, , peralatan non medis) didukung oleh fleksibilitas pengelolaan keuangan 4. Sistem Rujukan Antar Provinsi dapat didorong dengan kemudahan aksesabilitas dan didukung oleh pemakaian tekhnologi komunikasi 5. Era JKN mendorong penyempurnaan sistem informasi RS dan kesiapan menjadi RS Ramah Geriatri Rujukan Tingkat Nasional
Faktor Ancaman	**Hasil identifikasi Kekuatan dengan Ancaman**	**Hasil identifikasi Kelemahan dengan Ancaman**
1. AFTA 2015 bidang kesehatan 2. Inovasi yang dikembangkan oleh RS lain 3. Perubahan teknologi yang cepat diikuti dengan biaya tinggi 4. Meningkatnya kompleksitas regulasi kesehatan 5. Adanya tuntutan hukum atas pelayanan kesehatan	1. Komitmen staf medis RS mendukung visi tidak terpengaruh adanya AFTA 2015 Bidang Kesehatan 2. Kepastian pendapatan RS dengan berlangsungnya program JKN dapat mengatasi inovasi RS lain 3. Adanya kerja sama kemitraan pendidikan dapat mengurangi dampak dari AFTA 2015 bidang Kesehatan 4. Tersedianya Pedoman Pelayanan Klinik dan Standar Prosedur Operasional dalam program JKN dapat menjadi faktor pemenuhan harapan stakeholder terhadapa mutu pelayanan dan keselamatan pasien. 5. Pertumbuhan kunjungan Pasien Geriatri sebagai l bagian dari ayanan RS Ramah Lansia dapat mengatasi inovasi yang dikembangkan oleh RS lain	1. AFTA 2015 digunakan sebagai dorongan untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis sesuai PerMenkes 340 tahun 2010 2. Rumah sakit mengalokasikan anggaran untuk memenuhi kebutuhan sarana dan pengembangan Sistem Manajemen iBerbasis Tekhnologi 3. Rumah sakit menerapkan reward and consequences terkait tuntutan hukum atas layanan kesehatan untuk mengoptimalkan budaya kinerja 4. Memanfaatkan kompleksitas regulasi kesehatan untuk mendukung budaya kinerja. 5.Mengoptimalkan sistem rujukan antar provinsi dengan menggunakan kemudahan akses dari ke DIY-Jateng

3.8 Sasaran Strategis

Dengan mempertimbangkan analisa-analisa tersebut diatas, maka dapat diperoleh identifikasi factor-faktor strategis yang dapat dikembangkan menjadi sasaran strategis dengan mengkatagorikan terlebih dulu perspektif berdasarkan *Balance Scorecard* diperoleh rangkuman sebagai berikut :

Tabel 24 Sasaran Strategis RSB RSST 2015 - 2019

1. **Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik**
2. **Terbentuknya budaya kinerja**
3. **Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi**
4. **Teralisasinya sarana dan prasaranan siap/laik pakai**
5. **Terwujudnya tata kelola RS yang transparan akuntabel dan auditable**
6. **Terwujudnya efektifitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit**
7. **Terwujudnya sistem rujukan**
8. **Terwujudnya kemitraan rumah sakit**
9. **Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna**
10. **Terbentuknya sistem integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam *Academic Health Science System (AHSS)***
11. **Terwujudnya RS Kelas A**
12. **Terwujudnya pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**
13. **Terwujudnya kepuasan stakeholder**
14. **Meningkatnya pendapatan, membaiknya dan efisiensi biaya**

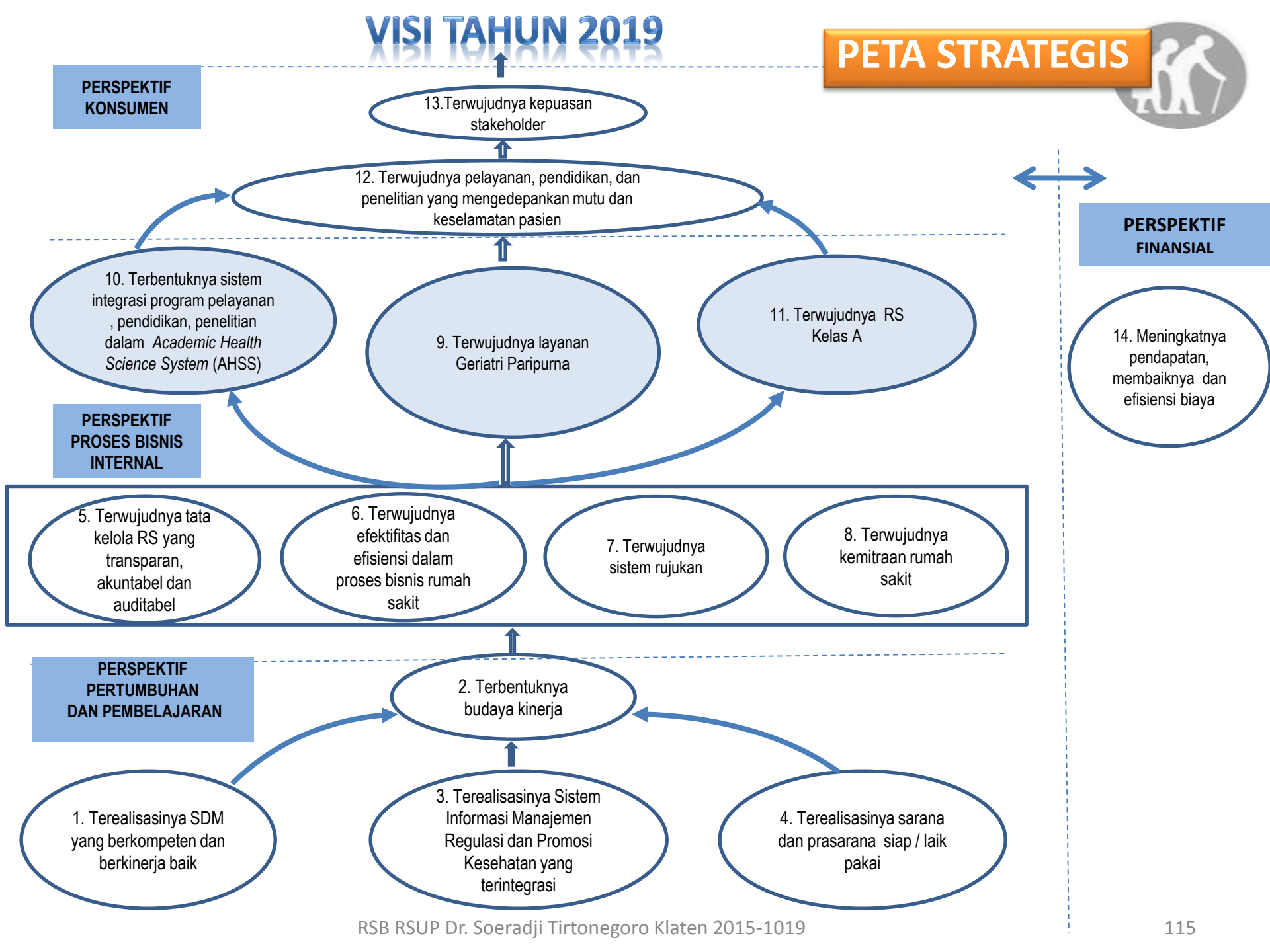
3.9 Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)

Selanjutnya berdasarkan pada sasaran strategis yang menggambarkan apa yang hendak dicapai oleh RSST di masa depan hingga tahun 2019 guna menjawab tantangan strategis di masa kini dan mendatang, yang bersumber pada dinamika tuntutan *stakeholder*, maka dihasilkanlah Rancangan Peta Strategi berbasis *Balanced Scorecard* sebagai berikut.

Gambar 8 Peta Strategis Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

VISI TAHUN 2019

PETA STRATEGIS





Bab 4
Indikator Kinerja Utama dan Program Strategis



Sebagaimana tertuang dalam berbagai landasan hukum penyelenggaraan pembangunan kesehatan, maka penyelenggaraan upaya kesehatan seharusnya adil, merata, terjangkau dan bermutu guna meningkatkan derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Beberapa prinsip dalam penyelenggaraannya meliputi keterpaduan, berkesinambungan dan paripurna, bermutu dan aman dan sesuai kebutuhan, adil dan merata, non diskriminatif, terjangkau, berteknologi tepat guna, bekerja dalam tim secara cepat dan tepat.

Unsur di dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di rumah sakit meliputi upaya kesehatan, sumber daya upaya kesehatan, dan pembinaan serta pengawasan upaya kesehatan harus berjalan seiring setujuan. RSST sebagai bagian dari upaya kesehatan sekunder dan tersier, penyelenggaraannya harus terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan dan berbagai upaya pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tradisional, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan keluarga berencana, upaya kesehatan olahraga, pelayanan kesehatan pada bencana, pelayanan darah, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran, upaya kesehatan matra, pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan makanan dan minuman, pengamanan zat aditif, pelayanan bedah mayat, upaya kesehatan ibu, bayi dan anak, upaya kesehatan remaja, upaya kesehatan lansia dan penyandang cacat, upaya perbaikan gizi, upaya kesehatan jiwa, upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular, upaya kesehatan lingkungan dan upaya kesehatan kerja.

Pada periode tahun 2015 – 2019 kiranya perlu secara sungguh-sungguh pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh RSST agar masyarakat pengguna jasa layanan dapat merasakan keberadaan rumah sakit dan civitasnya, Pelayanan diharapkan cepat, tanggap dan transparan, guna mewujudkan Indonesia yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong sebagai ciri kepribadian bangsa. Agenda layanan kesehatan di periode ini adalah mewujudkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang semakin mantap, yaitu setiap orang mendapatkan hak pelayanan eksehatan sesuai kebutuhan, di tempat pelayanan yang terstandar, dilayani oleh tenaga yang kompeten menggunakan standar pelayanan, dengan biaya yang terjangkau serta mendapatkan informasi yang adekuat atas kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk itulah diperlukan kebersamaan pemahaman , komitmen yang kuat dan kepemimpinan yang konsisten, dengan tujuan meningkatkan keseadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat terwujud peningkatan derajad kesehatannya.

Telah ditetapkan oleh Menteri Kementerian Kesehatan dalam peringatan Hari Kesehatan Nasional 2014 (HKN Emas) untuk memperhatikan bahwa : pembangunan kesehatan merupakan salah satu investasi dalam menopang Indeks Pembangunan Manusia; pendekatan sasaran pokok pembangunan kesehatan adalah ibu hamil, bayi dan balita, anak usia sekolah dan remaja, pasangan usia subur serta lanjut usia; memerlukan team work yang colaborative dengan penekanan sifata layanan pada care; serta memperkuat tata kelola program dan administrasi.

Dengan mempertimbangakn berbagai pendekatan , al aspek demografi penduduk di wilayah Kabupaten Klaten dan aspek demografi pasien RS sebagaimana tertuang dalam Bab II, serta butir2 penting Visi Misi negara Republik Indonesia maka pada tahun 2014 ini, ditetapkanlah layanan unggulan regional RS berupa layanan Geriatri yang akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RSST sebagai RS yang Ramah Lansia, selain itu terdapat pula beberapa layanan unggulan lainnya, antara lain: layanan layanan *Hip and Knee*, Layanan Tulang Belakang Terpadu, layanan Tumbuh Kembang Anak Terpadu, layanan Pengobatan Komplementer Alternatif, layanan Psikosomatis, layanan Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah. Adapun sebagai unggulan Nasional dipersiapkan layanan Teleradiologi.

Gambar 9 Matrik Keterkaitan Perencanaan Program dan SIstem Pendukung dengan Unit Kerja di RSST



Dalam bab ini dijelaskan ukuran kinerja utama dan target kinerja utama yang hendak dicapai untuk mengawal pencapaian visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tahun 2019. Selanjutnya upaya konkrit utama akan dilakukan dalam bentuk perencanaan Program Strategis.

4.1 Indeks Kinerja Utama (IKU)

4.1.1 Matriks IKU

IKU yang ditetapkan di RSB 2015 – 2019 ini dipergunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, baik dari segi masukan (*in put*), proses, keluaran (*out put*), dan hasil (*outcome*). Selanjutnya dari setiap IKU akan diidentifikasi bobotnya yang menyatakan kepentingan IKU tersebut terhadap pencapaian visi RSST dengan total seluruh bobot adalah 100 %. Langkah berikutnya adalah menetapkan target, dengan mencoba mengemukakan hasil pencatatan target di tahun 2013 dan 2014 sebagai *baseline*, untuk kemudian ditetapkan target tahun berikutnya.

SASARAN STRATEGIS		IKU		BOBOT	SATUAN	Baseline				Target			PIC
						2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				26									
1	**Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik**	1	Persentase kompetensi tenaga medis	4	%		NA	≥ 90	≥ 92	≥ 94	≥ 96	100	Ka Komite Medik
		2	Persentase kompetensi tenaga perawat	4	%		97.2	≥ 97	≥ 97	100	100	100	Ka. Komite Keperawatan
		3	Persentase kompetensi tenaga kesehatan lainnya	4	%		NA	≥ 85	≥ 88	≥ 90	≥ 95	100	Kabag Umum SDM
		4	Persentase kompetensi tenaga non medis	3	%		NA	≥ 85	≥ 88	≥ 90	≥ 95	100	Kabag Umum SDM
2	**Terbentuknya budaya kinerja**	5	Rata-rata Hasil Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai	4	%		Berproses	≥ 76	≥ 78	≥80	≥ 82	≥ 84	Kabag Umum SDM
3	**Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi**	6	Tingkat kematangan IT	4	Level		1	1	1	2	2	3	Ka.Instalasi SIRS
4	**Teralisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai**	7	Tingkat Kehandalan prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness* (OEE)	3	%		NA	≤ 75	≤ 80	≤ 85	≤ 95	≤ 100	Kabid Jangsar

PROSES BISNIS INTERNAL				**48**									
5	**Terwujudnya tatakelola RS yang transparan akuntabel dan auditabel**	8	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	2	skor	81.4	≥ 80	≥ 80.1	≥ 80.2	≥ 80.3	≥ 80.4	≥ 80.5	Ka Bag Perencanaan & Anggaran
		9	Opini laporan keuangan	3	skor	1	1	1	1	1	1	1	Kabag Akuntansi
6	**Terwujudnya efektifitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit**	10	Prosentase IKU tiap direktorat yang tercapai	3	%	NA	NA	91	92	93	94	95	Para Direktur
7	**Terwujudnya sistem rujukan**	11	Tingkat ketepatan rujukan	3	%	NA	NA	80	82	84	86	88	Ka.Instalasi Rekam Medik
8	**Terwujudnya kemitraan rumah sakit**	12	Persentase PKS kemitraan pelayanan aktif	2	%	NA	NA	100	100	100	100	100	Ka.Bag Umum & SDM
		13	Persentase PKS kemitraan pendidikan aktif	2	%	80	90	100	100	100	100	100	Ka Bag Umum dan SDM
		14	Persentase PKS kemitaraan penelitian aktif	2	%	100	100	100	100	100	100	100	Ka Bag Umum dan SDM
		15	Persentase PKS kemitraan Kerja Sama Operasional (KSO) aktif	2	%	NA	100	100	100	100	100	100	Ka Bag Umum dan SDM
9	**Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna**	16	Pertumbuhan kunjungan Lansia di rumah sakit	5	%		Berproses	2	2	3	3	4	Ka.Instalasi Rekam Medik
		17	Tingkat Layanan Geriatri	5	skor		1	2	2	3	3	4	Ka. Bidang Pelayanan Medik

10	**Terbentuknya sistem Integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam *Academic Health Science System* (AHSS)**	18	Persentase visitasi program dokter umum dan pendidikan tenaga kesehatan lain dari FK UGM	2	%	NA	NA	80	85	90	95	100	Kabag Diklit
		19	Prosentase rapat koordinasi Tim Integrasi AHS	2	%	NA	NA	80	85	90	95	100	Kabag Diklit
11	**Terwujudnya RS Kelas A**	20	Persentase pemenuhan pemberi layanan Subspesialis sesuai standar RS Kelas A	5	%	NA	25	100	100	100	100	100	Kabid YanMed
12	**Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**	21	Persentase Kepatuhan pelaksanaan *Clinical Pathway* (CP)	3	level	NA	NA	2	2	3	3	4	Kabid.Yan. Med
		22	Rasio Perseptor dengan Peserta Didik	2	skor	NA	NA	4	4	4	4	4	Kabag Diklit
		23	Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional	2	%	NA	10	10	10	10	10	10	Kabag. Diklit
		24	Tingkat Pemenuhan Supervisi Tim Rotasi Klinik Institusi Pendidikan	3	%	NA	NA	100	100	100	100	100	Kabag. Diklit
STAKEHOLDERS				18									
13	**Terwujudnya kepuasan stakeholder**	25	Persentase Kepuasan Pasien	4	Skor	NA	NA	3	3	3	3	3	Ka.Instalasi Humas
		26	Persentase Kepuasan Peserta didik	4	Skor	NA	NA	3	3	3	3	3	Kabag Diklit
		27	Persentase Kepuasan Pemilik RSST melalui pencapaian indikator kinerja RSST	3	Skor	NA	NA	3	3	3	3	3	Ka. Bag Akutansi
		28	Persentase Kepuasan Pegawai	3	Skor	NA	NA	3	3	3	3	3	Kabag Umum dan SDM
		29	Komplain yang ditindaklanjuti	4	Skor	NA	NA	100	100	100	100	100	Ka.Instalasi Humas
KEUANGAN				8									
14	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya dan efisiensi biaya**	30	Rasio pendapatan terhadap Biaya operasional	8	%	NA	NA	65	70	75	75	75	Kabag Akuntansi

4.1.2 Kamus IKU



Untuk semua IKU yang teridentifikasi disusunlah penjelasan definisi operasional IKU dalam suatu takaran yang sama, meliputi : definisi, informasi periode pelaporan, formula, bobot, penanggung jawab, sumber dana, dan target tiap tahun.

1.PERSENTASE KOMPETENSI TENAGA MEDIS

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terealisasinya SDM yang berkompeten
Judul IK	Persentase kompetensi tenaga medis
Dimensi mutu	Efisien ,efektif, mutu dan keselamatan pasien
Tujuan	Persentase kompetensi tenaga medis adalah terpenuhinya SDM tenaga medis yang berkompeten dan bermutu sesuai standar
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan jumlah tenaga medis di rumah sakit yang mempunyai kompetensi sesuai standar yang ditetapkan oleh Sub Komite Kredensial /Kementerian Kesehatan / organisasi profesi atau RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dengan jumlah seluruh tenaga medis yang ada di RSST
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah tenaga medis yang kompeten x100% Jumlah seluruh tenaga medis
Bobot IK	4
Sumber Data	Bagian Umum SDM, Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pendidikan dan Penelitian
Standar/ Target	100 %
PIC	Ka Komite Medik

2. PERSENTASE KOMPETENSI TENAGA PERAWAT

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terealisasinya SDM yang berkompeten
Judul IK	Persentase Kompetensi Tenaga Perawat
Dimensi mutu	Efisien ,efektif, keselamatan pasien
Tujuan	Terpenuhinya SDM tenaga keperawatan yang berkompeten dan bermutu sesuai standar
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan tenaga perawat persentase / jumlah perawat di rumah sakit yang mempunyai kompetensi sesuai standar yang ditetapkan oleh Sub Komite Kredensial /Kementerian Kesehatan / organisasi profesi atau RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dengan seluruh jumlah perawat yang ada di RSST
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah tenaga perawat yang kompeten x 100% Jumlah seluruh perawat
Bobot IK	4
Sumber Data	Bagian Umum SDM, Komite Keperawatan, Ka Bidang Keperawatan,
Standar/ Target	100 %
PIC	Ka Bidang Keparawatan/ ka Komite Keperawatan

3. PERSENTASE KOMPETENSI TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terealisasinya SDM yang berkompeten
Judul IKT	Persentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya
Dimensi mutu	Efisien ,efektif, keselamatan pasien
Tujuan	Terpenuhinya SDM tenaga tenaga kesehatan lainnya yang kompeten dan bermutu sesuai standar
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan jumlah tenaga kesehatan lainnya yang ada di rumah sakit yang mempunyai kompetensi sesuai standar yang ditetapkan oleh Sub Komite Kredensial /Kementerian Kesehatan / organisasi profesi atau RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dengan seluruh tenaga kesehatan lainnya di RSST
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah tenaga kesehatan lain yang berkompeten x 100% Jumlah seluruh tenaga kesehatan lain
Bobot IK	4
Sumber Data	Bagian Umum SDM
Standar/ Target	100 %
PIC	Kabag Umum SDM

4. PERSENTASE KOMPETENSI TENAGA NON MEDIS

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terealisasinya SDM yang berkompeten
Judul Indikator Kinerja Utama	Persentase kompetensi tenaga non medis
Dimensi mutu	Efisien ,efektif, mutu dan keselamatan pasien
Tujuan	Persentase kompetensi tenaga non medis adalah terpenuhinya SDM tenaga medis yang berkompeten dan bermutu sesuai standar
Definisi Operasional	Persentase kompetensi tenaga non medis adalah kesenjangan kompetensi yang ada pada tenaga non medis dengan standar yang ditetapkan oleh pemerintah dan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah tenaga non medis yang kompeten x100% Jumlah seluruh tenaga non medis
Bobot Indikator Kinerja Utama	3
Sumber Data	Bagian Umum SDM, Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pendidikan dan Penelitian
Standar/ Target	100 %
PIC	Ka Komite Medik

5. PERSENTASE RATA - RATA HASIL PENILAIAN SASARAN KINERJA PEGAWAI

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terbentuknya budaya kinerja
Judul IK	Rata rata hasil penilaian sasaran kinerja pegawai
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya pembinaan pegawai berdasarkan prestasi kerja dan sistem karir
Definisi Operasional	Merupakan nilai rata-rata hasil penilaian sasaran kinerja pegawai
Frekuensi pengumpulan data	12 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah keseluruhan capaian nilai kerja karyawan Jumlah seluruh pegawai 1. 91 – ke atas : sangat baik 2. 76 – 90 : baik 3. 61 – 75 : cukup 4. 51 – 60 : kurang 5. 50 ke bawah : buruk
Bobot IK	4
Sumber Data	Bag Umum SDM
Standar/ Target	≥98 %
PIC	Ka Bag Umum SDM

6. TINGKAT KEMATANGAN IT

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi
Judul IKT	Tingkat kematangan IT
Dimensi mutu	Efisien efektif
Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kematangan IT atas proses layanan dan dukungan IT dalam berbagai proses layanan di rumah sakit.
Definisi Operasional	Tingkat kematangan IT adalah peringkat IT pada semua proses pelayanan di rumah sakit yang meliputi semua sistim informasi : HIS (front ofice dan back ofice, LIS, RIS, e-Library, e- medical record, e-prescription), SEP INACBG's, SIM Peg, SIMAK BMN, SAKPA, SIM Pengadaan, dll)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Level 1 : HIS terlaksana sebagian tetapi belum terintegrasi di seluruh unit pelayanan. Level 2 : HIS terlaksana sebagian dan sudah terintegrasi di beberapa unit pelayanan. Level 3 : HIS terlaksana di seluruh unit pelayanan dan terintegrasi.
Bobot IK	4
Sumber Data	Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit
Standar/ Target	Level 3
PIC	Ka ISIRS

7. TINGKAT KEHANDALAN PRASARANA SESUAI *OVERALL EQUIPMENT EFFECTIVENESS (*OEE)

Perspektif	**Pertumbuhan Dan Pembelajaran**
Sasaran Strategis	Teralisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai
Judul IK	Tingkat Kehandalan prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness (*OEE)
Dimensi mutu	efektif
Tujuan	Terwujudnya perencanaan, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi program pemanfaatan dan pengamanan dan non medis yang komprehensif dalam mewujudkan dan memelihara " *Safe Condition* " guna keberhasilan program *patient safety*
Definisi Operasional	Merupakan perangkat/alat untuk mengukur kelaikan apakah maupun non medis dapat bekerja dengan normal atau tidak
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Formula	*Availibility* (efektifitas maintenance peralatan) x *performance rate* (seberapa efektif peralatan yang digunakan) x *quality rate* (efektifitas proses manufaktur untuk mengeliminasi *scrap, rework and yield loss*)
Bobot IK	3
Sumber Data	IPSRS, Bidang Jang Sar, Subag. RT
Standar/ Target	≤100 %
PIC	Ka.Bid Jangsar

8. TINGKAT IMPLEMENTASI TATA KELOLA RS YANG BAIK

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya tata kelola RS yang transparan, akuntabel dan auditabel
Judul IK	Tingkat Implementasi Tata Kelola rumah sakit Yang Baik
Dimensi mutu	Transparan, akuntabel dan auditabel
Tujuan	Meningkatkan tata kelola rumah sakit
Definisi Operasional	Merupakan tingkat pengelolaan sumber daya rumah sakit secara efektif, efisien dan tingkat produktifitas yang tinggi berorientasi pada target rumah sakit dengan pertimbangan pendekatan stakeholders .
Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Tingkat pencapaian kinerja BLU rumah sakit yang dinilai oleh asesor BAIK, yang terdiri dari : AAA apabila total skor (TS) > 95 AA apabila 80 < TS ≤ 95 A apabila 65 < TS ≤ 80 SEDANG, yang terdiri dari : BBB apabila 50 < TS ≤ 65 BB apabila 40 < TS ≤ 50 B apabila 30 < TS ≤ 40 BURUK, yang terdiri dari : CC apabila 15 ≤ TS ≤ 30 C apabila hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai Satker BLU kurang dari 50% hasil penilaian aspek keuangan.
Bobot IK	2
Sumber Data	Seluruh Direktorat melalui kepala unit terkait
Standar/ Target	95
PIC	Ka Bag Perencanaan & Anggaran

9. OPINI LAPORAN KEUANGAN

Perspektif	**Bisnis Internal**	
Sasaran Strategis	Terwujudnya tata kelola RS yang transparan, akuntabel dan auditabel	
Judul IK	Opini laporan keuangan	
Dimensi mutu	Transparan, akuntabel dan auditabel	
Tujuan	Meningkatkan tata kelola rumah sakit	
Definisi Operasional	Merupakan pendapat atas suatu laporan yang diberikan oleh auditor terdaftar yang menyatakan bahwa pemeriksaan telah dilakukan sesuai dengan norma atau aturan pemeriksaan akuntan disertai dengan pendapat mengenai kewajaran atas laporan keuangan yang diperiksa .	
Frekuensi pengumpulan data	setiap tahun	
Periode Analisa	12 bulan	
Formula	Hasil Audit Laporan Keuangan	Skor
	Wajar Tanpa Pengecualian (*unqualified*)	1
	Wajar dengan pengecualian (*qualified*)	0,5
	Tidak Berpandapat (*disclaimer*)	0,25
	Tidak wajar (*adverse*)	0,15
	Belum / Tidak Diaudit (*unaudited*)	0,1
Bobot IK	3	
Sumber Data	Direktorat Keuangan	
Standar/ Target	1	
PIC	Ka Bag. Akuntansi	

10. PROSENTASE IKU TIAP DIREKTORAT YANG TERCAPAI

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektifitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit
Judul IK	Prosentase IKU tiap direktorat yang tercapai
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam proses bisnis rumah sakit
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan antara jumlah IKU yang targetnya tercapai dengan jumlah seluruh IKU yang ditetapkan dimasing-masing direktorat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah IKU yang tercapai di Direktorat x100% Jumlah seluruh IKU direktorat yang ditetapkan
Bobot IKT	3
Sumber Data	Direktorat Keuangan, USDMP dan Medik Keperawatan
Standar/ Target	
PIC	Para Direktur

11. TINGKAT KETEPATAN RUJUKAN

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistim rujukan
Judul IK	Tingkat ketepatan rujukan
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Terbentuknya sistem rujukan pasien sesuai standar
Definisi Operasional	Merupakan rujukan vertikal layanan klinis yang sesuai dengan Kelas RS berdasarkan Permenkes 56/2014
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah rujukan yang tepat pada satu periode pengukuran x 100 % / Jumlah rujukan pada satu periode pengukuran
Bobot IK	3
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Standar/ Target	80 %
PIC	Ka. Instalasi Rekam Medik

12. PERSENTASE PKS KEMITRAAN PELAYANAN AKTIF

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya kemitraan rumah sakit
Judul IK	Presentase PKS kemitraan pelayanan aktif
Dimensi mutu	Efektif efisien
Tujuan	Terwujudnya PKS yang bermutu, efektif dan memberi manfaat maksimal bagi RS
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan antara jumlah Naskah Perjanjian Kerjasama (PKS) Pelayanan yang masih berlaku (**dalam masa perjanjian**) dibandingkan dengan jumlah seluruh perjanjian kerja sama pelayanan yang dimiliki/disepakati rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah Naskah PKS Pelayanan yang masih berlaku x 100% / Jumlah Seluruh Naskah PKS Pelayanan
Bobot IK	3
Sumber Data	Tim Kerjasama / Subbag Tata Usaha
Standar/ Target	100%
PIC	Subbag Tata Usaha

13. PERSENTASE PKS KEMITRAAN PENDIDIKAN AKTIF

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya kemitraan rumah sakit
Judul IK	Presentase PKS Kemitraan Pendidikan aktif
Dimensi mutu	efisien
Tujuan	Terwujudnya PKS Pendidikan yang bermutu, efektif dan memberi manfaat maksimal bagi RS
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan jumlah Naskah Perjanjian Kerjasama (PKS) Pendidikan aktif / masih berlaku dengan jumlah seluruh jumlah Naskah PKS Pendidikan yang dimiliki / disepakati rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Formula	Jumlah Naskah PKS pendidikan yang aktif x100% / Jumlah seluruh Naskah PKS pendidikan
Bobot IK	3
Sumber Data	Bagian Pendidikan dan Penelitian
Standar/ Target	100%
PIC	Ka Bag Umum dan SDM

14. PERSENTASE PKS KEMITRAAN PENELITIAN AKTIF

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya kemitraan rumah sakit
Judul IK	Presentase PKS Kemitraan Penelitian aktif
Dimensi mutu	efisien
Tujuan	Terwujudnya PKS Penelitian yang bermutu, efektif dan memberi manfaat maksimal bagi RS
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan jumlah Naskah Perjanjian Kerjasama (PKS) Penelitian aktif / masih berlaku dengan jumlah seluruh jumlah Naskah PKS Penelitian yang dimiliki / disepakati rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Formula	Jumlah Naskah PKS penelitian yang aktif x100% / Jumlah seluruh Naskah PKS penelitian
Bobot IK	2
Sumber Data	Bagian Pendidikan dan Penelitian
Standar/ Target	100%
PIC	Ka Bag Umum dan SDM



15. PERSENTASE PKS KEMITRAAN KERJA SAMA OPERASIONAL (KSO) AKTIF

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya kemitraan RS Kelas A
Judul IK	Persentase PKS Kemitraan Kerja Sama Operasional (KSO) dilaksanakan
Dimensi mutu	efisien
Tujuan	Terwujudnya KSO yang bermutu, efektif dan memberi manfaat maksimal bagi RS
Definisi Operasional	KSO adalah Kerjasama Operasional antara RS dengan pihak ke dua dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah KSO yang dilaksanakan x 100 % / Jumlah KSO di RS
Bobot IK	3
Sumber Data	Tim Kerja Sama
Standar/ Target	100%
PIC	Kabag Umum dan SDM

16. PERTUMBUHAN KUNJUNGAN LANSIA DI RUMAH SAKIT

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan Geriatri Terpadu
Judul IK	Pertumbuhan Kunjungan Lansia Di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya (tercapainya) visi rumah sakit
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan antara jumlah kunjungan pasien lansia (usia ≥ 60 tahun) pada tahun berjalan dengan jumlah kunjungan pasien lansia pada tahun lalu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah kunjungan lansia yang diterima RS di tahun berjalan x 100% / Jumlah kunjungan lansia yang diterima RS di tahun sebelumnya
Bobot IK	5
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Standar/ Target	5 %
PIC	Ka. Instalasi Rekam medik

17. TINGKAT LAYANAN GERIATRI

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna
Judul IK	Tingkat Layanan Geriatri
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya (tercapainya) visi rumah sakit
Definisi Operasional	Tingkat kemampuan layanan geriatri sesuai Permenkes 79 Tahun 2014 tentang Layanan Geriatri di Rumah Sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Skala 1: tingkatan layanan geratri sederhana Skala 2: tingkat layanan geriatri lengkap Skala 3: tingkat layanan geriatri sempurna Skala 4: tingkat layanan geriatri paripurna
Bobot IK	5
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medis
Standar/ Target	Skala 4
PIC	Ka. Bidang Pelayanan Medik

18. PROSENTASE VISITASI PROGRAM DOKTER UMUM DAN PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN LAIN DARI FK UGM

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna
Judul IK	Prosentase Visitasi Program Dokter Umum Dan Pendidikan Tenaga Kesehatan Lain Dari Fk Ugm
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terlaksananya program visitasi
Definisi Operasional	Merupakan kegiatan visitasi dalam rangka program pelayanan, pendidikan, penelitian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah visitasi yang terlaksana dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah rapat yang diprogramkan pada tahun tersebut}} \times 100\%$
Bobot IK	3
Sumber Data	Bag. Diklit
Standar/ Target	100%
PIC	Ka Bag. Diklit

19. PROSENTASE RAPAT KOORDINASI TIM INTEGRASI AHSS

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terbentuknya sistem Integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam *Academic Health Science System* (AHSS)
Judul IK	Prosentase rapat koordinasi Tim Integrasi AHSS
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya program –program integrasi dalam AHSS
Definisi Operasional	Merupakan kegiatan kordinasi upaya – upaya dalam integrasi program, mobilisasi SDM, pemanfaatan sarana prasarana dan aspek legal dalam konsep AHSS FK UGM
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	12 bulan
Formula	Jumlah rapat yang terlaksana dalam 1 tahun / Jumlah rapat yang ditargetkan pada tahun tersebut x 100%
Bobot IK	3
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medis, Bagian Diklit
Standar/ Target	100 %
PIC	Kabag Diklit

20. PROSENTASE KSM PEMBERI LAYANAN SUBSPESIALIS SESUAI STANDAR RS KELAS A

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan standar RS kelas A
Judul IK	Persentase Pemenuhan SDM dalam 16 KSM Pemberi Layanan Subspesialis Sesuai Standar RS Kelas A
Dimensi mutu	Kepuasan pelanggan
Tujuan	Terwujudnya pelayanan sesuai standar RS kelas A
Definisi Operasional	Perbandingan antar jumlah KSM yang terpenuhi SDM Sub Spesialisnya dengan jumlah KSM sesuai Permenkes 56/ 2014 sesuai standar RS Kelas A
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Formula	Jumlah KSM yang telah terpenuhi SDM Sub Spesialis sesuai dengan Permenkes 56/ 2014 / Jumlah KSM sesuai standar Kelas A x100%
Bobot IK	6
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medik
Standar/ Target	100%
PIC	Ka. Bidang Pelayanan Medik

21.PERSENTASE KEPATUHAN PELAKSANAAN *CLINICAL PATHWAY* (CP)

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
Judul IK	Persentase kepatuhan pelaksanaan *Clinical Pathway* (CP)
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan (*continuoum of care*) dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko prooses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis tepat waktu serta penggunaan sumber daya yang efisien serta konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.
Definisi Operasional	Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* adalah kepatuhan para staf medis/DPJP dalam menggunakan clinical pathway dalam memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Setiap RS memilih / menetapkan paling sedikit 5 area prioritas dengan fokus penggunaan clinical pathway dari 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk. Selanjutnya ke 5 *Clinical pathway* tsb diimplimentasikan kemudian di monitor indikator proses (kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis) dan indikator output (LOS)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Level 1 : Belum ada CP Level 2 : Ada CP, belum diimplementasikan seluruhnya Level 3 : Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi Level 4 : Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medis dan dievaluasi
Bobot IKT	3
Sumber Data	Tim *Clinical Pathway*, Komite Mutu, Sub Komite Mutu Komite Medik, Ka. KSM
Standar/ Target	Level 4
PIC	Ka Bidang Yan Med

22. RASIO PERSEPTOR DENGAN PESERTA DIDIK

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
Judul IKT	Rasio Perseptor dengan Peserta Didik
Dimensi mutu	Kualitas pendidikan
Tujuan	Meningkatkan tata kelola dan manfaat penelitian untuk pengembangan layanan
Definisi Operasional	Merupakan perbandingan antara jumlah perseptor (kedokteran, clinical ine) dengan jumlah peserta didik dalam satu kurun waktu pendidikan (stase)
Frekuensi pengumpulan data	Awal stase
Periode Analisa	12 bulan
Formula	1 : > 11 skor 1 1 : 8 – 10 skor 2 1 : 5 s/d 7 skor 3 1 : 5 skor 4
Bobot IK	2
Sumber Data	Bagian Diklit, Bakordik, KSM terkait
Standar/ Target	> 8,6
PIC	Kabag Diklit

23. PERTUMBUHAN JUMLAH PUBLIKASI NASIONAL DAN INTERNASIONAL

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
Judul IK	Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya visi rumah sakit
Definisi Operasional	Merupakan pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan dihitung dengan membandingkan jumlah penelitian pada tahun berjalan yang dipublikasikan secara nasional mapun internasional, dengan jumlah penelitian pada tahun sebelumnya yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah Penelitian Yang dipublikasikan Pada Tahun Berjalan / Jumlah Penelitian Yang dipublikasikan Pada Tahun Lalu

Pertumbuhan Penelitian Yang dipublikasikan	Skor	
	RSU/ RSK Pendidikan	RSU/ RSK Non Pendidikan
PPD ≥ 1,10	2	-
1,00 ≤ PPD < 1,10	1,5	-
0.95 ≤ PPD < 1,00	1,25	-
0,90 ≤ PPD < 0,95	1	-
0,85 ≤ PPD < 0,90	0,5	-
PPD < 0,85	0	-

Bobot IK	4
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medis, Bagian Diklit
Standar/ Target	≥ 1,1
PIC	Kabag. Diklit

24. SUPERVISI TIM ROTASI KLINIK INSTITUSI PENDIDIKAN

Perspektif	**Bisnis internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
Judul IK	Supervisi Tim Rotasi Klinik Institusi Pendidikan
Dimensi mutu	Efektif
Tujuan	Terwujudnya visi rumah sakit
Definisi Operasional	Merupakan kegiatan kordinasi upaya – upaya dalam integrasi program, mobilisasi SDM, pemanfaatan sarana prasarana dan aspek legal dalam konsep AHSS FK UGM
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Jumlah tim rotasi klinik Institusi Mitra / Jumlah tim rotasi klinik Institusi Mitra seharusnya x 100%
Bobot IK	3
Sumber Data	Bidang Pelayanan Medis, Bagian Diklit
Standar/ Target	100 %
PIC	Kabag. Diklit

25. PROSENTASE KEPUASAN PASIEN

Perspektif	***Stakeholders***
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakehoders
Judul IKT	Prosentase kepuasan pasien
Dimensi mutu	Kepuasan pelanggan
Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik
Definisi Operasional	Pernyataan tentang persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampui harapan pasien (KEP/25/M.PAN/2/2004)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Hasil Penilaian IKM / Skala Maksimal Nilai IKM x 100%
Bobot IKT	4
Sumber Data	Instalasi Humas, unit kerja terkait
Standar/ Target	75 %
PIC	Ka. Instalasi Pemasaran & Humas

Kepuasan Pelanggan (%) (KP)	SKOR
KP > 85	4
70 < KP ≤ 85	3
55 < KP ≤ 70	2
40 < KP ≤ 55	1
KP ≤ 40	0

26. PRESENTASE KEPUASAN PESERTA DIDIK

Perspektif	***Stakeholders***
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakehoders
Judul IKT	Presentase kepuasan peserta didik...
Dimensi mutu	Mutu pelayanan pendidikan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan pendidikan yang mampu memberikan kepuasan peserta didik
Definisi Operasional	Pernyataan tentang persepsi peserta didik terhadap pelayanan pendidikan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan peserta didik dapat dicapai apabila paelayanan yg diberikan sesuai atau melamapui harapan peserta didik Terdapat Unsur Minimal yang harus ada dalam penilaian indek kepuasan Peserta Didik (IKPD) 1. Prosedur Pelayanan Pendidikan 2. Persyaratan Pelayanan Pendidikan 3. Kejelasan Petugas Pelayanan Pendidikan 4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan Pendidikan 5. Tanggung Jawab petugas Pelayanan Pendidikan 6. Kemampuan Petugas Pelayanan Pendidikan 7. Kecepatan Pelayanan Pendidikan 8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan Pendidikan 9. Kesopanan dan Keramahan Petugas Pendidikan 10. Kewajaran Biaya Pelayanan Pendidikan 11. Kepastian Biaya Pelayanan Pendidikan 12. Kepastian Jadwal Pelayanan Pendidikan 13. Kenyamanan Lingkungan Pendidikan 14. Keamanan Lingkungan Pendidikan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Formula	Hasil Penilaian IKPD / Skala Maksimal Nilai IKPD x 100%
Bobot IK	4
Sumber Data	Bagian Pendidikan dan Penelitian,
Standar/ Target	> 85
PIC	Ka. Bag Diklit

27. PERSENTASE KEPUASAN PEMILIK RSST MELALUI PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA RSST



Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Miningkatnya pendapatan, membaiknya dan efisiensi biaya
Judul IKT	Persentase Kepuasan Pemilik RSST Melalui Pencapaian Indikator Kinerja RSST
Dimensi mutu	Kepuasan Pemilik
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mampu memberikan kepuasan pemilik RSST
Definisi Operasional	Pernyataan tentang persepsi pemilik terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pemilik dapat dicapai apabila paelayanan yang diberikan dan pencapaian indikator sesuai atau melampui harapan pemilik rumah sakit Terdapat Unsur Minimal yang harus ada dalam penilaian indek kepuasan Pemilik RSST 1. Tercapinya indikator 2. Tercapainya tata kelola RS 3. Meningkatnya pembiayaan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali (triwulan)
Formula	Hasil Penilaian Pemilik RSST x 100% Skala Maksimal Nilai
Bobot IK	3
Sumber Data	Bagian Akuntansi
Standar/ Target	65%
PIC	Ka. Bag Akutansi

28. PRESENTASE KEPUASAN PEGAWAI

Perspektif	***Stakeholders***
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakehoders
Judul IKT	Presentase kepuasan pegawai
Dimensi mutu	Kepuasan Pelanggan (internal)
Tujuan	Untuk mengetahui tingkat kepuasan pegawai terhadap pelayanan yang diberikan oleh RS.
Definisi Operasional	Pernyataan tentang persepsi pegawai terhadap pelayanan pegawai yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pegawai dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampaui harapan pegawai. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepada pegawai untuk mengetahui tingkat kepuasan pegawai dengan mengacu pada kepuasan pegawai berdasarkan Indek Kepuasan Pegawai . Pengukuran IKP dilaksankan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagai mana diatur dalam pedioman umum penyusunan Indek Kepuasan masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25/M.PAN/2/2004) Terdapat Unsur Minimal yang harus ada dalam penilaian indek kepuasan Pegawai (IKP) 1. Prosedur Pelayanan 2. Persyaratan Pelayanan 3. Kejelasan Petugas Pelayanan 4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan 5. Tanggung Jawab petugas Pelayanan 6. Kemampuan Petugas Pelayanan 7. Kecepatan Pelayanan 8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan 9. Kesopanan dan Keramahan Petugas 10. Kewajaran Biaya Pelayanan 11. Kepastian Biaya Pelayanan 12. Kepastian Jadwal Pelayanan 13. Kenyamanan Lingkungan 14. Keamanan Lingkungan
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Formula	Hasil Penilaian IKP x 100% Skala Maksimal Nilai IKP
Bobot IKT	3
Sumber Data	Bagian Umum SDM
Standar/ Target	>70 %
PIC	Ka. Bag Umum SDM

Kepuasan Pelanggan (%) (KP)	SKOR
KP > 85	4
70 < KP ≤ 85	3
55 < KP ≤ 70	2
40 < KP ≤ 55	1
KP ≤ 40	0

29. KOMPLAIN YANG DITINDAKLANJUTI

Perspektif	**Bisnis Internal**
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan pelanggan
Judul IKT	Komplain yang ditindaklanjuti
Dimensi mutu	Kepuasan pelanggan
Tujuan	Agar semua komplain pelanggan dapat ditangani dengan baik dan memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Penanganan pengaduan/komplin adalah jumlah pengaduan/komplin tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola pelayanan pelanggan dan telah direspon/ditindaklanjuti oleh manajemen rumah sakit setiap bulan dibandingkan dengan jumlah semua pengaduan/komplin tertulis yang dilaporkan dalam periode bulan yang sama. Kecepatan respon terhadap komplin adalah kecepatan rumah sakit dalam memberikan respon tertulis. Rumah sakit membuat matriks respon terhadap komplin (menggrading dan membuat kategori serta menentukan kecepatan respon/tindaklanjut terhadap masing-masing kategori komplin) Catatan : untuk penetapan grading digunakan modifikasi grading resiko Contoh : • Merah cenderung berhubungan dengan pengaduan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material,dll • Kuning cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dll • Hijau tidak menimbulkan kerugian berarti baikmaterial maupun immaterial

Definisi Operasional	Matrix respon terhadap komplain • Komplain kategori merah ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 1 x 24 jam • Komplain kategori kuning ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 3 hari • Komplain kategori hijau ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 7 hari Masing masing kategori komplain dilakukan penilaian berapa persen yang penanganan komplainnya sesuai standar. Misalnya : • kategori merah = a% • kategori kuning = b% • kategori hijau = c%

Komplain Kategori Merah Yang Ditindaklanjuti (Jam)	Skor
KKM < 24	100
24 < KKM ≤ 36	75
36 < KKM ≤ 72	50
72 < KKM ≤ 96	25
KKM ≥ 96	0

Komplain Kategori Kuning Yang Ditindaklanjuti (Jam)	Skor
KKK < 3	100
3 < KKK ≤ 4	75
4 < KKK ≤ 5	50
5 < KKK ≤ 6	25
KKM ≥ 6	0

Hasil penjumlahan dari nilai KKM, KKK, dan KKH dibagi 3 dengan skor sebagai berikut :

Komplain Kategori Hijau Yang Ditindaklanjuti (Jam)	Skor
KKH < 7	100
7 < KKH ≤ 8	75
8 < KKH ≤ 9	50
9 < KKH ≤ 10 25	
KKH ≥ 10	0

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Formula	KYD = Nilai KKM + Nilai KKK + Nilai KKH 3
Bobot IK	4
Target	Skor 100
Sumber Data	Instalasi Humas, Tim Komplain
PIC	Ka. Instalasi Humas

30. RASIO PENDAPATAN TERHADAP BIAYA OPERASIONAL

Perspektif	**Keuangan**
Sasaran Strategis	Miningkatnya pendapatan, membaiknya dan efisiensi biaya
Judul IKT	Rasio pendapatan terhadap biaya opresional
Dimensi mutu	Efisien efektif
Tujuan	Digunakan untuk menilai keefektifan operasional Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat
Definisi Operasional	Pendapatan PNPB merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang / jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain – lain, pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN
	Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali (triwulan)
Formula	Pendapatan PNBP x 100 % Biaya Operasional
Bobot IK	8
Sumber Data	Bagian Akuntansi
Standar/ Target	75%
PIC	Ka. Bag Akutansi

4.2 Program Strategis



Dalam kerangka Arah Pembangunan Jangka Panjang Tahun 2005 – 2024, pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan ini merupakan bagian integral dari pembangunan Nasional secara keseluruhan. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembangunan Pembangunan Nasional tahun 2005 – 2024 menetapkan visi Pembangunan Nasional tahun 2005 – 2024 yaitu : Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan antara lain ibu, anak, lansia dan keluarga miskin.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa kesehatan merupakan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada paradigma sehat, dan bahwa pembangunan kesehatan merupakan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Selanjutnya, Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN), mengamanatkan bahwa pelaksanaan SKN ditekankan pada perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif-preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif-rehabilitatif.

Pembangunan kesehatan selama lima tahun terakhir ini telah memberikan fokus pada penanganan masalah kesehatan yang mendesak (*live saving strategy*). Secara bertahap juga disusun strategi pokok kedua yaitu pengembangan pembangunan kesehatan yang lebih luas dan lebih menjangkau ke depan (*development strategy*). Berbagai produk regulasi dalam kurun waktu 20 tahun telah menyiratkan penekanan pembangunan kesehatan dalam hal :

1. Pentingnya pemikiran dasar dan paradigma sehat,
2. Pengembangan penelitian kesehatan masyarakat,
3. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia (SDM) Kesehatan,
4. Pelaksanaan reformasi kesehatan masyarakat, dan
5. Adanya upaya berkesinambungan program jaminan sosial masyarakat.

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional bertujuan antara lain menetapkan bahwa perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa dapan yang tepat melalui urutan pilihan, dengan mempertimbangkan sumber daya kesehatan yang tersedia. Dengan mempertimbangkan makna strategis dan urgensi permasalahan, tahapandan skala prioritas diagendakan dalam rencana pembangunan jangka menengah sebagai berikut :

a. RPJM ke-1 (2005 – 2009) diarahkan untuk menata kembali dan membangun Indonesia di segala bidang yang ditujukan untuk menciptakan Indonesia yang aman dan damai, yang adil dan demokratis, dan yang tingkat kesejahteraan rakyatnya meningkat.
b. RPJM ke-2 (2010 – 2014) ditujukan untuk lebih memantapkan penataan kembali Indonesia di segala bidang dengan menekankan pada upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia termasuk pengembangan kemampuan Iptek serta penguatan daya saing perekonomian.
c. RPJM ke-3 (2015 – 2019) ditujukan untuk lebih memantapkan pembangunan secara menyeluruh di berbagai bidang dengan menekankan pencapaian daya saing kompetitif perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia berkualitas serta kemampuan Iptek yang terus meningkat.
d. RPJM ke-4 (2020 – 2024) ditujukan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai wilayah yang didukung oleh SDM yang berkualitas dan berdaya saing.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mendasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata serta pengutamaan dan manfaat.Upaya tersebut di dalam SKN terdiri dari 7 subsistem, yaitu :

- Subsistem Pelayanan Kesehatan,
- Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
- Subsistem Pembiayaan kesehatan,
- Subsistem Sumber Daya Kesehatan,
- Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan,
- Subsistem Manajemen dan informasi kesehatan,
- Subsistem Pemberdayaan Masyarakat.

4.2.1. Subsistem Pelayanan Kesehatan



Unsur di dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di rumah sakit meliputi upaya kesehatan, sumber daya upaya kesehatan, dan pembinaan serta pengawasan upaya kesehatan harus berjalan seiring setujuan. RSST sebagai bagian dari upaya kesehatan sekunder dan tersier, penyelenggaraannya harus terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan dan berbagai upaya pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tradisional, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan keluarga berencana, upaya kesehatan olahraga, pelayanan kesehatan pada bencana, pelayanan darah, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran, upaya kesehatan matra, pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan makanan dan minuman, pengamanan zat aditif, pelayanan bedah mayat, upaya kesehatan ibu, bayi dan anak, upaya kesehatan remaja, upaya kesehatan lansia dan penyandang cacat, upaya perbaikan gizi, upaya kesehatan jiwa, upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular, upaya kesehatan lingkungan dan upaya kesehatan kerja.

Peningkatan kesehatan dilakukan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat. Pencegahan penyakit dilakukan untuk menghindari atau mengurangi resiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui transplantasi organ dan atau jaringan tubuh, implant obat dan atau alat kesehatan, bedah plastik dan rekonstruksi, serta penggunaan sel punca. Organ dan atau jaringan tubuh dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun. Untuk penyelenggaraan bedah plastik dan rekontruksi tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas. Sedangkan pada penggunaan sel punca dilarang digunakan untuk tujuan reproduksi. Dalam penyelenggaraan kesehatan reproduksi terdapat batasan-batasan yang ketat dalam melakukan aborsi karena pada hakikatnya aborsi itu dilarang. Sementara penyelenggaraan pelayanan darah ditujukan untuk kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersil. Penyelenggaraan upaya kesehatan lainnya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun al dan fungsional terhadap kasus penyakit, masalah penyakit atau masalah kesehatan. Rujukan dibagi dalam rujukan medik, yang berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan berupa pengiriman pasien, spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit dan rujukan kesehatan yang dikaitkan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi dan operasional.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit disebutkan bahwa Klasifikasi Rumah Sakit adalah pengelompokan kelas Rumah Sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan. Setiap rumah sakit wajib mendapatkan penetapan kelas dari Menteri. Rumah sakit dapat ditingkatkan kelasnya setelah lulus tahapan pelayanan akreditasi rumah sakit dan harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi / bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, *laundry*, dan *ambulance,* limbah.

Dalam Permenkes no 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit dinyatakan bahwa Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Geriatric Service*) dilakukan secara terpadu. Berdasarkan kemampuan pelayanan, jenis pelayanan, sarana dan prasarana, peralatan dan ketenagaan maka pelayanan Geriatri di Rumah Sakit dibagi menjadi: tingkat sederhana; b. tingka tlengkap; c. tingkat sempurna; dan d. tingkat paripurna. Jenis pelayanan Geriatri tingkat sederhana paling sedikit terdiri atas rawat jalan dan kunjungan rumah (*home care)*; tingkat lengkap paling sedikit terdiri atasrawat jalan, rawat inap akut, dan kunjungan rumah (*home care*); tingkat sempurna paling sedikit terdiri atas rawat jalan, rawat inap akut, kunjungan rumah (*home care*), dan Klinik Asuhan Siang; tingkat paripurna terdiri atas rawat jalan, Klinik Asuhan Siang, rawat inap akut, rawat inap kronik, rawat inap Psikogeriatri, penitipan Pasien Geriatri (*respite care*), kunjungan rumah (*home care)*, dan *Hospice.*

Selanjutnya, diuraikan dasar-dasar pemikiran didalam subsistem penyelenggaraan upaya kesehatan di RSST dalam kurun waktu 2014 – 2024, sebagaimana akan dituangkan dalam pembahasan berikut, dan pentahapannya dalam lima tahunan akan dijabarkan dalam Rencana Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2015 – 2019 dan 2020 – 2024.

Tabel 25 Pasar Cakupan dan Non Cakupan RSST

Keterangan	2008	2009	2010	2011	2012
Core Area					
Klaten	1,300,494	1,303,910	1,307,562	1,311,019	1,313,914
Coverage Area					
Yogyakarta	3,393,003	3,426,637	3,457,491	3,487,325	3,496,100
Boyolali	949,594	951,717	953,839	956,850	959,732
Sukoharjo	837,279	843,127	846,978	851,157	857,421
Non Coverage Area					
Magelang	-	-	1,181,916	1,193,569	1,219,371
Wonogiri	-	-	928,904	943,415	946,373

4.2.2. Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengelolaan kesehatan yang meliputi kegiatan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk penelitian dan pengembangan humaniora, kebijakan dan pemberdayaan masyarakat, yang diselenggarakan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Prinsip – prinsip subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari : 1) terpadu, berkesinambungan, dan paripurna; 2) bermutu, aman, bermanfaat dan sesuai kebutuhan; 3) teknologi tepat guna; 4) akurat dan akuntabel; 5) persetujuan setelah penjelasan; 6) bekerja dalam tim secara cepat dan tepat; dan 7) norma agama. Adapun unsur – unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur – unsur : 1) area penelitian biomedis dan teknologi dasar kesehatan; 2) area penelitian teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik; 3) area penelitian teknologi intervensi kesehatan masyarakat; 4) area penelitian humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi dan informasi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi dan memulihkan kesehatan setelah sakit serta menganalisis dan memformulasikan berbagai permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kesehatan.

Penelitian, pengembangan, penapisan, dan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi (Iptek) yang memadahi ditujukan untuk meningkatkan mutu pengelolaan upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan Iptek perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.



Pengembangan dan pemanfaatan Iptek, meliputi :

a. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dihasilkan dari penelitian dan pengembangan kesehatan yang diselenggarakan oleh pusat – pusat penelitian dan pengembangan milik masyarakat, swasta, dan pemerintah. Pemerintah melaksanakan penelitian data dasar kesehatan seperti Riskesdas secara berkala dan penelitian pengembangan upaya kesehatan.
b. Pemanfaatan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan diatur oleh pemerintah dengan dukungan organisasi profesi, dilakukan dengan membentuk pusat – pusat penelitian dan pengembangan unggulan, jaringan informasi dan dokumentasi Iptek kesehatan.

Penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang memerlukan uji coba terhadap manusia dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan terhadap hewan dan makhluk hidup lainnya harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan dan makhluk hidup lainnya tersebut.

Penelitian dan pengembangan menurut PP Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan kesehatan adalah suatu kegiatan ilmiah yang dilakukan menurut metode yang sistematik untuk menemukan informasi ilmiah dan / teknologi yang baru, membuktikan kebenaran atau ketidak benaran hipotesis sehingga dapat dirumuskan teori atau suatu proses gejala alam dan atau sosial di bidang kesehatan, dan dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk tujuan praktis di bidang kesehatan.

4.2.3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan.
Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan *public good* yang menjadi tanggung-jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat *private*, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab Pembiayaan pelayanan diselenggarakan melalui kesehatan jaminan pemerintah. perorangan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal coverage* sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Aspek keuangan merupakan aspek penting dalam mendukung program-program yang telah ditetapkan oleh RSST. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara telah memberikan koridor baru kepada jajaran Kesehatan untuk menerapkan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel dengan menonjolkan produktivitas, efisiensi, dan efektivitas dengan sebutan umum sebagai satuan kerja Badan Layanan Umum (BLU).Dengan pola PK BLU, fleksibilitas diberikan dalam rangka pelaksanaan anggaran, termasuk pengelolaan pendapatan dan belanja, pengelolaan kas, dan pengelolaan aset, dalam praktek bisnis yang sehat. Kepada BLU juga diberikan kesempatan untuk memperkerjakan tenaga professional non PNS sesuai dengan Renstra Bisnis, Pola tata kelola, dan Standar Minimal serta kesempatan pemberian imbalan jasa kepada pegawai sesuai kontribusinya.

BLU bidang kesehatan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan meningkatkan akses masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 tentang BUMN dan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, maka pada tanggal 21 Juli 2007 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro beralih status menjadi Instansi Pemerintah di bawah Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Sebagai rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) maka pengelolaanya menekankan pada prinsip memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola pengelolaan keuangan ini memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya. Untuk itu RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro membutuhkan pengelolaan keuangan dengan perencanaan yang matang, pelaporan yang benar berdasarkan SAK dan SAP. Berbagai upaya harus dilakukan untuk meraih opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dalam pengelolaan keuangan rumah sakit.

Adapun langkah-langkah untuk mendapatkan opini WTP adalah penguatan perencanaan dan penganggaran; penerbitan pengelolaan kas, sistem pembukuan/akuntansi; peningkatan kualitas proses pengadaan barang/jasa; peningkatan pengawasan penggunaan Bagan Akun Standar (BAS); penataan rekening; dan peningkatan pelaksanaan dan pengawasan stok opname dan Sistem Informasi Akuntansi Manajemen dan Keuangan Barang Milik Negara (SIMAK BMN).

Laporan Kinerja sebagai rumah sakit BLU sesuai dengan Balanced Scorecard (BSC) dengan menentukan Perspektif Peta Strategi, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja Utama, dan melaksanakan penilaian kinerja keuangan BLU. Era JKN membawa perubahan baru bagi RSST. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia. Sistem ini merupakan bertujuan agar setiap warga negara Indonesia dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Sistem Jaminan Sosial diselenggarakan sebagao perwujuduan Deklarasi PBB tentang Hak Azazi Manusia tahun 1948 dan konvensi ILO Nomor 102 tahun 1952. Sistem Jaminan Nasional Indonesia dibentuk berdasarkan Undang - undang Nomor 40 tahun 2004.
Sistem Jaminan Sosial Indonesia, terdiri dari Sistem Jaminan Kesehatan, Sistem Jaminan Ketenagakerjaan dan Sistem Jaminan Hari tua. Pada era JKN, sistem Jaminan Kesehatan diselenggarakan oleh BPJS, sesuai dengan undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS. Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional diatur bahwa semua orang mempunyai akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan. Peserta sistem JKN adalah seluruh warga negara Republik Indonesia. Masyarakat miskin ditanggung iuran kepesertaannya oleh Pemerintah. Bagi masyarakat yang bekerja, kepesertaannya diwajibkan dan ditanggung oleh pemberi kerja, sedangkan bagi masyarakat lainnya, iuran kepesertaan ditanggung oleh pribadi.

Era JKN ini memberikan peluang sekaligus tantangan bagi RSST. Dalam era JKN, dapat diharapkan tidak akan ada lagi piutang yang tidak tertagih, dan RSST tidak perlu memberikan pelayanan secara gratis kepada masyarakat tidak mampu, sebab semua biaya akan ditanggung oleh BPJS, meskipun demikian, karena sistem BPJS diselenggarakan melalui sistem paket, maka RSST harus dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas baik secara efisien.

Efisiensi tidak berarti menurangi kualitas pelayanan melainkan meningkatkan kualitas pelayanan dengan melakukan pendendalian biaya secara rasional. Untuk menghasilkan kualitas layanan yang prima secara efisien, RSST menerapkan budaya akuntabel. Akuntabilitas dicapai melalui penyusunan sistem akuntansi pertanggungjawaban yang berbasis akrual sesuai dengan pedoman akuntansi untuk Badan Layanan Umum.

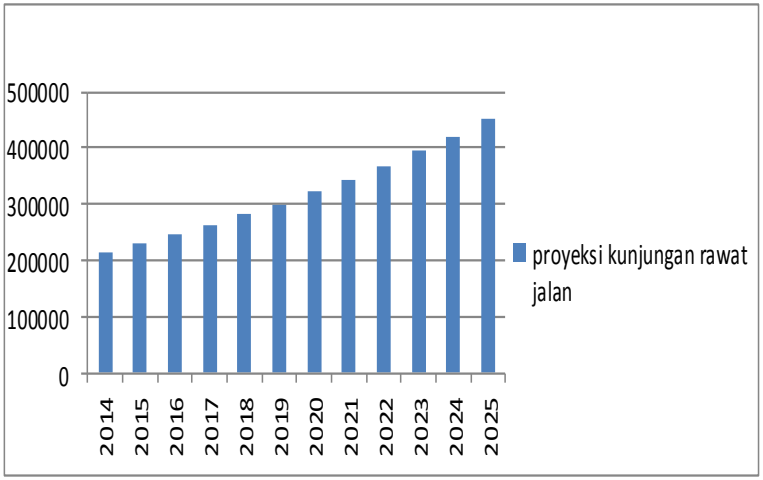
Pendapatan RSST berasal dari pendapatan usaha dan pendapatan non usaha. Pendapatan usaha terdiri dari pendapatan usaha rawat jalan dan pendapatan usaha rawat inap dan *revenue* lainnya.

Untuk memproyeksikan pendapatan rawat jalan, pertama-tama dilakukan proyeksi terhadap kunjungan pasien rawat jalan selama tahun 2014-2024. Proyeksi kunjungan pasien rawat jalan dalam kurun waktu 2014-2024 dapat diproyeksikan pada grafik berikut.

Pasien RSST terdiri dari dua macam, yaitu pasien umum dan pasien berjaminan. Di era JKN, pasien berjaminan akan didominasi oleh peserta BPJS. Pola pembayaran pasien meliputi *fee for service* untuk pasien umum dan sistem paket untuk pasien peserta BPJS.

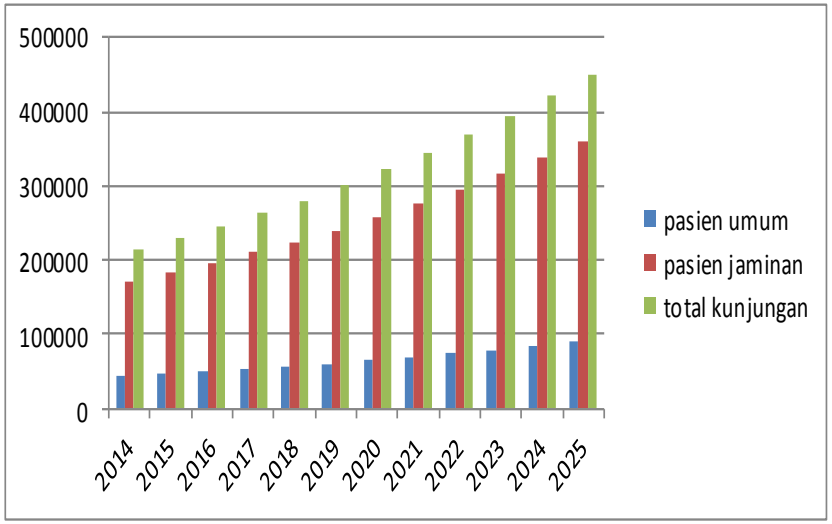
Pasien rawat jalan pada RSST secara total diproyeksikan mengalami peningkatan rata-rata sebesar 7% per tahun.Secara rerata pasien dengan jaminan mempunyai proporsi sebesar 80%, pasien berjaminan ini pada era BPJS diproyeksikan akan menjadi pasien peserta BPJS.

Grafik 90 Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan RSST 2014 - 2025

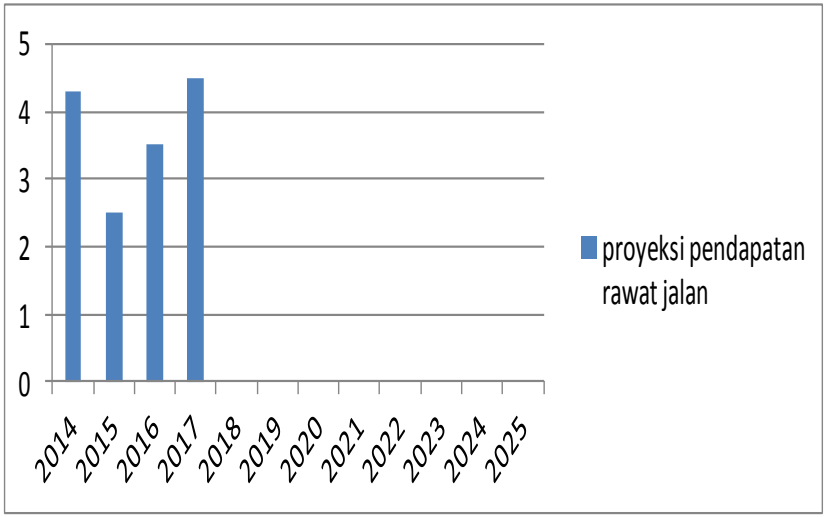


Proyeksi pendapatan rawat jalan untuk pasien umum diproyeksikan dengan cara mengalikan jumlah pasien rawat jalan pertahun dikalikan rerata tarif pasien rawat inap. Sedangkan pendapatan pasien berjaminan diproyeksikan dengan cara mengalikan jumlah pasien berjaminan dikalikan dengan rerata jumlah klaim rawat jalan per pasien. Proyeksi jumlah pasien rawat jalan umum dan pasien berjaminan diproyeksikan dalam grafik berikut.

Grafik 91 Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Cara Bayar RSST 2014 - 2025

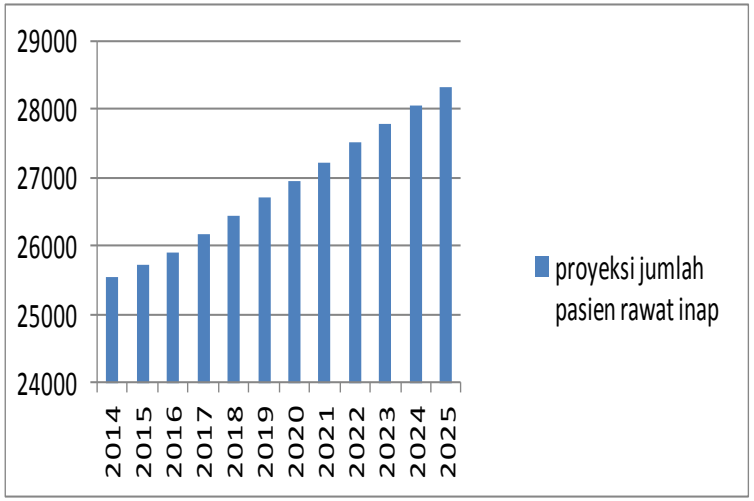


Grafik 92 Proyeksi Pendapatan Rawat Jalan RSST 2014 - 2025

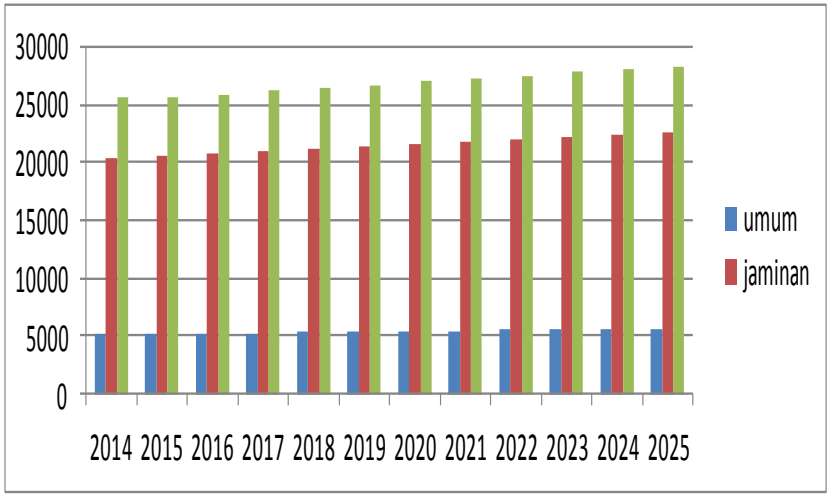


Pendapatan rawat inap diproyeksikan berdasarkan proyeksi jumlah pasien dirawat setiap tahun dan pendapatan rawat inap per pasien. Pasien rawat inap dikelompokkan ke dalam pasien umum dan pasien berjaminan. Untuk mendapatkan proyeksi pendapatan rawat inap per pasien, pasien rawat inap dikelompokkan berdasarkan kelas dan tingkat severity. Selanjutnya diproyeksikan pendapatan setiap pasien untuk setiap kelas dan setiap level severity. Pendapatan rawat inap RSST diproyeksikan berdasarkan hasil kali pendapatan rawat inap per pasien dengan jumlah pasien yang dirawat inap. Proyeksi jumlah pasien rawat inap RSST secara total mengalami peningkatan sebesar 1% per tahunnya. Proyeksi jumlah pasien secara total digambarkan pada grafik 91 berikut

Grafik 93 Proyeksi Kunjungan Rawat Inap RSST 2014 – 2025



Grafik 94 Proyeksi pasien rawat inap Berdasarkan cara Pembayaran



4.2.4 Subsistem Sumber Daya Kesehatan

SKN 2009 mengamanatkan bahwa subsistem sumber daya manusia kesehatan (SDM) kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, yang meliputi : upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Adapun pengertian SDM kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, tenaga kesehatan non profesi dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan managemen kesehatan.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam upaya mengimplementasikan amanat UUD 45 dan keberhasilan program - program kesehatan, maka SDM RSST harus dapat memenuhi unsur – unsure kompetensi, berintegritas, dan memiliki daya saing. Sebagai RS PPK BLU maka SDM RSST diharapkan memiliki jiwa interpreuner, dalam koridor transparasi, kejujuran dan ketaatan terhadap ketentuan2 yang berlaku.Penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM tenaga Kesehatan, terdapat empat unsur yang meliputi : perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan. Sejalan dengan proses menuju RS Kelas A, maka penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM RSST memakai klasifikasi yang telah terstandar dalam Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Menggunakan diagram Matriks Keterkaitan Perencanaan Program dalam penyusunan Renstra RSST maka dapat dikembangkan data Rencana Pengembangan SDM RSST, yang selanjutnya diwujudkan dalam bentuk pemetaan.
Dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2011 – 2024, terdapat pedoman-pedoman rencana strategis Pengembangan Tenaga Kesehatan yang disusun berdasarkan keadaan dan masalah yang dihadapi dewasa ini, dan perkiraan keadaan kedepan sampai dengan tahun 2024, tentu dengan kesiapan penyesuaian terhadap perubahan lingkungan strategis. Dalam proses penyelenggaraannya diperlukan penerapan prinsip-prinsip koordinasi, integrasi dan sinergisme antar pemangku kepentingan, dimulai dari penetapan rencana, sosialisasi , fasilitasi dan evaluasi rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan yang terbagi dalam tahapan sebagai berikut :1. Penilaian tahapan lima tahunan, pada akhir tahun 2014, 2019, dan 2024, 2. Penilaian tengah periode lima tahunan pada tahun 2017 dan 2022.

Adapun visi pengembangan SDM Kesehatan adalah sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) 2005 – 2024 dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Kesehatan, pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat menjadi tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia Indonesia.Tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80 % dalam keberhasilan pembangunan kesehatan.

Pengembangan tenaga kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, pengadaan/pendidikan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan. Mengacu pada Rencana Strategis Pengembangan Tenaga Kesehatan, terdapat 13 jenis tenaga kesehatan yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker, sanitarian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga keterapian fisik, dan tenaga keteknisan medis. Hingga akhir tahun 2013 terdapat 28 jabatan fungsional yang belum seluruhnya dimiliki oleh rumah sakit.



Adapun Visi Pengembangan Tenaga Kesehatan di Indonesia adalah " Seluruh Penduduk Memperoleh Akses Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas " dengan empat Misi :

1. Menguatkan regulasi dan perencanaan untuk pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.
2. Meningkatkan pengadaan / pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia.
3. Menjamin pendayagunaan tenaga kesehatan yang merata, termanfaatkan sesuai dengan kebutuhan seluruh penduduk Indonesia, dan dikembangkan secara berkeadilan.
4. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Tata Peraturan perundangan pengembangan dan pemberdayaan SDM di RSST mengacu pada dasar-dasar hukum sbb :

- Permenkes Nomor : 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
- Permenkes Nomor 53 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Analisa Beban Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan
- Perka BKN Nomor 13 tahun 2011 tentang Pedoman Penyusunan Kompetensi Jabatan
- Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil
- Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil
- Perpres Nomor 81 Tahun 2010 Tentang Grand Design Reformasi Birokrasi 2010 - 2024
- Permenpan Nomor 20 Tahun 2010 Tentang Road Map Birokrasi 2010 - 2014
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1101/MENKES.SK/IX/2007 tentang Susunan dan Uraian Jabatan Serta Tata Hubungan Kerja RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten
- SK Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Nomor KP.01.02/II.1/11810/2011, tentang Perubahan I. Pedoman Pengelolaan Sumber Daya Manusia pada RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



Permasalahan yang paling utama pada saat ini dalam pengembangan dan pemberdayaan SDM adalah adanya rencana peningkatan kelas rumah sakit dari Kelas B (Pendidikan) ke Kelas A (Pendidikan), Organisasi, khususnya jabatan Non Medis (JFU) dibawah Eselon IV belum tertata secara baik, pemetakan Jabatan di RSST belum sinergis dengan Kementerian Kesehatan (Ropeg, Jumlah Pegawai Negeri Sipil Non Medis (JFU) masih kurang disertai adanya kesulitan mendapatkan formasi, adanya pegawai yang tidak menjalankan tupoksinya secara baik, implementasi remunerasi dan JKN.

UU Aparatur Sipil Negara memiliki tujuan utama agar aparatur sipil meningkatkan: Independensi dan Netralitas, Kompetensi, Kinerja/ Produktivitas Kerja, Integritas, Kesejahteraan, Kualitas Pelayanan Publik, dan Pengawasan / Akuntabilitas. Aparatur negara sebagai profesi diharapkan : memiliki standar pelayanan profesi, memiliki dan menegakkan kode etik dan kode perilaku profesi, memiliki sistem pendidikan dan pelatihan profesi, memiliki standar sertifikasi profesi, memiliki organisasi profesi yang independen.

Pegawai ASN terdiri atas PNS dan PPPK. PNS berstatus pegawai tetap dan memiliki NIP secara Nasional serta menduduki jabatan pemerintahan, sedangkan PPPK diangkat dengan perjanjian kerja sesuai kebutuhan instansi dan ketentuan Undang-Undang, melaksanakan tugas pemerintahan, berkedudukan sebagai unsur aparatur negara, melaksanakan kebijakan yang ditetapkan oleh pimpinan, dan harus bebas dari pengaruh/intervensi golongan & partai politik

Adapun program strategis percepatan reformasi birokrasi bidang kepegawaian di RSST meliputi : 1) Penataan Organisasi, 2) Penataan Jumlah, Distribusi dan Kualitas Pegawai, 3) Profesionalisme Pegawai, 4) Peningkatan Kesejahteraan Pegawai, 5) Analisis dan Evaluasi Jabatan, 6) Efisiensi Penggunaan Fasilitas, Sarana dan Prasarana Kerja Pegawai.

Sembilan Langkah Reformasi Birokasi dalam Penataan Sistem Manajemen SDM Aparatur terangkum dalam tabel berikut :

Tabel 26 Kegiatan Dan Indikator Program Penataan Manajemen SDM Aparatur

No	KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA
1	**Penataan Sistem Rekrutmen pegawai**	Terumuskan sistem seleksi (seleksi administrasi, tes tertulis, wawancara, tes psikologi, sistem penilaian, dll) Diterapkannya sistem online untuk seleksi pegawai Penyusunan program orientasi pegawai baru untuk Kementerian Kesehatan.
2	**Analisis Jabatan**	Tersusunnya Uraian Jabatan dan Dokumen Peta Jabatan
3	**Evaluasi Jabatan**	Tersusunnya Peringkat Jabatan dan Harga Jabatan
4	**Penyusunan Standar Kompetensi Jabatan**	Tersedianya Standar Kompetensi bagi seluruh Jabatan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Tersusunnya sistem standar kompetensi jabatan di database (on line).
5	**Assessment Individu berdasarkan Kompetensi**	Tersedianya informasi peta profile kompetensi individu secara komprehensif dan akurat
6	**Penerapan Sistem Penilaian Kinerja Individu**	Tersedianya sistem pengukuran kinerja individu yang obyektif, transparan dan akuntabel
7	**Pembangunan/ Pengembangan database pegawai**	Sistem Aplikasi Online yang terintegrasi sehingga tersedia data yang akurat, up-dated dan mampu memberikan informasi sesuai kebutuhan organisasi
8	**Pengembangan pendidikan dan pelatihan pegawai berbasis kompetensi**	Tersusunnya program Diklat berbasis kompetensi secara optimal dan berdasarkan pada hasil assessment / kebutuhan untuk mengurangi gak kompetensi pegawai.
9	**Pengembangan Karir**	Tersusunnya pola karir untuk Kementerian Kesehatan

1. Perencanaan SDM Kesehatan

Penyusunan rencana kebutuhan SDM RSST dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan SDM kesehatan terkait dengan visi dan misi rumah sakit sebagai RS Pendidikan.Perencanaan ini meliputi, jumlah, dan kualifikasi dilakukan dengan meningkatkan dan memantapkan keterkaitannya dengan perencanaan program-program pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat, dengan memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan.Perencanaan SDM Kesehatan dilakukan dengan mendasarkan pada fakta (berbasis bukti) melalui peningkatan sistem informasi SDM Kesehatan yang telah dibangun di RSST. Ketersediaan SDM di RSST harus dapat mencakup kuantitas, standar kompetensi, pola recruitment, dan rencana pengembangannya.

Gap analysis ketersediaan SDM di RSST berdasarkan Permenkes 340 / 2010 terjadi di semua klaster, dan di berbagai jenjang pendidikan. Sehingga di tahun 2014 perlu dimulai penataan pemenuhan kebutuhan SDM RSST dengan lebih agresif. Berikut adalah rencana pemenuhannya.

Tabel 27 Rekapitulasi Pemenuhan SDM Tenaga Medis Berdasarkan PMK 56 / 2014 Yang Menunjukkan Gap Antara SDM Sesuai Standar Kelas A Dengan Kondisi RSST Saat Ini
Per Desember 2014

No	Jenis		Tipe A	KONDISI RSST saat Ini	Analisis Kesenjangan	Pemenuhan Strategis per 2015
A.	Pelayanan Medik Dasar, masing-masing minimal					
	1	Dokter Umum	18	16	-2	2
	2	Dokter Gigi	4	2	-2	2
B.	4 Pelayanan Medik Spesialis Dasar, masing- masing minimal					
	1	Penyakit Dalam	6	3	-3	3
	2	Kesehatan Anak	6	4	-2	2
	3	Bedah	6	4	-2	2
	4	Obstetri & Ginekologi	6	1	-5	-5
C.	Pelayanan Medik Spesialis Penunjang, masing- masing minimal					
	1	Radiologi	3	2	-1	1
	2	Patologi Klinik	3	1	-2	2
	3	Anestesiologi	3	3	0	0
	4	Rehabilitasi Medik	3	2	-1	1
	5	Patologi Anatomi	3	1	-2	2
	6	Mikrobiologi	-	2 dokter tamu	-	-
D.	12 Pelayanan Medik Spesialis Lain, masing- masing minimal					
	1	Mata	3	2	-1	1
	2	Telinga Hidung Tenggorokan	3	4	lebih 1	0
	3	Syaraf	3	3	0	0
	4	Jantung dan Pembuluh Darah	3	1	-2	2
	5	Kulit dan Kelamin	3	3	0	0
	6	Kedokteran Jiwa	3	1	-2	2
	7	Paru	3	2	-1	1
	8	Orthopedi	3	1	-2	2
	9	Urologi	3	1	-2	2
	10	Bedah Syaraf	3	1 dokter tamu	-2	2
	11	Bedah Plastik	3	0	-3	3
	12	Kedokteran Forensik	3	3 dokter tamu	0	0

No	Jenis		Tipe A	KONDISI RSST saat Ini	Analisis Kesenjangan	Pemenuhan Strategis per 2015
E.	Pelayanan Medik Sub Spesialis, masing – masing minimal					
	1	Penyakit Dalam	2	2, 1 dokter tamu	lebih 1	0
	2	Kesehatan Anak	2	1 dokter tamu	-1	1
	3	Bedah	2	0	-2	2
	4	Obstetri & Ginekologi	2	3	lebih 1	0
	5	Mata	2	0	-2	2
	6	Telinga Hidung Tenggorokan	2	0	-2	2
	7	Syaraf	2	0	-2	2
	8	Jantung dan Pembuluh Darah	2	0	-2	2
	9	Kulit dan Kelamin	2	0	-2	2
	10	Jiwa	2	0	-2	2
	11	Paru	2	0	-2	2
	12	Orthopedi	2	2	0	0
	13	Urologi	2	0	-2	2
	14	Gigi Mulut	2	0	-2	2
F.	Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, masing – masing minimal					
	1	Bedah Mulut	1	1	0	0
	2	Konservasi/ Endodonsi	1	0	-1	1
	3	Orthodonti	1	0	-1	1
	4	Periodonti	1	0	-1	1
	5	Prostodonti	1	1	0	0
	6	Pedodonti	1	1	0	0
	7	Penyakit Mulut	1	0	-1	1

No	Jenis		Tipe A	KONDISI RSST saat Ini	Analisis Kesenjangan	Pemenuhan Strategis per 2015
G.	Pelayanan Kefarmasian, masing - masing minimal					
	1	Kepala Instalasi Farmasi RS	1	1	0	0
	2	Apoteker bertugas di Rawat Jalan	5	1	-4	4
	3	Apoterker bertugas di Rawat Inap	5	2	-3	3
	4	Apoteker di Instalasi Gawat Darurat	1	1	0	0
	5	Apoteker di Ruang ICU	1	-	-1	1
	6	Apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi farmasi	1	1	0	0
	7	Apoteker sebagai koordinator produksi farmasi	1	1	0	0
		Terdapat 2 orang Apoteker yang bertugas masing - masing di ULP dan ISS				
H.	Sumber Daya Manusia RS, masing – masing minimal		1:1 (2/3 tenaga tetap)			
	1	Keperawatan (Perawat dan Bidan)	+	460 (ratio bed : perawat = 1:1,08 dengan jumlah tenaga tetap 80,08% dari seluruh SDM keperawatan	+	
	2	Kefarmasian	+	36	+	
	3	Gizi	+	9	+	
	4	Keterapian Fisik	+	16	+	
	5	Keteknisian Medis	+	75	+	
	6	Petugas Rekam Medik	+	21	+	
	7	Petugas IPSRS	+	23	+	
	8	Petugas Pengelola Limbah	+	12	+	
	9	Petugas Kamar Jenazah	+	9	+	

2. Pengadaan SDM Kesehatan

Standar pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM kesehatan mengacu kepada standar pelayanan dan standar pelayanan dan standar kompetensi SDM Kesehatan dan perlu didukung oleh etika profesi SDM Kesehatan.Manajemen RSST dengan melibatkan mitra Institusi Pendidikan, organisasi profesi dan masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan yang berlaku secara nasional.

Pemerintah bertanggungjawab mengatur pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan tenaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, dinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri dan kemampuan produksi tenaga kesehatan dengan yang sudah ada. Penyelenggaraan pendidikan tenaga Kesehatan harus memenuhi akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.Institusi yang terakreditasi wajib mendukung penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan. Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus responsif gender yang berorientasi kepada kepentingan peserta didik.

RSST wajib melakukan berbagai upaya untuk memungkinkan SDM RS mendapatkan pendidikan sesuai dengan ketugasannya. Upaya mencarikan pembiayaan, termasuk ke Badan PPSDM Kementerian Kesehatan dan sumber-sumber beasiswa lainnya perlu dikelola dengan lebih optimal ke depannya.Untuk dapat memberikan pendidikan yang sebaik-baiknya bagi tenaga kesehatan yang mendapatkan PKL di RSST maka pembenahan sangat perlu dilakukan, secara terus menerus, baik mengenai modul, alat bantu pendidikan dan SDM pembimbingnya. Peningkatan dana Pengembangan RS dari tahun ke tahun sangat menggembirakan, dan memerlukan tata kelola seoptimal mungkin untuk dapat memenuhi harapan pemberdayaan SDM RS.

Dalam Peraturan Pemerintah no 101 tahun 2000 yang dimaksud dengan :

1. Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disebut Diklat adalah proses penyelenggaraan belajar mengajar dalam rangka meningkatkan kemampuan Pegawai Negeri Sipil.
2. Calon Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disebut CPNS adalah Warga Negara Indonesia yang melamar, lulus, seleksi dan diangkat untuk dipersiapkan menjadi Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disebut PNS adalah PNS sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999.

4. Jabatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang PNS dalam suatu satuan organisasi negara.
5. Pejabat pembina Kepegawaian adalah Menteri, Jaksa Agung, Kepala Kepolisian Negara, Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen, Sekretaris Negara, Sekretaris Kabinet, Sekretaris Militer, Sekretaris Presiden, Sekretaris Wakil Presiden, Pimpinan Kesekretariatan Lembaga Tertinggi/Tinggi Negara, Gubernur dan Bupati/Walikota.
6. Instansi Pengendalian Diklat yang selanjutnya disebut Instansi Pengendali adalah Badan Kepegawaian Negara yang secara fungsional bertanggung jawab atas pengembangan dan pengawasan standar kompetensi jabatan serta pengendalian pemanfaatan lulusan Diklat.
7. Instansi Pembina Diklat yang selanjutya disebut Instansi Pembina adalah Lembaga Administrasi Negara yang secara fungsional bertanggung jawab atas pengaturan, koordinasi dan penyelenggaraan Diklat.
8. Instansi Pembina Jabatan Fungsional adalah lembaga pemerintahan yang bertanggung jawab atas pembinaan Jabatan Fungsional menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Widyaiswara adalah PNS yang diangkat sebagai pejabat fungsional oleh pejabat yang berwenang dengan tugas, tanggung jawab, wewenang untuk mendidik, mengajar dan atau melatih PNS pada lembaga Diklat Pemerintah.
10. Lembaga Diklat Pemerintah adalah satuan organisasi pada Departemen, Lembaga Pemerintah Non Departemen, Kesekretariatan Lembaga Tertinggi/Tinggi Negara dan Perangkat Daerah yang bertugas melakukan pengelolaan Diklat.

PNS dalam Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara selanjutnya disebut sebagai Aparatur Sipil Negara. Pelatihan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kinerja, profesionalisme dan atau penunjang pengembangan karir tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.
Pelatihan ini meliputi :

a. Pelatihan Fungsional Kesehatan adalah pelatihan yang dilaksanakan untuk mencapai persyaratan kompetensi yang sesuai dengan jenis dan jenjang jabatan fungsional masing-masing. Contoh pelatihan jabatan fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat.
b. Pelatihan Teknis Kesehatan adalah Pelatihan yang dilaksanakan untuk mencapai persyaratan kompetensi teknis yang diperlukan untuk pelaksanaan tugas tenaga kesehatan. Contoh pelatihan kusta bagi paramedik.
c. Pelatihan Training Of Trainer (TOT) Skala Nasional yang merupakan pelatihan bagi pelatih yang pesertanya berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi, Bapelkes dan RS Vertikal, UPT vertikal lainnya dengan menggunakan kurikulum dan modul standar nasional.

d. Pelatihan Standar lokal adalah Pelatihan yang menggunakan kurikulum dan modul standar lokal.

e. Pelayanan Kesehatan langsung adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan klien / pasien.

f. Pelayanan kesehatan Tidak Langsung adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan tidak berhubungan langsung dengan pasien / klien.

Menurut PP NO 101 TAHUN 2000, diklat bertujuan :

a. Meningkatkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan sikap untuk dapat melaksanakan tugas jabatan secara professional dengan dilandasi kepribadian dan etika PNS sesuai dengan kebutuhan instansi.

b. Menciptakan aparatur yang mampu berperan sebagai pembaharu dan perekat persatuan dan kesatuan bangsa.

c. Memantapkan sikap dan semangat pengabdian yang berorientasi pada pelayanan, pengayoman dan pemberdayaan masyarakat.

d. Menciptakan kesamaan visi dan dinamika pola pikir dalam melaksanakan tugas pemerintahan umum dan pembangunan demi terwujudnya kepemerintahan yang baik

Beberapa dasar pemikiran dalam pengelolaan pendidikan diantaranya adalah :

Sesuai PP nomor 101 tahun 2000 tentang Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil :

a. bahwa sesuai dengan tuntutan nasional dan tantangan global untuk mewujudkan kepemerintahan yang baik diperlukan sumber daya manusia aparatur yang memiliki kompetensi jabatan dalam penyelenggaraan negara dan pembangunan;

b. bahwa untuk menciptakan sumber daya manusia aparatur yang memiliki kompetensi tersebut diperlukan peningkatan mutu profesionalisme, sikap pengabdian dan kesetiaan pada perjuangan bangsa dan negara, semangat kesatuan dan persatuan dan pengembangan wawasan Pegawai Negeri Sipil melalui Pendidikan dan Pelatihan Jabatan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari usaha pembinaan Pegawai Negeri Sipil secara menyeluruh;

c. bahwa Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil mengacu pada Kompetensi Jabatan;

d. bahwa sehubungan dengan pertimbangan diatas, dipandang perlu mengatur kembali ketentuan tentang Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1994 tentang Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil.

Selanjutnya Pegawai Negeri Sipil yang disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai ASN secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan. Pegawai pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang selanjutnya disingkat PPPK adalah warga negara Indonesi yang memenuhi syarat tertentu, yang diangkat berdasrkan perjanjian kerja untuk jangka waktu tertentu dalam rangka melaksanakan tugas pemerintahan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, perlu menyusun Program Kerja secara berkesinambungan sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelanggan.

Sasaran diklat adalah terwujudnya PNS yang memiliki kompetensi yang sesuai dengan persyaratan jabatan masing-masing. Dalam upaya peningkatan mutu program Pendidikan dan Latihan, maka perlu dilakukan upaya - upaya pembinaan sebagai berikut :

- Penyusunan Pedoman Diklat dan Perencanaan Diklat (TNA)
- Bimbingan dan Pengembangan Kurikulum Diklat
- Bimbingan dalam penyelenggaraan diklat
- Standarisasi dan akreditasi Widyaiswara
- Pengembangan sistem informasi diklat
- Pengawasan terhadap program dan penyelengaraan diklat
- Pemberian bantuan teknis melalui konsultasi, bimbingan di tempat kerja, kerjasama dalam pengembangan penyelenggaraan dan evaluasi diklat
- Akreditasi institusi diklat dan akreditasi pelatihan

3. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Pemerintah pusat bekerja sama dengan pemerintah daerah melakukan upaya penempatan tenaga kesehatan yang ditujukan untuk mencapai pemerataan yang berkeadilan dalam pembangunan kesehatan.Pemerintah Daerah bersama unit pelaksana teknisnya (UPT) dan masyarakat melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga penunjang (tenaga

masyarakat) yang diperlukan untuk mendukung UKBM sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.Pemerintah dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka dan lintas institusi melalui jenjang jabatan al dan jabatan fungsional.

Manajemen RSST mulai tahun anggaran 2014 meningkatkan segala daya untuk menguatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan. Upaya ini dilakukan terus menerus, secara aktif, diantaranya melalui pelatihan *in house, ex house* : pra jabatan, diklatpim, dan lainnya.

Pendayagunaan tenaga kesehatan warag negara asing hanya dilakukan pada tingkat konsultan pada bidang tertentu, dalam rangka alih teknologi, dan ditetapkan melaui persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.Dalam rangka mengantisipasi globalisasi perlu dilakukan pengaturan agar masuknya SDM Kesehatan warga negara asing dengan teknologi, modal dan pengalaman yang mereka miliki tidak merugikan SDM Kesehatan Indonesia.Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan institusi luar negeri yang telah memperoleh pengakuan dari kementerian yang bertanggungjawab atas pendidikan nasional, mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan tenega kesehatan lulusan dalam negeri.

Dalam rangka pendayagunaan SDM Kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai standar kompetensi yang telah disahkan oleh pemerintah, perlu dikembangkan dan dilaksanakan

program pendayagunaan SDM Kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah (anggaran DIPA RS), Pemerintah Daerah maupun swasta.

4. Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan

Pembinaan penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan di berbagai tingkatan dan atau organisasi memerlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan adanya dukungan peraturan perundang-undangan mengenai pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan tersebut.

Pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi dan pemberian lisensi bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.

Sertifikasi tenaga kesehatan dalam bentuk ijasah dan sertifikat kompetensi diberikan Kementrian Kesehatan setelah melalui uji kompetensi yang dilaksanakan organisasi profesi terkait.

Registrasi tenaga Kesehatan untuk dapat melakukan praktik profesi di seluruh wilayah Indonesia diberikan oleh Kementrian Kesehatan, yang dalam pelaksanaannya dapat dilimpahkan kepada Pemerintah Daerah Provinsi.

Perijinan tenaga kesehatan profesi untuk melakukan praktik dalam rangka memperoleh penghasilan secara mandiri dari profesinya diberikan oleh instansi Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota setelah mendapatkan rekomendasi dari organisasi profesi terkait.

Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan dilakukan melalui sistem karier, penggajian, dan insentif untuk hidup layak sesuai dengan tata nilai di masyarakat dan beban tugasnya agar dapat bekerja secara profesional. Pengawasan SDM Kesehatan dilakukan untuk mencegah terjadinya pelanggaran disiplin oleh tenaga kesehatan maupuntenaga pendukung/penunjang kesehatan yang bekerja dalam bidang kesehatan dan menyebabkan kerugian pada pihak lain, maka sanksi administrasi maupun pidana harus dilakukan dalam rangka melindungi masyarakat dan tenaga yang bersangkutan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

4.2.5 Subsistem Manajemen , Informasi, dan Regulasi kesehatan

Subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN, guna menjamin tercapainya derajad kesehatan masyarakat yang tinggi-tingginya.

Tujuan subsistem manajemen dan informasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Prinsip penyelenggaraan subsistem ini meliputi manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, yang terdiri dari : 1. Inovasi atau kreativitas, 2. Kepemimpinan yang visioner di bidang kesehatan, 3. Sinergisme yang dinamis, dan 4. Kesesuaian dengan sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pasal 9 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah mencatatkan tentang Administrasi dan Manajemen rumah sakit yang terdiri dari organisasi dan tata laksana meliputi : organisasi yang paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksananya meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

Adapun unsur-unsur subsistem manajemen dan informasi kesehatan dalam SKN 2009 meliputi : 1. Kebijakan kesehatan, 2. Administrasi kesehatan, 3. Hukum kesehatan, 4. Informasi kesehatan, dan 5. Sumber daya manajemen kesehatan dan infomasi kesehatan. Dalam RPJMN ke 3 dstnya, RSST akan mengupayakan perencanaan penyelenggaran subsistem manajemen dan informasi kesehatan didalam langkah-langkah mengupayakan sinergisme unsur-unsur subsistem tersebut diatas sebagai berikut :

Ad1. Kebijakan Kesehatan.

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu kepada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional; penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder* terkait; berorientasi pada kepentingan masyarakat; didukung dengan SDM yang kompeten untuk dilaksanakan secara bersama oleh seluruh karyawan RSST bersama dengan seluruh pelaku pembangunan kesehatan secara sinergi dan dinamis.

Ad2. Administrasi kesehatan

Penyelenggaraan administrasi kesehatan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban didasarkan atas urusan wajib bidang kesehatan yang dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan NSPK dan prioritas pembangunan kesehatan, berorientasi pada kepentingan masyarakat, responsive gender, memanfaatkan tehnologi informasi, didukung SDM yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi; dilaksanakan secara sinergi yang dinamis antara sektor kesehatan dengan sektor lain dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Budaya Organisasi di RSST telah dituliskan di bab terdahulu.

Ad3. Hukum kesehatan

Penyelenggaraan hukum kesehatan meliputi penyusunan peraturan / regulasi, sinkronisasi dan harmonisasi, pelayanan advokasi hukum, peningkatan kesadaran hukum bagi aparatur RSST dan masyarakat, serta pembinaan dan pengawasan, dilaksanakan dengan mempertimbangkan perlindungan bagi masyarakat dan karyawan RSST sebagi pelaku pemberi pelayanan, keadilan dan kesetaraan serta sesuai dengan kebutuhan. Peraturan, sosialisasi, penerapan, dan penegakan hukum dilengkapi dan ditata dengan memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi kesehatan internasional.

Upaya menambahkan organisasi pengelola masalah hukum dan medikolegal di RSST dilaksanakan baik dalam manajemen maupun dalam kompetensik fungsioonal (Forensik dan Mediko Legal).

Ada 4. Informasi kesehatan

Tujuan penyelenggaraan system informasi kesehatan adalah untuk menyediakan data dan informasi terkini, akurat, valid, cepat, transparan serta berhasil guna dan berdaya guna. Data dan informasi ini digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor desentralisasi, kecukupan data termasuk data terpilih yang responsive gender, dan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan.

Penyelenggaraan system informasi kesehatan meliputi :

a. Pengumpulan, pengolahan, penyajian dan analisisi data serta informasi
b. Pengelolaan informasi kesehatan yang meliputi landasan hukum, kelembagaan, cara, kerja sama dan koordinasi, pembinaan dan pengawasan
c. Sumber daya yang meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras
d. Pengembangan system informasi kesehatan terpadu

Dalam 10an tahun ke depan, pelayanan rumah sakit terus dikembangkan dan kegiatannya harus bertumpu pada fungsi-fungsi sosial yang dikaitkan dengan optimalnya sistem jaminan kesehatan sosial masyarakat. Sinergisme terus diupayakan dengan dukungan pengembangan sumber daya manusia kesehatan berbasis kompetensi, yang dilandasi oleh peningkatan etika dan hukum. Untuk itu kerjasama dengan berbagai organisasi kesehatan, kemitraan dengan institusi pendidikan, baik pemerintah dan swasta, harus terus dikuatkan.

Setelah terbentuk di tahun 2008, Instalasi Sistem Informasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menguatkan pembangunan sistim informasi yang dapat memenuhi kebutuhan rumah sakit, mengurusi perangkat keras dan system jaringan informasi, memberikan bimbingan implementasi program terkait dengan system layanan rekam medik, layanan sarana prasarana dan keuangan, serta melakukan tugas-tugas terkait proses pengolahan data elektronik rumah sakit.

Mengacu pedoman Perencanaan Master Plan IT Kementerian Kesehatan RI, maka dalam menjalankan tugas dan fungsinya, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro perlu didukung oleh pemanfaatan teknologi informasi (TI) yang tepat, baik di sisi anggaran *(cost)*, waktu *(time)* serta lingkup *(scope)* dan fungsinya *(quality)*. Ketepatan pemanfaatan tersebut dapat tercapai melalui perencanaan pengembangan dan pemanfaatan TI yang komprehensif dan selaras dengan tugas pokok dan fungsi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

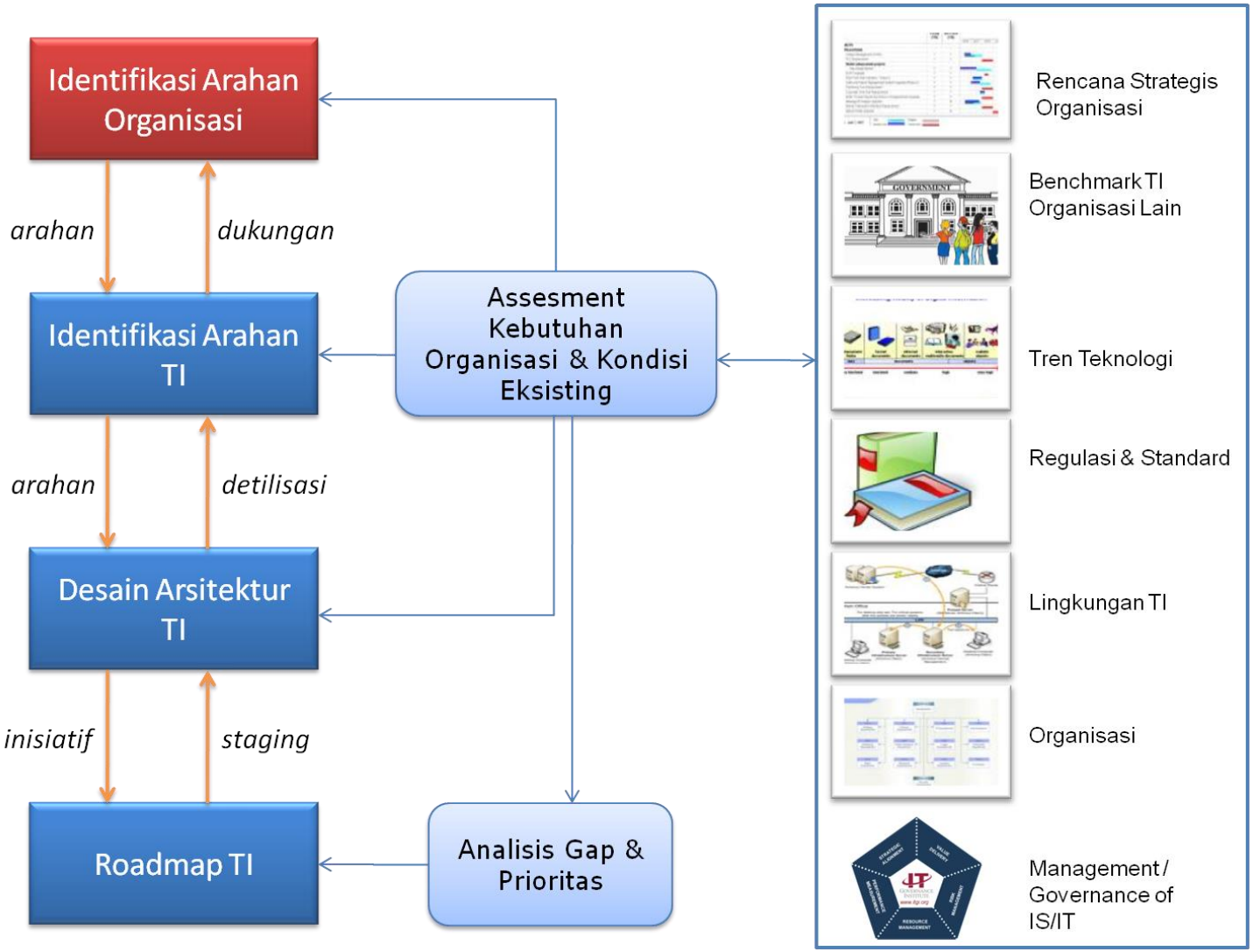
Berdasarkan kondisi tersebut, maka RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menyusun IT *Blueprint* sebagai rujukan setiap inisiatif pengembangan TI yang berlaku dalam jangka waktu 5 (lima) tahun. Kegiatan penyusunan IT *Blueprint* 2014 – 2019 ini untuk memperoleh gambaran aktual dan menyeluruh upaya pengembangan TI yang telah dilakukan sehingga dapat memberikan masukan bagi rencana pengembangan TI 5 (lima) tahun ke depan di lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Tujuan dilakukannya penyusunan IT *Blueprint* 2014-2019 adalah sebagai berikut:

1. Memperoleh rencana strategis pengembangan TI untuk mendukung tugas pokok dan fungsi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
2. Menjamin pelaksanaan pengembangan serta pemanfaatan TI yang koordinatif, terarah dan tepat guna;
3. Memperoleh arsitektur dan rencana pengembangan aplikasi;
4. Memperoleh arsitektur dan rencana pengembangan teknologi (infra);
5. Memperoleh arsitektur dan rencana pengembangan organisasi dan tata kelola TI.

Guna mencapai tujuan dari pekerjaan berdasarkan lingkup kerja serta untuk memberikan *deliverables* yang diminta, maka diperlukan penyusunan metodologi yang akan digunakan sebagai panduan dan kerangka dalam pelaksanaan pekerjaan. Metodologi yang digunakan untuk menghasilkan IT *Blueprint*, secara garis besar dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 10 Metodologi Garis Besar Blue Print IT



Berikut ini adalah penjelasan singkat berkaitan dengan tahapan yang akan dilalui sebagaimana digambarkan dalam diagram di atas :

1. Identifikasi Arah dan Kebutuhan Organisasi

   Pengembangan dan pemanfaatan TI yang baik adalah yang sesuai dengan arahan dan kebutuhan organisasi. Pada penyusunan IT Blueprint,maka hal pertama yang harus dilakukan adalah memahami arah dan kebutuhan organisasi/lembaga pelaksana fungsi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro melalui rencana strategis, dokumen terkait dan relevan maupun hasil penggalian dan observasi yang dilakukan terhadap setiap pihak yang terlibat dalam proses pemerintahan.

2. Identifikasi Arahan TI

   Detilisasi pemanfaatan TI hingga tataran program dan spesifikasi teknis perlu didahului dengan arahan peran TI pada organisasi yang bersifat strategis. Dengan peran TI yang jelas maka diharapkan benang merah dan rencana implementasimenjadi lebih terarah. Secara umum peran Teknologi Informasi bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dapat mendukung visi, misi, strategi hingga operasionalisasi proses pemberantasan korupsi dan terciptanya keamanan informasi dan pelayanan yang baik bagi setiap pihak yang berkepentingan.

3. Assesment Kebutuhan Organisasi dan Kondisi Eksisting

   Assesment dilakukan untuk mengetahui kebutuhan organisasi dan kondisi eksisting baik di sisi proses bisnis pemerintahan maupun sisi TI. Studi dan assesment terhadap kondisi eksisting TI dilakukan untuk mengetahui dan mengidentifikasi dimana posisi TI pada proses bisnis pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, meliputi:

   - Rencana strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
   - Proses bisnis pelayanan kesehatan;
   - Kebutuhan informasi organisasi;
   - organisasi serta tugas pokok dan fungsi;

Informasi yang didapat dari tahap ini digali melalui assesment yang dilakukan kepada pihak yang terkait, baik itu pimpinan dan staf RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang terkait. Sedangkan studi dan assesment terhadap kondisi eksisting TI dilakukan untuk mengetahui dan mengidentifikasi dimana posisi TI meliputi:

- Lingkungan TI seperti aplikasi, perangkat keras, jaringan, dll;
- Rencana TI eksisting, dalam hal ini adalah rencana yang telah dibuat sebelumnya apapun ruang lingkup, format dan bentuknya;
- Regulasi TI maupun proses kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
- Manajemen dan tata kelola terhadap TI yang telah dimiliki;
- *Best practice, framework* yang dikeluarkan oleh berbagai lembaga yang diakui secara internasional;
- Perkembangan teknologi saat ini dan beberapa tahun ke depan;

4. Desain Arsitektur TI

   Analisis desain arsitektur TI didasarkan atas kebutuhan organisasi dengan mengidentifikasi dan memodelkan fungsi maupun proses pelayanan kesehatan yang ada di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Hasil analisis tersebut akan menghasilkan arsitektur TI yang terdiri dari arsitektur aplikasi, arsitektur infra dan arsitektur organisasi serta tata kelola TI.

5. Analisis Kesenjangan dan Prioritas

   Untuk memperoleh inisiatif yang diperlukan dalam pengembangan TI, maka dilakukan analisis kesenjangan terhadap arsitektur eksisting dan arsitektur yang diinginkan (target). Analisis prioritas dilakukan untuk mengetahui tingkat urgensi dan *effort* yang perlu dilakukan terhadap suatu inisiatif.

6. *Roadmap* TI

   Berdasarkan hasil analisa kesenjangan dan prioritas maka akan disusun sebuah IT *Blue print* RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang dibagi secara bertahap ke dalam 5 (lima) tahun implementasi 2014 - 2019.

Berdasarkan metodologi garis besar di atas maka tahapan dalam penyusunan IT *Blue print* terdiri dari 5 tahapan sebagai berikut:

a. Tahap 0, merupakan inisiasi dan menentukan ruang lingkup pekerjaan yang akan dilakukan. Isu yang menjadi perhatian pada tahap ini adalah :
   - Apakah KAK yang ada telah cukup jelas?
   - Apakah KAK telah relevan antara maksud dan tujuan serta deliverables yang diinginkan?
   - Potret awal organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
   - Studi awal.

b. Tahap 1, merupakan tahapan untuk menggali kebutuhan organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, dilakukan pada setiap bidang yang ada di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Isu yang menjadi perhatian pada tahap ini adalah:
   - Arahan strategis dan prioritas kebutuhan organisasi;
   - Gambaran kondisi detil proses pelayanan kesehatan yang ditangani RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (*baseline* dan target);
   - Gambaran lembaga pelaksana fungsi.

c. Tahap 2, merupakan tahapan untuk melakukan IT *assesment* dan mengidentifikasi dukungan TI terhadap proses/fungsi organisasi. Isu yang menjadi perhatian pada tahap ini adalah:
   - Arahan strategis TI;
   - Gambaran dan status lingkungan TI;

•

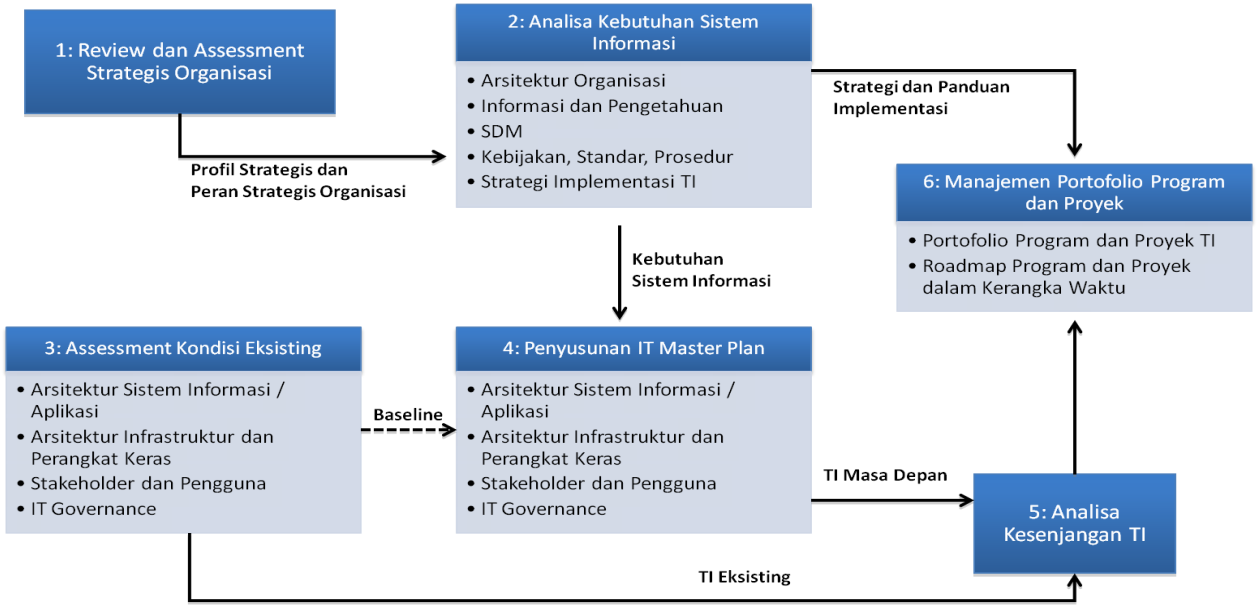
d. Tahap 3, merupakan tahapan untuk menentukan solusi strategik TI dan memetakannya sesuai dengan kebutuhan proses/fungsi organisasi. Isu yang menjadi perhatian pada tahap ini adalah:

- Solusi dan portfolio TI (*baseline* dan target);
- Inisiatif TI;
- Keterkaitan setiap inisiatif TI;

e. Tahap 4, merupakan tahapan untuk menyusun rencana implementasi masing-masing solusi strategik TI yang telah diturunkan ke dalam inisiatif/program berdasarkan domain aplikasi, infra, organisasi serta Tata kelola TI. Isu yang menjadi perhatian pada tahap ini adalah:

- Prioritisasi program/inisiatif TI;
- Tahapan dan ruang lingkup program/inisiatif TI;

Gambar 11 Metodologi dan Posisi Evaluasi IT Master Plan



Berdasarkan Visi, Misi, Tujuan, Strategi, dan Sasaran Strategis yang akan dicapai oleh Kementerian Kesehatan, maka disusunlah program-program RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk kurun waktu 2014-2019. Program-program tersebut dibagi ke dalam dua jenis, yaitu Program Generik (Dasar) dan Program Teknis, yaitu:

A. Program Generik:

1. Program dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya dalam bidang IT;
2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana pengembangan IT;
3. Program Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas pengembangan IT;
4. Program Penelitian dan Pengembangan modul IT.

B. Program Teknis:

1. Program pengembangan IT dilingkungan Direktorat Medik dan Keperawatan;
2. Program pengembangan IT dilingkungan Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan;
3. Program pengembangan IT dilingkungan Direktorat Keuangan;
4. Program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia bidang IT.

Berdasarkan visi, misi dan program RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang dimuat pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015 - 2019, maka dapat diperoleh arah kebijakan TI RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk 5 (lima) tahun mendatang adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas informasi untuk pengambilan keputusan strategik;
2. Transformasi paradigma TI *as a service (end to end services)*;
3. Meningkatkan peran dan kinerja layanan TI sebagai enabler&transformer dalam kegiatan bina upaya kesehatan;
4. Meningkatkan peran dan kinerja layanan TI dalam mengoptimalkan proses internal yang memenuhi prinsip *good governance* untuk keunggulan operasional;

Sedangkan strategi TI tahun 2014 – 2019 adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pengelolaan TI dengan mengadopsi *best practice* & standard di dunia industri;
2. Melakukan integrasidan menyiapkan mekanisme pertukaran data yang tepat secara bertahap;
3. Mengoptimalkan implementasitata kelola TI (termasuk *change management*) dan keamanan informasi secara komprehensif ;
4. Mengoptimalkan pemanfaatan sistem aplikasidan infra ;
5. Melakukan peningkatan kapabilitas organisasi TI;

Pada implementasi TI diperlukan prinsip yang akan menjiwai setiap pengembangan dan pemanfaatan di lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Prinsip ini tidak sekadar bersifat umum namun juga relevan sesuai dengan arah kebijakan dan strategi TI di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Prinsip TI dibagi menjadi 2 (dua) perspektif, yaitu bisnis dan teknologi dengan masing-masing terdiri dari 5 dan 7 prinsip.

No	Prinsip	Deskripsi
1	*Information is asset*	Informasi adalah aset yang berharga bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang penting untuk dikelola. Informasi yang ada di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tidak bersifat sektoral namun digunakan diantara unit kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku.
2	*Compliance & Conformity*	Pengembangan, pemanfaatan dan pengelolaan TI harus memperhatikan peraturan yang berlaku, dan mengadopsi standard dan best practice sesuai kebutuhan organisasi.
3	*Integrity*	Informasi yang dikelola oleh sistem informasi harus lengkap, akurat dan konsisten; hal ini terutama mencakup informasi yang digunakan bersama-sama oleh beberapa Unite Kerja sekaligus yang secara umum ditetapkan sebagai “master data”.
4	*Integration*	Solusi TI didesain agar dapat berbagi dan terintegrasi di internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro maupun dengan pihak eksternal
5	*Interoperability*	TI digunakan harus sesuai dengan standard yang menjamin interoperabilitas data, aplikasi dan teknologi.
6	*Technology Independence*	Solusi TI tidak bergantung pada produk tertentu,bersifat flexible dan mengikuti open standard. Tidak terjebak pada solusi proprietary.

4.2.6 Subsistem Sarana dan Prasarana

Balai Pelestarian Jawa Tengah mengeluarkan Surat Keterangan Cagar Budaya dan menyatakan bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai nomor Inventarisasi Cagar Budaya 11-10/Kla/TB/78 dan jenis bangunannya adalah bangunan Kolonial.

Bangunan bergaya indis, terdiri dari beberapa bagian bangunan. Di depan bangunan utama mempunyai halaman yang digunakan untuk parkir dan dilapisi aspal. Bangunan utama saat ini digunakan untuk kantor rumah sakit yang disambung dengan lorong menuju bangsal perawatan. Pada bagian bangsal perawatan, selain ruang rawat inap, juga terdapat fasilitas lain, yaitu dapur, tempat cuci, sumur dan fasilitas lainnya. Model bangunan utama ini adalah bangunan limasan dengan atap menjulang yang digunakan untuk menampung hawa dan menggelontorkan air hujan. Bagian depan diberikan kuncungan yang ditopang oleh empat buah saka cor berukuran 50x50 cm dan tinggi 4 m.

Rumah dinas Kepala rumah sakit, halaman yang diisi taman bunga dan rumah penjaga dikelilingi pagar besi. Model rumah adalah bangunan indis model tahun 1920-an. Dinding rumah merupakan bata plesteran dan dicat. Terdapat lubang – lubang ventilasi diatas pintu. Atap berbentuk limasan . Lantai rumah pada saat ini sudah dikeramik. Pondasi bangunan terbuat dari batu. Kerangka atap merupakan kerangka kayu sedangkan langit – langit terbuat dari bahan asbes.





Nilai Penting :

a. Sejarah

Berperan penting dalam sejarah masa colonial di Klaten dalam kaitannya dengan perkebunan dan pertanian serta peranannya dalam kesejahteraan sosial.Di samping itu menjadi kesinambungan fungsi rumah sakit sejak berdiri hingga sekarang memberikan nilai khusus.

b. Pendidikan

Hingga saat ini tetap digunakan sebagai rumah sakit pendidikan

c. Agama/Kebudayaan

Mencerminkan terjadinya perubahan budaya, khususnya di bidang kesehatan masyarakat secara modern dan sistematis di Klaten

d. Aksesibilitas

Dapat diakses dengan mobil karena terletak di pinggir jalan raya.Jarak bangunan dengan jalan kurang lebih 20 meter.

Ancaman :

a. Proses Alam

Kerusakan komponen bangunan karena faktor cuaca dan faktor usia

b. Aktifitas Manusia

c. Penambahan dan atau pengurangan komponen bangunan sebagai dampak dari perubahan fungsi bangunan baik sebagian (parsial) maupun keseluruhan.

Perubahan Undang–Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 Bagian H ayat (1) telah menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Undang–Undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 19 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

Sesuai dengan amanat Undang–Undang Nomor 36 Tahun tentang Kesehatan dan Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pengembangannya harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan, sesuai ketentuan mengenai persyaratan kesehatan, kenyamanan, kemudahan, keselamatan lingkungan, tata ruang dan hasil kajian kebutuhan serta kelayakan penyelenggaraan rumahsakit. Dipersyaratkan pula kesesuaian dengan Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Klaten, Rencana Tata Ruang Kawasan Perkotaan dan/atau Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan. Kemudian dalam bagian Ketiga tentang Bangunan, pasal 9 butir (b) menyebutkan bahwa persyaratan teknis bangunan rumah sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak – anak dan orang usia lanjut. Selain itu terdapat pedoman perencanaan RS yang meliputi : Pedoman Studi Kelayakan RS, Pedoman Master Plan RS, Pedoman Tekhnis Bangunan dan Prasarana RS sesuai kelasnya.

Pelayanan RS akan berjalan dengan baik dan memenuhi kepuasan pelanggan, dapat juga ditentukan oleh bagaimana ketersediaan peralatan-peralatan kesehatan dalam melayani kebutuhan pelanggan. Karena rumah sakit merupakan bentuk "bangunan", maka dalam ketentuan pembangunannya, rumah sakit harus mengikuti persyaratan teknis yang tertuang dalam Undang-Undang RI Nomor 28 tahun 2002 tentang Bangunan Gedung. Persyaratan tersebut meliputi 2 (dua) faktor utama, yaitu :1) Persyaratan Tata Bangunan, 2) Persyaratan Keandalan Bangunan. Di dalam Persyaratan Keandalan bangunan gedung, ada 4 (empat) faktor yang harus diperhatikan, yaitu : keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan. Adapun faktor Keselamatan bangunan gedung meliputi : 1) Faktor kekuatan bangunan, 2) Faktor proteksi bangunan terhadap sambatan petir, dan sengatan listrik, 3) Faktor proteksi bangunan terhadap kebakaran.

Dengan telah diterbitkannya Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, merupakan payung hukum untuk seluruh pihak mendukung dibangunnya rumah sakit yang minimal memenuhi persyaratan. Pelayanan RS akan berjalan dengan baik dan memenuhi kepuasan pelanggan, dapat juga ditentukan oleh bagaimana ketersediaan peralatan-peralatan kesehatan dalam melayani kebutuhan pelanggan. Persyaratan Keandalan bangunan gedung memiliki empat faktor yang harus diperhatikan, yaitu : keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan. Adapun faktor keselamatan bangunan gedung meliputi kekuatan bangunan, proteksi bangunan terhadap sambatan petir, dan sengatan listrik, serta proteksi bangunan terhadap kebakaran.

Berikut adalah Tata Peraturan Perundangan terkait Sarana Prasarana dan Peralatan Kesehatan di rumah sakit

- UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- UU No. 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung
- UU No. 1 Th 1970 tentang Keselamatan Kerja
- UU No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup
- UU No. 15 Tahun 1985 tentang Ketenagalistrikan
- UU No. 10 Tahun 1997 tentang Ketenaganukliran
- PP No. 27 Tahun 1999 tentang analisa mengenai dampak lingkungan
- Permenkes 147 tahun 2010 tentang Perizinan RS
- Permenkes 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi RS
- Kepmenkes No. 876/Menkes/SK/VII/2001 tentang Pedoman teknis Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan
- Kepmenkes No. 1335/Menkes/SK/IX/2002 tentang Standar Operasional Pengambilan dan Pengukuran Kualitas Udara Ruangan RS
- Kepmenkes No. 351/Menkes/SK/III/2003 tentang Komite Kesehatan dan Keselamatan Keselamatan Kerja Sektor Kesehatan
- Kepmenkes No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan RS
- Kepmenkes No. 432/Menkes/SK/IX/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di RS

Beberapa buku terkait dengan Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit meliputi :

- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Perawatan Intensif
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Gawat Darurat
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Rawat Inap
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Rawat Jalan
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Radiologi
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Laboratorium
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang farmasi
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Sterilisasi
- Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Dapur



Dalam menyelenggarakan pelayanan dan pengembngan rumah sakit diperlukan pedoman dasar yang disepakati dan ditaati bersama. Pedoman yang dimaksud bagi pengembangan sarana prasarana dan peralatan serta pelayanan yang memenuhi kebutuhan sesuai dengan perkembangan di suatu daerah atau wilayah. Untuk mengembangkan rumah sakit, diperlukan langkah-langkah yang benar-benar sistematis dan teliti karena rumah sakit merupakan gabungan dari berbagai macam kegiatan yang saling mengait dan diperlukan penyelesaian khusus. Pengembangan rumah sakit harus dapat mewujudkan hasil karya gabungan secara paripurna, terutama dalam pembangunan fisik, sehingga pentahapan pembangunan bisa lebih terarah dan sesuai dengan pengembangan rumah sakit.

Pengembangan fisik rumah sakit adalah spesifik, sehingga diperlukan adanya norma-norma fungsional yang harus dipatuhi terutama untuk posisi atau *zoning*. Disamping itu pengembangan pelayanan rumah sakit berkaitan erat dengan aspek pendidikan, ekonomi, kependudukan, sosial, budaya dan harus berwawasan lingkungan. Semakin tinggi kelas rumah sakit, semakin rumit kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan yang tentunya akan melibatkan tenaga-tenaga profesional dari berbagai disiplin ilmu.

Dalam menyelenggarakan pelayanan dan pengembangan rumah sakit kelas A (Permenkes 56/ 2014) diperlukan pengembangan dalam hal kelengkapan sarana dan prasarana yang meliputi pengembangan sarana dan prasarana : 1) Kelompok Medis, 2) Kelompok Penunjang Medis, 3) Kelompok Penunjang Non Medis , 4) Kelompok Administrasi dan Perkantoran, dan 5) Kelompok lain. Peningkatan kelas rumah sakit, ditentukan oleh 2 (dua) faktor utama, yaitu "Pelayanan" oleh petugas rumah sakit, dan bangunan serta prasarana dari rumah sakit itu sendiri. Dengan telah diterbitkannya Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, maka terdapat payung hukum untuk seluruh pihak dalam mendukung dibangunnya rumah sakit yang memenuhi persyaratan. Dalam rangka merencanakan kebutuhan peralatan, sarana dan prasarana, maka RSST perlu mengaju kepada kebijakan-kebijakan yang sudah diatur, sehingga penyelenggaraan fasilitas fisik rumah sakit dapat memenuhi standar aman, tersedia dan berfungsinya sarana dan prasarana pada rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, operasi / bedah, radiologi, ruang laboratorium, ruang sterilisasi, ruang farmasi, ruang pendidikan dan latihan, ruang kantor dan administrasi, ruang ibadah, ruang tunggu, ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit; ruang menyusui, ruang mekanik, ruang dapur, *laundry, kamar jenazah, taman,* pengolahan sampah, dan pelataran parkir yang mencukupi sesuai dengan jenis dan klasifikasinya. Masing – masing kelompok perencanaan dapat berupa rencana pembangunan, refungsi dan atau renovasi bangunan.



Adapun tahapan perencanaan ruang dan bangunan di RSB ini merupakan dua tahap pertama dalam dalam kajian Rencana induk / *Review Master Plan* terdiri atas tiga tahap yaitu :

1. Tahap Jangka Pendek (tahun 2014 dan tahun 2015)

Perencanaan ruangan dan bangunan jangka pendek meliputi optimalisasi ruangan – ruangan / bangunan yang sudah ada untuk mengoptimalkan seluruh layanan yang sudah ada dan untuk beberapa layanan baru dengan datangnya para tenaga medis (dokter – dokter spesialis konsultan) sesuai dengan standar pada SDM Tenaga Medis Permenkes 340/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit (RS Kelas A), ditetapkannya layanan – layanan unggulan RS, serta pemenuhan terhadap standar akreditasi rumah sakit. Selain itu, terdapat pula pembangunan ruangan dan bangunan baru, berpedoman pada hal-hal tersebut, dengan memanfaatkan areal perluasan lahan di sisi utara rumah sakit.

2. . Tahap Jangka Menengah (sampai dengan tahun 2019)

3. Tahap Jangka Panjang (tahun 2020 sampai dengan tahun 2024).

Perencanaan pada tahap jangka menengah dan jangka panjang ditujukan untuk mengoptimalkan pedoman-pedoman tersebut, baik di lahan perluasan maupun di lahan lama. Seluruh perencanaan seyogyanya mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku dan memperhatikan aspek-aspek penting dalam Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Keselamatan Pasien, Kebutuhan Penyandang Cacat, *Green Hospital*, Kegiatan Pendidikan sebagai RS Pendidikan, dan sebagai rumah sakit yang Ramah Lansia dengan mengedepankan unggulan layanan Geriatri.

Secara umum pentahapan fisik mempertimbangkan hal – hal berikut ini :

a. Dalam proses pelaksanaannya tidak mengganggu operasional rumah sakit sertaaktivitas utama pelayanan kesehatan
b. Disesuaikan dengan kemampuan pendanaan
c. Disesuaikan dengan asset fisik yang telah dimiliki saat ini, sehingga rehabilitasi dan konsolidasi menjadi semangat utama dalam pengembangan tahap pertama.

Persyaratan bangunan yang harus dipertimbangkan dalam setiap upaya pemeliharaan /renovasi maupun pembangunan menuju RS yang Ramah Lansia meliputi : Konstruksi bangunan (Jalan, Pintu, Listrik, Penerangan, Lantai, Langit-langit, Dinding, Ventilasi, Kamar mandi dan WC, Air, Pegangan pengaman) dan kebutuhan ruangan.

4.2.7 Subsistem Alat Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi masalah bagi sebagian masyarakat. Hal ini disebabkan oleh permasalahan pada pemerataan dan keterjangkauan keberadaan saranan pelayanan kesehatan baik sarana pelayanan kesehatan dasar maupun pelayana lanjutan. Meskipun Puskesmas dan jaringannya telah terdapat di Kecamatan di Indonesia, namun bagi sebagian masyarakat keberadaannya masih sulit dijangkau. Demikian juga sarana kesehatan rujukan seperti rumah sakit yang telah tersedia hampir di seluruh Kabupaten / Kota, akan tetapi ketersediaan pelayanan kesehatan masih belum optimal dalam pembangunan alat kesehatan serta masih tingginya biaya terhadap penggunaan alat kesehatan.

Alat kesehatan merupakan salah satu komponen penting disamping tenaga dan obat dalam sarana pelayanan kesehatan. Teknologi alat kesehatan berkembang sangat pesat seiring dengan perkembangan teknologi IT dari teknologi sederhana sampai teknologi tinggi dan digunakan di fasilitas kesehatan, di pelayanan kesehatan pribadi, maupun di rumah tangga. Meningkatnya ekonomi dan pendidikan masyarakat menyebabkan tingginya tuntutan terhadap ketersediaan alat kesehatan yang aman, bermutu dan bermanfaat. Kebutuhan alat kesehatan terus akan meningkat dengan diberlakukannya program jaminan kesehatan nasional sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa setiap orang atau warga negara berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera adil dan makmur. Dengan diterapkannya Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014 maka terjadi kenaikan 2,5 sampai 3 kali lipat kebutuhan obat dan alat kesehatan di berbagai tingkatan pelayanan kesehatan. Alat kesehatan juga sangat dibutuhkan dalam upaya mencapai *Milenium Development Goals* (MDGs) dimana peran alat kesehatan mendukung pencapaian tujuan ke 4, 5 dan 6.

Subsistem alat kesehatan dalam SKN adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat / manfaat, mutu, alat kesehatan. Tujuan penyelenggaraan subsistem ini adalah tersedianya alat kesehatan yang terjamin aman, berkhasiat / bermanfaat dan bermutu; Unsur – unsur subsistem alat kesehatan meliputi komoditi, sumber daya, pelayanan, pengawasan, pemberdayaan masyarakat. Menurut Permenkes RI Nomor 86 Tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengembangan Industri Alat Kesehatan maka alat kesehatan merupakan salah satu komponen penting di samping tenaga dan obat dalam saran pelayanan kesehatan. Teknologi alat kesehatan berkembang sangat pesat seiring dengan perkembangan teknologi IT dari teknologi sederhana sampai teknologi tinggi dan digunakan di fasilitas pelayanan kesehatan, di pelayanan kesehatan pribadi, maupun di rumah tangga

4.3 Pendidikan

Menurut beberapa sumber, maka pengertian pendidikan adalah sebagai berikut :

- Definisi awam : pendidikan adalah suatu cara untuk mengembangkan ketrampilan, kebiasaan dan sikap-sikap yang diharapkan dapat mengubah seseorang menjadi warga negara yang baik dengan tujuan untuk mengembangkan atau mengubah kognisi dan afeksi.
- Menurut kamus besar Bahasa Indonesia : Pendidikan adalah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, proses, cara pembuatan mendidik.
- Pengertian pendidikan menurut Edwin B. Flippo : *Education is concerned with increasing general knowledge and understanding of our total environment*. (Pendidikan adalah berhubungan dengan peningkatan pengetahuan umum dan pemahaman atas lingkungan kita secara menyeluruh).
- Menurut Undang-undang :

a. UU SISDIKNAS no.2 tahun 1989

Pendidikan adalah sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan/latihan bagi perananya di masa yang akan datang

b. UU SISDIKNAS no. 20 tahun 2003

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten , berdasarkan Surat Persetujuan Menteri Kesehatan RI Nomor 934/Menkes/IX/2001 tanggal 5 September 2001, ditetapkan sebagai RS Pendidikan FK UGM dan dijadikan Laboratorium Pusat Pengembangan Pelayaan Medik Esensial Dasar. Selanjutnya telah tercatat sebagai Rumah Sakit kelas B Pendidikan berdasarkan No 1594/Menkes/SK/g/2002. Namun dengan berjalannya waktu, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman dan Klasifikasi Rumah Sakit Pendidikan, maka untuk penetapan sebagai Rumah Sakit Pendidikan, sebuah RS harus melalui pemenuhan terhadap standart dan borang-borang Permenkes tersebut.

Pada tanggal 18 April 2013 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten telah mendapatkan sertifikasi sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit bagi Fakultas Kedokteran UGM sesuai Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0700/2013. Selanjutnya, dalam melaksanakan fungsi sebagai RS Pendidikan, RSST perlu merujuk kepada Undang-Undang Nomor 23 tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, serta mengamanatkan kebijakan terkait pengertian tentang Rumah Sakit Pendidikan

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang Pendidikan Kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Rumah sakit kemudian menjadi lahan praktek sebagai sarana belajar mengajar utama untuk mewujudkan profesional/mahasiswa, dan juga sebagai wahana untuk meningkatkan keteramplilan secara utuh dari seorang siswa/mahasiswa diknakes yang telah mendapatkan pelajaran teori di kelas atau praktek laboratorium/bengkel kerja. Pasal 15 Undang-Undang Nomor 23 tersebut diatas menyatakan bahwa Rumah Sakit Pendidikan terdiri atas: a. Rumah Sakit Pendidikan Utama; b. Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi; dan c. Rumah Sakit Pendidikan Satelit.

Mengacu pada perkembangan Pendidikan Kedokteran di Indonesia, maka Kementerian Pendidikan dan Kementerian Kesehatan telah menetapkan Sembilan (9) Konsep Dasar Rumah Sakit Pendidikan (RSP).

Sesuai dengan tugas dan fungsinya maka diknakes mempunyai misi antara lain meningkatkan mutu lulusan diknakes, mutu institusi diknakes dan meningkatkan kemitraan serta kemandirian institusi diknakes dalam melaksanakan pendidikan tenaga kesehatan. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) 60 tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi, maka tujuan pendidikan dimaksud adalah menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan atau profesional yang dapat menerapkan, mengembangkan dan atau memperkaya khasanah ilmu pengetahuan, teknologi dan atau kesenian.



Dalam melaksanakan pendidikan, proses pembelajaran yang terjadi tidak terbatas di dalam kelas saja. Pengajaran yang berlangsung pada pendidikan ini lebih ditekankan pada pengajaran yang menerobos di luar kelas, bahkan diluar institusi pendidikan seperti lingkungan kerja, alam atau kehidupan masyarakat. Dalam hal praktek kerja lapangan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem program pengajaran serta merupakan wadah yang tepat untuk mengaplikasikan pengetahuan, sikap dan keterampilan (KAP) yang diperoleh pada proses belajar mengajar (PBM).

Sebagaimana pentahapan di bidang Pelayanan Klinis, maka dalam memproyeksikan bidang layanan Pendidikan seyogyanya meliputi tiga tahapan, yaitu :

1. Tahap Jangka Pendek (tahun 2014 dan 2015)

   Pada tahapan ini, fungsi RS sebagai RS Pendidikan harus sejalan dengan rencana strategis pengembangan dan pemberdayaan SDM Tenaga Kesehatan di Indonesia pada akhir RPJMN ke 2 dan mengawali RPJMN ke 3. Sehingga diharapkan terdapat penataan di segala aspek dengan menekankan pada upaya peningkatan kualitas program pendidikan dan tenaga kesehatan yang dihasilkan, baik dalam penguasaan kompetensi maupun dalam pengembangan kemampuan Iptek serta penguatan daya saing perekonomian.

2. Tahap Jangka Menengah (sampai dengan tahun 2019)

   Pada tahap ini ditujukan untuk lebih memantapkan penataan infra dan SDM pendidik secara menyeluruh dengan menekankan pencapaian daya saing kompetitif perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia berkualitas serta kemampuan Iptek yang terus meningkat.

3. Tahap Jangka Panjang (tahun 2019 sd tahun 2024).

   Pada tahapan ini diharapkan telah dapat diperoleh percepatan tata kelola program pendidikan yang mampu menghasilkan SDM Kesehatan yang berkualitas dan berdaya saing.

4.4 Penelitian



Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengelolaan kesehatan yang meliputi kegiatan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, termasuk penelitian dan pengembangan humaniora, kebijakan dan pemberdayaan masyarakat, yang diselenggarakan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Prinsip – prinsip subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari : 1) terpadu, berkesinambungan, dan paripurna; 2) bermutu, aman, bermanfaat dan sesuai kebutuhan; 3) teknologi tepat guan; 4) akurat dan akuntabe; 5) persetujuan setelah penjelasan; 6) bekerja dalam tim secara cepat dan tepat; dan 7) norma agama. Adapun unsur – unsur subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan terdiri dari unsur – unsur : 1) area penelitian biomedis dan teknologi dasar kesehatan; 2) area penelitian teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik; 3) area penelitian teknologi intervensi kesehatan masyarakat; 4) area penelitian humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi dan informasi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI) dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat. Penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan diselenggarakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi dan memulihkan kesehatan setelah sakit serta menganalisis dan memformulasikan berbagai permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kesehatan.

Penelitian, pengembangan, penapisan, dan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi (Iptek) yang memadahi ditujukan untuk meningkatkan mutu pengelolaan upaya kesehatan. Sesuai dengan perkembangan dan keperluannya, pengembangan dan pemanfaatan Iptek perlu diperluas untuk mendukung pembangunan kesehatan secara keseluruhan.

Penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang memerlukan uji coba terhadap manusia dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang dilakukan terhadap hewan dan makhluk hidup lainnya harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan dan makhluk hidup lainnya tersebut. Penelitian tersebut harus dapat mengedapankan etik dan aturan2 dalam *Good Clinnical Practice* (GCP). Selanjutnya berbagai aspek dalam kaidah *Evidence Based Medicine* seyogyanya melandasi berbagai aspek manajerial maupun fungsional layanan.



Selaras dengan visi misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro 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 dan fungsi corporasi ini.

Salah satu tujuan penelitian dan pengembangan bertujuan untuk memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajad kesehatan masyarakat yang optimal.

Hasil penelitian kesehatan dapat digunakan untuk menggambarkan kemampuan sumber daya, guna mendukung pengembangan pelayanan kesehatan yang direncanakan. Selain itu hasil penelitian kesehatan dapat dijadikan sarana diagnosis dalam mencari sebab masalah kesehatan, atau kegagalan yang terjadi didalam sistem pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya, terdapat empat katagori penelitian di bidang pengembangan kesehatan yaitu: 1) Biomedis dan teknologi dasar, 2) Teknologi terapan dan epidemiologi klinik , 3) Teknologi intervensi kesehatan masyarakat, dan 4) Humaniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Dalam penelitian dan pengembangan kesehatan perlu dilakukan kegiatan : 1) Penelitian kebijakan dan pelaksanaan bidang kesehatan, serta 2) Penelitian ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Ke depan, layanan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di RSST harus mengantisipasi berbagai kecenderungan tersebut yang pada dasarnya terbagi menjadi dua bagian. Pertama, menghasilkan penelitian yang dapat menunjang pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata dan efisien.Kedua, penelitian di bidang Iptek kesehatan guna menghasilkan produk komersial yang dapat bersaing pada era globalisasi.

Selanjutnya di masa mendatang, penelitian kesehatan diharapkan bertambah dengan misi : 1) Menghasilkan produk, prototipe dan teknologi baru, 2) Menghasilkan data dan informasi dari penelitian berkualitas dan aplikatif (kebijakan, opsi, program), 3) Mengembangkan sumber daya (termasuk tenaga profesi) penelitian dan pengembangan, dan 4) Menjalin kerjasama. Bukti-bukti ini merupakan bagian dari *Evidence Based Medicine* (EBM).



Penelitian dan pengembangan kesehatan di masa mendatang dapat menghasilkan publikasi, pilihan kebijakan, publikasi desain, model, prototipe dan paten serta dapat terlaksananya kegiatan produksi, diseminasi dan penerapan penelitian dan pengembangan kesehatan. Diharapkan dapat tersedianya pilihan kebijakan, publikasi, desain, model dan paten bidang kedokteran yang dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajad kesehatan masyarakat yang optimal.Hasil penelitian kesehatan dapat digunakan untuk menggambarkan kemampuan sumber daya, guna mendukung pengembangan pelayanan kesehatan yang direncanakan.Selain itu hasil penelitian kesehatan dapat dijadikan sarana diagnosis dalam mencari sebab masalah kesehatan, atau kegagalan yang terjadi didalam sistem pelayanan kesehatan.Selanjutnya terjadilah pemberdayaan seluruh potensi penelitian dan pengembangan kesehatan sehingga terjadi sinergi dan potensiasi untuk menghasilkan Iptek kesehatan secara efektif dan efisien, sebagai bagian tak terpisahkan dari kegiatan pembangunan kesehatan nasional.

Mempertimbangkan hal-hal tersebut di atas, dan dengan mencermati data internal layanan penelitian di RSST maka program-program penelitian di RSST di masa mendatang harus dioptimalkan. Peneliti di RSST adalah setiap karyawan dan peserta didik yang melakukan penelitian dan pengembangan kesehatan, dimana penerapan hasil penelitian dan pengembangan kesehatannya bagi kepentingan praktis di bidang kesehatan, khususnya di berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Selain itu penelitian di RSST ke depan, harus dapat digunakan untuk merencanakan, melaksanakan, dan menilai program-program layanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pelaksanaan manajemen tersebut RSST perlu menekankan langkah-langkah berikut untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan di atas dalam tahapan perencanaan strategis sebagai berikut :

1. Tahap Jangka Pendek

Periode tahun 2014 dan tahun 2015 ini merupakan masa transisi menuju peningkatan Kelas menjadi RS Kelas A, dan mengawali upaya mewujudkan layanan-layanan unggulan sehingga disusunlah berbagai program dalam membangun infra tata kelola penelitian sbb :

a. Menyusun Agenda Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
b. Membentuk jejaring Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (JPPKN)
c. Mengoptimalkan Kelembagaan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
d. Menguatkan Sumber Daya Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
e. Melaksanakan pembinaan
f. Melaksanakan Pemantauan, Pengawasan dan Penilaian
g. Menetapkan Etika Penelitian
h. Mewujudkan Hak Atas Kekayaan Intelektual

2. Tahap Jangka Menengah

Pada periode hingga tahun 2019 diharapkan penguatan pada upaya peningkatan kualitas infra dan SDM peneliti, terutama untuk dapat mewujudkan penelitian-penelitian yang bermanfaat bagi penguasaan kompetensi maupun dalam pengembangan kemampuan Iptek serta penguatan daya saing perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia.

3. Tahap Jangka Panjang (tahun 2019 sd tahun 2024).

Pada tahapan ini diharapkan telah dapat diperoleh penelitian-penelitian di bidang pengembangan layanan kesehatan pendidikan yang berkualitas dan berdaya saing serta optimalnya seluruh elemen infra penelitian.

RSST dinyatakan bermutu apabila produktivitas penelitian yang dihasilkan oleh karyawan setiap tahun bertambah dan meningkat mutunya. Pelaksanaan tugas utama karyawan ini perlu dievaluasi dan dilaporkan secara periodik sebagai bentuk akuntabilitas kinerja karyawan kepada para pemangku kepentingan. Untuk mendukung kesuksesan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi penelitian tersebut, maka setiap tahun RS menawarkan beragam kategori penelitian karyawan yang dibiayai oleh dana peningkatan mutu SDM rumah sakit. Agar penelitian di lingkungan Rumah sakit lebih terarah dan bermutu,maka buku Pedoman Penelitian SDM RSST harus selalu dipakai sebagai acuan. Budaya meneliti di kalangan karyawan perlu terus ditingkatkan. Karyawan yang produktif menghasilkan karya-karya hasil penelitian pada umumnya lebih unggul dalam: (1) kenaikan jabatan fungsional; (2) menyelesaikan masalah pendidikan dan masalah pembelajaran yang dihadapi; (3) peka terhadap permasalahan yang terjadi di lingkungannya; (4) kreatif dan inovatif menghasilkan karya-karya baru.

Tabel 28 Program Strategis (Terlampir)



BAB V
ANALISA DAN MITIGASI RISIKO



5.1 Identifikasi Risiko

Bagian ini menjelaskan analisa risiko yang akan dihadapi dalam mewujudkan berbagai sasaran strategis untuk merealisasikan visi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro pada kurun waktu tahun 2015 -2019 dan menjelaskan bahwa semua risiko yang mungkin berpotensi timbul dan menjadi faktor yang dapat menghambat realisasi visi rumah sakit telah disusun secara cermat dalam register risiko rumah sakit dan telah dilakukan assesmen risiko yang menentukan mitigasi yang harus diambil oleh manajemen RSST agar tidak terjadi hal yang berpotensi menghalangi tercapainya sasaran strategis tersebut. Pengelolaan risiko pada Rencana Strategi Bisnis RSST ini telah menggambarkan perspektif yang lebih strategis dan dengan proyeksi yang lebih visioner, yang secara umum teknik yang diterapkan menggunakan alat analisis yang lebih simpel dan mudah dipahami yaitu menggunakan *assesmen tool* RMG (*Risk Matrix Grading*), dimana teknik tersebut merupakan alat analisis untuk memetakan risiko yang dihadapi terhadap probabilitas dan dampak yang mungkin timbul, Mudah digunakan dan dimengerti, mempunyai deskripsi detail dan definitive dan menerangkan bagaimana risiko dapat dimitigasi pada tingkat yang bias ditolerir

Manajemen risiko merupakan pendekatan proaktif RSST dalam mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampak yang mungkin timbul dimana kondisi terkini pada pengelolaan risiko yang diimplementasikan pada institusi kesehatan terdapat perkembangan ke arah yang lebih maju dan agak berbeda dengan ilmu manajemen risiko murni pada cabang ilmu manajemen, dimana telah dimodifikasi sedemikian rupa sehingga alat analisis untuk assesmen risiko di institusi kesehatan tidak lagi hanya menggunakan 3 (Tiga) alat analisis yaitu RMG (*Risk Matrix Grading*), FMEA (*Failure Mode Effect Analisis*) dan RCA (*Root Cause Analisis*) tetapi telah ada satu alat analisis yang telah di modifikasi oleh VA NCPS (*Vinlandia national central patient savety*) menjadi HFMEA (*Healtcare Failure Mode Effect Analisis*) yang lebih berorientasi pada keselamatan pasien dan terfokus pada pencegahan dampak, meningkatkan keselamatan, meningkatkan *outcome* yg positif dan meningkatkan kenyamanan pasien. Tujuannya adalah melihat dimana terjadi kegagalan proses yang berjalan, dimana RSST telah menerapkan teknis ini melalui komite Mutu dan Manajemen risiko rumah sakit dalam mengelola risiko yang ada di RSST sejak tahun 2014.

5.2. Pengukuran Risiko

Bagian ini menjelaskan pengukuran tingkat resiko dengan memperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis resiko dan estimasi besar dalam dampak resiko yang ditimbulkan bila resiko terjadi bagi sasaran strategis RSST.

Berdasarkan pertemuan antara estimasi tingkat kemungkinan risiko terjadi dan estimasi besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis rumah sakit dapat dinilai suatu tingkat risiko dengan kualifikasi sebagai terlihat pada tabel berikut, dengan penanda warna :

a.Risiko Rendah (kode R, warna Biru)

b.Risiko Moderat (kode M, warna Hijau)

c.Risiko Tinggi (kode T, warna kuning)

d.Risiko Ekstrim (kode E, warna merah)

Tabel 29 REGISTER RISIKO RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO TAHUN 2014

NO	KATEGORI RISIKO	DAMPAK					PROBABILITAS					SKOR RISIKO	Bands				RANKING RISIKO (utk Tindakan)
		Sgt Ringan	Ringan	Sedang	Berat	Sgt Berat	Sgt Jarang	Jarang	Kadang	Sering	Sgt Sering		L	M	H	E	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1 – 25	1	2	3	4	
Perpektif pertumbuhan dan pembelajaran																	
1	Lemahnya proses rekruitmen karyawan				4						5	20				80	2
2	Belum optimalnya pengembangan dan pemberdayaan karyawan				4				3			12				48	4
3	Buruknya proses penilaian kesenjangan kompetensi				4					4		16				64	**3**
4	Pembajakan tenaga qualified oleh rumah sakit lain				4						5	20				80	2
5	Belum terlaksananya proses penilaian SKP				4				3			12				48	4
6	Belum terlaksananya IT pendukung penilaian SKP				4					4		16				64	**3**
7	Belum terlaksananya tindak lanjut penilaian SKP (Reward &Consequences)				4					4		16				64	**3**
8	Belum optimalnya pencatatan pengaduan /complain				4				3			12				48	4
9	Belum optimalnya proses tindak lanjut pengaduan/komplain				4				3			12				48	4
10	Belum optimalnya implementasi budaya kerja “6S” dan nilai /keyakinan dasar RSST			3					3			9			27		**5**
11	Kurangnya SDM dalam proses pengembangan kematangan IT				4					4		16				64	**3**
12	Kurangnya SDM terampil dalam pengelolaan OEE				4					4		16				64	**3**
13	Buruknya system pengelolaan kehandalan sarana dan prasarana				4					4		16				64	**3**
14	Kurang optimalnya system informasi yang terintegrasi				4					4		16				64	**3**
15	Belum optimalnya data base sarana dan prasarana				4					4		16				64	**3**
16	Kurangnya dukungan financial dalam pemenuhan sarana dan prasarana				4					4		16				64	**3**

Perspektif Proses bisnis Internal																	
1	Inkonsistensinya implementasi terhadap standar akreditasi pelayanan KARS dan RS pendidikan				4					4		16				64	**3**
2	Kurang optimalnya kepatuhan terhadap regulasi				4				3			12				48	4
3	Inkonsistensinya implementasi WTP				4				3			12				48	4
4	Buruknya dukungan IT				4					4		16				64	**3**
5	Lemahnya Leadership				4					4		16				64	**3**
6	Lemahnya koordinasi antar satuan kerja terkait			3					3			9			27		**5**
7	Tidak terbangunnya budaya kendali biaya dan kendali mutu				4					4		16				64	**3**
8	Tidak tersedianya perhitungan unitcost di setiap unit kerja				4				3			12				48	4
9	Timbulnya persaingan yang kurang sehat			3					3			9			27		5
10	Tidak terbangunnya komunikasi			3					3			9			27		5
11	Ketidaksiapan fasilitas layanan			3						4		12				48	4
12	Buruknya system pelayanan				4					4		16				64	3
13	Buruknya system bimbingan klinis			3					3			9			27		5
14	Keterbatasan sumber daya				4					4		16				64	3
15	Inkonsistensi pengembangan layanan baru			3						4		12				48	4
16	Tidak terjalinnya kemitraan PPK 1 dan 2			3					3			9			27		**5**
17	Kurangnya promosi dan sosialisasi			3					3			9			27		5
18	Tidak terbangunnya sistem rujukan			3						4		12				48	4
Perspektif Kepuasan Stakeholder																	
1	Buruknya penanganan komplain				4				3			12				48	4
2	Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan					5					5	25				100	**1**
Perspektif Finansial																	
1	Inefisiensi biaya /Sumber daya				4					4		16				64	**3**
2	Buruknya tata kelola keuangan				4					4		16				64	**3**
3	Koordinasi penyusunan tarif pelayanan yang tidak optimal				4						5	20				80	2

5.3. Penilaian Tingkat / Analisis Resiko

Tabel 30 Matrik risiko untuk menentukan tingkat risiko

NO.	PROBABILITAS	DAMPAK RESIKO (CONSEQUENCE)				
		TIDAK SIGNIFIKAN	MINOR	MODERAT	MAYOR	KATASTROPIK
		1	2	3	4	5
I	Hampir pasti akan terjadi	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
II	Sangat mungkin terjadi	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
III	Mungkin terjadi	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
IV	Jarang terjadi	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
V	Hampir tidak mungkin terjadi	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Dan dalam menentukan level kemungkinan terjadinya suatu risiko yang berpotensi menghambat dicapainya sasaran strategis rumah sakit, tingkat probabilitas(likelihood) menggunakan ukuran level sebagai berikut :

a. Hampir tidak mungkin terjadi.
b. Jarang
c. Mungkin terjadi.
d. Sangat mungkin
e. Hampir pasti akan terjadi

Tabel 31

PROBABILITY / LIKELIHOOD

Level	DESKRIPSI
1 Very low	0–5% – extremely unlikely or virtually impossible HAMPIR TIDAK MUNGKIN TERJADI
2 Low	6–20% – low but not impossible JARANG TAPI BUKAN TIDAK MUNGKIN TERJADI
3 Medium	21–50% – fairly likely to occur MUNGKIN TERJADI / BISA TERJADI
4 High	51–80% – more likely to occur than not SANGAT MUNGKIN
5 Very high	81–100% – almost certainly will occur HAMPIR PASTI AKAN TERJADI

Bila disajikan dalam matrik risiko, maka keseluruhan risiko yang teridentifikasi dalam tabel di atas diperlihatkan dalam tabel berikut.

Tabel 32 Posisi Berbagai Risiko Dalam Matrik

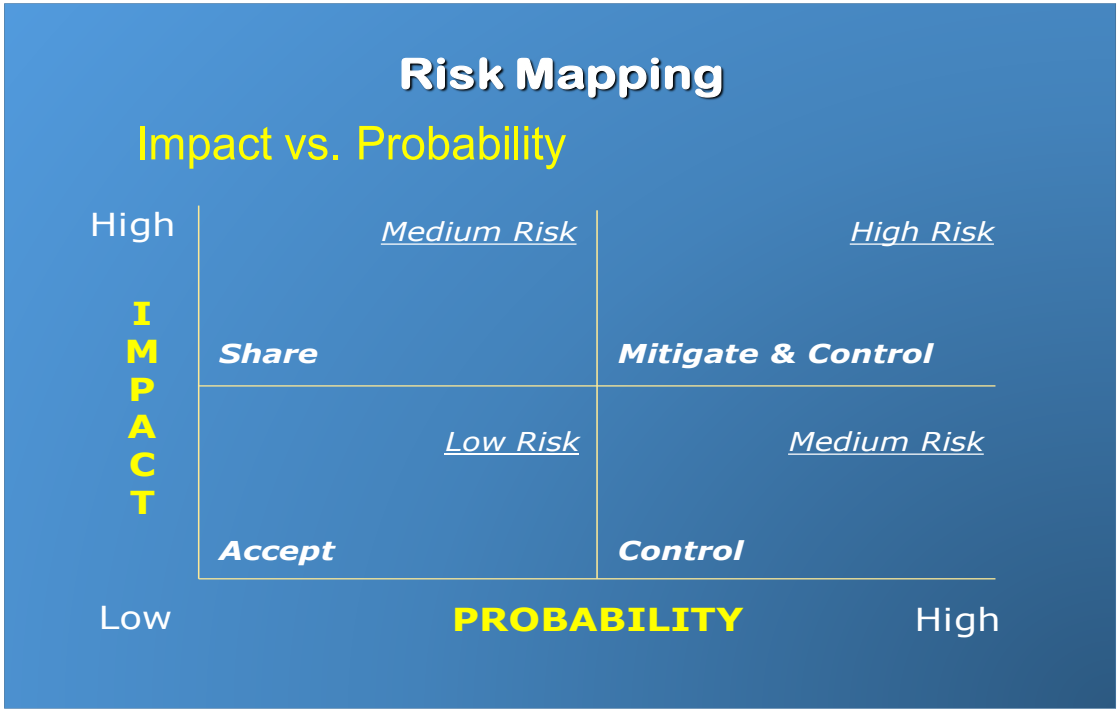
PROBABILITAS	DAMPAK RISIKO (*CONSEQUENCES*)				
	TIDAK SIGNIFIKAN	MINOR	MODERAT	MAYOR	KATASTROPIK
	1	2	3	4	5
I. Hampir pasti terjadi				Ba1, Bd1, Bd2, Bd3,	Bc1, Ca1,
II Sangat mungkin terjadi			Bd4, Cc2	Ba3, Bc1, Bc2, Bd5, Ca6, Ca7, Cc1, Cd1, Cd2, Ce1, Cf1, Cf2,	
III Mungkin terjadi			Aa2, Ac1,Ac3, Ac4, Bb1, Cb1, Cb2, Cc3, Cd3, Ce2,	Aa1, Ab2, Ac2, Ba2,Bb2, Bc2, Bc3, Bc4, Ca2, Ca3, Ca4, Da Db	
IV Jarang terjadi				Ab1, Bc5,Ca5,	
V Hampir tidak mungkin terjadi					

5.4 Rencana Mitigasi Resiko

Pada bagian ini, rencana mitigasi risiko didefinisikan berdasarkan tahap sebelumnya. Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan rumah sakit untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam suatu rumah sakit.

Dalam mengidentifikasi level risiko yang telah disusun dalam register risiko tersebut, manajemen RSST telah memetakan bagaimana strategi pengelolaan terhadap risiko yang mungkin timbul tersebut, hal itu tergambar pada diagram dibawah ini :

Tabel 33 Diagram Risk Mapping



Tabel berikut di bawah ini menyajikan sasaran strategis, risiko, dan rencana mitigasinya, khususnya untuk menangani resiko yang berstatus atau ekstrim tinggi terhadap pencapaian visi dan sasaran strategis.. Sebagaimana yang seharusnya terdapat dalam suatu penyusunan RSB.

Tabel 34. Rencana Mitigasi Risiko

No	Perspektif / Sasaran	Risiko	Dampak Resiko	Tingkat resiko	Warna	Rencana Mitigasi Resiko	Penanggungjawab
Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran							
1	Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik	Lemahnya perencanaan akan kebutuhan komposisi karyawan	Mayor	Extrim		Melaksanakan evaluasi terhadap perencanaan	Direktorat USDMP
		Lemahnya teknik dan proses rekruitmen karyawan	Mayor	Extrim		Rekrutmen SDM yang kompeten dengan transparan	Direktorat USDMP
		Lemahnya regulasi standarisasi dan sertifikasi kompetensi	Mayor	Extrim		Peninjauan dan usulan perbaikan terhadap regulasi yang ada	Direktorat USDMP
		Belum optimalnya pengembangan dan pemberdayaan karyawan	Mayor	Extrim		Mengoptimalkan program pengembangan dan pemberdayaan	Direktorat USDMP
		Buruknya proses penilaian kompetensi SDM	Mayor	Extrim		Menyusun standar penilaian	Direktorat USDMP
2	Terbentuknya budaya kinerja	Belum tersedianya IT pendukung penilaian SKP	Mayor	Extrim		Membangun IT yang terintegrasi	Direktorat Keuangan
		Belum terlaksananya proses penilaian SKP	Mayor	Extrim		Melaksanakan proses penilaian SKP	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Belum terlaksananya tindak lanjut penilaian SKP (*reward & consequences*)	Mayor	Extrim		Melaksanakan penilaian SKP	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
3	Terealisasinya Sistem Informasi Manajemen Regulasi dan Promosi Kesehatan yang terintegrasi	Kurangnya SDM dalam proses pengembangan kematangan IT	Mayor	Extrim		Pelatihan kemampuan karyawan mengenai IT	Direktorat USDMP dan Direktorat Keuangan

4	Terealisasinya sarana dan prasarana siap / laik pakai	Lemahnya perencanaan pengadaan sarana dan prasarana	Mayor	Extrim		Evaluasi terhadap perencanaan dan melakukan kajian terhadap rencana pengadaan saranan dan prasarana	Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Kurangnya SDM terampil dalam pengelolaan OEE	Mayor	Extrim		Pengiriman pelatihan kemampuan OEE	Direktorat USDMP dan Direktorat Keuangan
		Buruknya sistem pengelolaan kehandalan sarana prasarana	Mayor	Extrim		Perencanaan sarana prasarana sesuai program pengembangan, Perencanaan berdasarkan hasil dari kajian usulan	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Kurang optimalnya sistem informasi yang terintegrasi	Mayor	Extrim		Mengintagrasikan sistem informasi	Direktorat Keuangan
		Belum optimalnya data base sarana prasarana	Mayor	Extrim		Perencanaan berdasarkan hasil dari kajian usulan	Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Kurangnya dukungan financial dalam pemenuhan sarana prasarana	Mayor	Extrim		Terpenuhinya anggaran untuk sarana dan prasarana	Direktorat Keuangan
Proses Bisnis Internal							
5	Terwujudnya tata kelola RS yang transparan, akuntabel dan auditabel	Inkonsistennya implementasi terhadap standar Pelayanan RS Pendidikan	Mayor	Extrim		Menerapkan standar Akreditasi di seluruh kegiatan	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Kurang optimalnya kepatuhan terhadap regulasi	Mayor	Extrim		Sosialisasi dan Edukasi terhadap regulasi	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Inkonsistennya implementasi WTP	Mayor	Extrim		Peningkatan komitmen karyawan sesuai tupoksi	Direktorat USDMP,
		Buruknya dukungan Sistem Informasi Rumahsakit	Mayor	Extrim		Membangun IT yang terintegrasi	Direktorat Keuangan
		Lemahnya leadership	Mayor	Extrim		Penguatan kepemimpinan	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan

6	Terwujudnya efektifitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit	Tidak terbangunnya budaya kendali biaya dan kendali mutu	Mayor	Extrim		Membudayakan efisiensi sumber daya	Direktorat Keuangan
		Tidak tersedianya perhitungan unit cost di setiap unit kerja	Mayor	Extrim		Sosialisasi unit cost	Direktorat Keuangan
7	TerwujTudnya sistem rujukan	Tidak terbangunnya sistem rujukan	Mayor	Extrim		Membangun sistem rujukan	Direktorat Medik & Keperawatan
8	Terwujudnya kemitraan RS Kelas A	Timbulnya persaingan yang kurang sehat	Mayor	Extrim		Mengadakan kerjasama	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Tidak terbangunnya komunikasi	Mayor	Extrim		Membangun komunikasi	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
9	Terwujudnya layanan Geriyatri Paripurna	Lemahnya koordinasi pelayanan Geriatri terpadu	Medium	Tinggi		Meningkatkan koordinasi pelayanan Geriatri secara komprehensif	Direktorat Medik & Keperawatan
		Tidak terdapat sarana dan prasarana penunjang layanan geriatri	Medium	Tinggi		Melengkapi sarana dan prasarana penunjang layanan Geriatri sesuai kebutuhan	Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
10	Terbentuknya keterpaduan program pelayanan pendidikan penelitian yang mengedepankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien berbasis IT	lemahnya koordinasi antar program pelayanan	Medium	Tinggi		Meningkatkan koordinasi antar program pelayanan	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan,
		lemahnya kemampuan IT pada pelayanan pendidikan dan penelitian	Medium	Tinggi		Meningkatkan dan melengkapi program IT sesuai kebutuhan pendidikan dan penelitian	Direktorat Keuangan

11	Terwujudnya Rumah sakit Kelas A	Ketidaksiapan fasilitas layanan	Mayor	Extrim		Merencanakan dan melaksanakan pemenuhan fasilitas layanan sesuai kebutuhan	Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Lemahnya system pelayanan	Mayor	Extrim		Penguatan sistem pelayanan sesuai standar RS Kelas A	Direktorat Medik & Keperawatan
		Lemahnya system bimbingan klinis	Mayor	Extrim		Mengoptimalkan peran Dodiknis	Direktorat USDMP
		Keterbatasan sumber daya	Mayor	Extrim		Pemenuhan sumber daya sesuai kebutuhan	Direktorat USDMP
		Inkonsistensi pengembangan layanan baru	Medium	Tinggi		Menyusun dan melaksanakan program	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
12	Terwujudnya pelayanan ,pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Tidak disusunnya clinical pathway ,standar mutu pelayanan dan kompetensi	Mayor	Extrim		Melengkapi dan menyusun *clinical pathway*, standar mutu pelayanan dan kompetensi	Direktorat Medik & Keperawatan
		Belum konsisten melaksanakan pelayanan,pendidikan dan penelitian sesuai standar mutu pelayanan dan *clinical pathway*	Mayor	Extrim		Mewujudkan kesepahaman untuk melaksanakan pelayanan secara konsisten	Direktorat Medik & Keperawatan
		Tidak dilakukannya penilaian pelayanan ,pendidikan dan penelitian secara berkala sesuai dengan standar pelayanan, mutu dan keselamatan pasien	Mayor	Extrim		Melakukan penilaian pelayanan, pendidikan dan penelitian secara berkala	Direktorat USDMP
		Kurangnya SDM bersertifikat *Good Clinical Practice (GCP)* dan terlatih metodologi *Evidence Base Medicine (EBM)*	Medium	Tinggi		Memenuhi SDM yang bersertifikat GCP dan terlatih EBM	Direktorat USDMP

Stakeholders							
13	Terwujudnya kepuasan stakeholder (pasien, peserta didik, pemilik RSST, pegawai)	Buruknya penanganan komplain	Mayor	Extrim		Mengoptimalkan penanganan komplain	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Tidak adanya evaluasi kepuasan	Mayor	Extrim		Melaksanakan evaluasi kepuasan	Direktorat Keuangan
		Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan	Medium	Tinggi		Penyempurnaan tim penyelesaian komplain	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
Finansial							
14	Meningkatnya pendapatan, membaiknya dan efisiensi biaya	Inefisiensi biaya / sumber daya	Mayor	Extrim		Efisiensi biaya / sumber daya	Direktorat USDMP, Direktorat Medik & Keperawatan, Direktorat Keuangan
		Buruknya tata kelola keuangan	Mayor	Extrim		Membangun tata kelola keuangan yang baik	Direktorat Keuangan



BAB VI
PROYEKSI FINANSIAL

Aspek keuangan merupakan aspek penting dalam mendukung program-program yang telah ditetapkan oleh RSST. Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara telah memberikan koridor baru kepada jajaran Kesehatan untuk menerapkan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel dengan menonjolkan produktivitas, efisiensi, dan efektivitas dengan sebutan umum sebagai satuan kerja Badan Layanan Umum (BLU). Dengan pola PK BLU, fleksibilitas diberikan dalam rangka pelaksanaan anggaran, termasuk pengelolaan pendapatan dan belanja, pengelolaan kas, dan pengelolaan aset, dalam praktek bisnis yang sehat. Kepada BLU juga diberikan kesempatan untuk mempekerjakan tenaga profesional non PNS sesuai dengan Renstra Bisnis, Pola tata kelola, dan Standar Minimal serta kesempatan pemberian imbalan jasa kepada pegawai sesuai kontribusinya.

BLU bidang kesehatan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan meningkatkan akses masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 tentang BUMN dan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, maka pada tanggal 21 Juli 2007 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro beralih status menjadi Instansi Pemerintah di bawah Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Sebagai rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) maka pengelolaannya menekankan pada prinsip memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola pengelolaan keuangan ini memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya. Untuk itu RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (RSST) membutuhkan pengelolaan keuangan dengan perencanaan yang matang, pelaporan yang benar berdasarkan SAK dan SAP. Berbagai upaya harus dilakukan untuk meraih opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dalam pengelolaan keuangan rumah sakit. Adapun langkah-langkah untuk mendapatkan opini WTP adalah penguatan perencanaan dan penganggaran; penertiban pengelolaan kas, pencatatan/pelaporan mengacu pada standar akuntansi yang berlaku; peningkatan kualitas proses pengadaan barang/jasa; peningkatan pengawasan penggunaan Bagan Akun Standar (BAS); penataan rekening; dan peningkatan pelaksanaan dan pengawasan stok opname dan Sistem Informasi Akuntansi Manajemen dan Keuangan Barang Milik Negara (SIMAK BMN). Laporan Kinerja sebagai Rumah Sakit BLU sesuai dengan *Balanced Scorecard* (BSC) dengan menentukan Perspektif Peta Strategi, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja Utama, dan melaksanakan penilaian kinerja keuangan BLU.

Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) membawa perubahan baru bagi RSST. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia. Sistem ini bertujuan agar setiap warga negara Indonesia dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Sistem Jaminan Sosial diselenggarakan sebagai perwujuduan Deklarasi PBB tentang Hak Asasi Manusia tahun 1948 dan konvensi *International Labour Organization* (ILO) no 102 tahun 1952. Sistem Jaminan Nasional Indonesia dibentuk berdasarkan Undang-undang no 40 tahun 2004. Sistem Jaminan Sosial Indonesia, terdiri dari Sistem Jaminan Kesehatan, Sistem Jaminan Ketenagakerjaan dan Sistem Jaminan Hari Tua. Pada era JKN, Sistem Jaminan Kesehatan diselenggarakan oleh BPJS, sesuai dengan Undang-Undang no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional diatur bahwa setiap warga negara mempunyai akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan. Peserta JKN adalah seluruh warga negara Republik Indonesia. Masyarakat miskin ditanggung iuran kepesertaannya oleh Pemerintah. Bagi masyarakat yang bekerja, kepesertaannya diwajibkan dan ditanggung oleh pemberi kerja, sedangkan bagi masyarakat lainnya, iuran kepesertaan ditanggung oleh pribadi

6.1. Estimasi Pendapatan RSST

Pendapatan RSST berasal dari pendapatan usaha dan pendapatan non usaha. Pendapatan usaha terdiri dari Pendapatan Usaha Rawat Jalan, Pendapatan Usaha Rawat Inap, dan Pendapatan Penunjang.

Tabel 35. Estimasi Pendapatan RSST

Pelayanan	2015	2016	2017	2018	2019
Penduduk pada CORE AREA					
Klaten	1,324,354	1,327,749	1,331,144	1,334,539	1,337,934
Penduduk pada COVERAGE AREA					
Yogyakarta	717,110	722,448	727,786	733,123	738,461
Boyolali	465,744	466,989	468,234	469,478	470,723
Sukoharjo	416,316	417,967	419,617	421,267	422,917
Penduduk pada NON COVERAGE AREA					
Magelang	104,802	106,707	108,612	110,517	112,422
Wonogiri	81,050	82,276	83,501	84,727	85,952
Jumlah	**3,109,378**	**3,124,136**	**3,138,894**	**3,153,652**	**3,168,409**
Market share Rawat Jalan					
Core Area	184,649	185,122	185,595	186,069	186,542
Coverage Area	480	482	485	487	490
Non Coverage Area		177	178	178	179
Jumlah	185,128	185,781	186,258	186,734	187,210
IGD	26,697	26,773	26,848	26,924	26,999

Pelayanan	2015	2016	2017	2018	2019
Rawat Inap	28,939	29,041	29,115	29,190	29,264
AvLOS	4.31	4.31	4.31	4.31	4.31
Hari Perawatan	124,671	125,110	125,431	125,752	126,073
BOR	77.94%	77.94%	77.94%	77.94%	77.94%
Jumlah TT	438	440	441	442	443
Operasi	3,708	3,719	3,729	3,740	3,750
Umum	5,218	5,232	5,247	5,262	5,277
Obsgyn	1,364	1,368	1,372	1,376	1,380
Mata	196	197	197	198	199
THT	203	203	204	205	205
Gigi dan Mulut	73	73	73	73	73
Paru	5	5	5	5	5
Orthopedi	1,178	1,181	1,185	1,188	1,191
Urologi	292	293	294	295	296
Syaraf	13	13	13	13	13
Digestif	61	61	61	61	61
Khusus	3,737	3,748	3,758	3,769	3,780
Besar	1,523	1,527	1,531	1,536	1,540
Sedang	1,664	1,669	1,674	1,678	1,683
Kecil	1,625	1,630	1,635	1,639	1,644
Canggih	53	53	53	53	

Era JKN ini memberikan peluang sekaligus tantangan bagi RSST. Dalam era JKN, dapat diharapkan tidak akan ada lagi piutang yang tidak tertagih, dan RSST tidak perlu memberikan pelayanan secara gratis kepada masyarakat tidak mampu, sebab semua biaya akan ditanggung oleh BPJS, meskipun demikian, karena sistem BPJS diselenggarakan melalui sistem paket, maka RSST harus dapat menyelenggaraka pelayanan kesehatan yang berkualitas baik dengan efisien. Efisiensi tidak berarti mengurangi kualitas pelayanan melainkan meningkatkan kualitas pelayanan dengan melakukan pengendalian biaya secara rasional. Untuk menghasilkan kualitas layanan yang prima secara efisien, RSST menerapkan budaya pengelolaan keuangan yang akuntabel. Akuntabilitas dicapai melalui penyusunan sistem akuntansi pertanggungjawaban yang berbasis akrual sesuai dengan Pedoman Akuntansi untuk Badan Layanan Umum

Untuk memperkirakan pendapatan yang akan didapat selama lima tahun maka kita harus menyusun estimasi pendapatan yang akan diperoleh dalam lima tahun kedepan. Pendapatan RSST berasal dari pendapatan yang berasal dari rupiah murni dan pendapatan PNBP-BLU.

Estimasi pendapatan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro kurun waktu tahun 2015 sampai dengan 2019, dengan mengacu pada kondisi tahun anggaran 2014 sebagai berikut dalam tabel :

Tabel 37
Estimasi Pendapatan
di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2014 sampai dengan tahun 2019.

No	Sumber Pendapatan	Estimasi Pendapatan (Rp)					
		Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019
1	Dana Pemerintah						
	RM	61.024.193.000	83.554.019.000	114.355.800.600	137.115.831.645	113.795.533.442	167.268.423.213
2	Dana Masyarakat						
	PNBP	90.920.503.000	126.571.900.000	155.780.800.000	170.385.250.000	184.989.700.000	204.462.300.000
	* Penggunaan saldo aw	55.628.348.000					
3	Pemasukan lain-lain						
	PNBP	3.141.677.000	3.428.100.000	4.219.200.000	4.614.750.000	5.010.300.000	5.537.700.000
	TOTAL	210.714.721.000	213.554.019.000	274.355.800.600	312.115.831.645	303.795.533.442	377.268.423.213

6.2. Rencana Kebutuhan Anggaran.

Kebutuhan anggaran selama lima tahun kedepan perlu disusun agar program pengembangan yang akan dilakukan dapat berjalan secara signifikan dengan anggaran yang diperkirakan tersedia dalam lima tahun kedepan. Rencana kebutuhan anggaran dibagi atas anggaran operasional dan anggaran untuk program pengembangan.

a. Anggaran Program kelangsungan Operasi.

Anggaran program kelangsungan operasi diperuntukkan untuk kelangsungan operasional pelayanan maupun pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana pendukung operasional rumah sakit. Estimasi kebutuhan anggaran kurun waktu 2015 sampai dengan 2019 seperti tabel dibawah

Tabel 37
Estimasi Anggaran Operasional di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
tahun 2014 sampai dengan tahun 2019.

No	Nama Kegiatan	Estimasi Anggaran Operasional (Rp)					
		Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019
1	Langganan Daya Jasa	3.600.000.000	3.600.000.000	4.140.000.000	4.761.000.000	5.475.150.000	6.296.422.500
2	Belanja Barang	125.836.556.000	121.074.479.000	128.866.780.900	141.753.458.990	155.928.804.889	171.521.685.377
3	Belanja Pegawai	39.177.163.000	49.024.251.000	58.829.101.200	67.653.466.380	77.801.486.337	89.471.709.288
4	Belanja Pemeliharaan	14.500.969.663	8.278.190.000	9.519.918.500	10.947.906.275	12.590.092.216	14.478.606.049
5	Belanja Modal	27.600.032.337	31.577.099.000	73.000.000.000	87.000.000.000	52.000.000.000	95.500.000.000
	TOTAL	**210.714.721.000**	**213.554.019.000**	**274.355.800.600**	**312.115.831.645**	**303.795.533.442**	**377.268.423.213**

Melihat tabel diatas estimasi anggaran operasional setiap tahun mengalami peningkatan sebesar 10 % yang disebabkan karena:

- Adanya kenaikan tarif listrik, telepon, dan air.
- Kenaikan harga barang-barang kebutuhan Rumah Sakit.
- Kenaikan gaji dan jumlah pegawai.
- Perlunya pemeliharaan terhadap aset yang ada di Rumah Sakit.

Anggaran Program Pengembangan.

- Anggaran program pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program-program strategis yang bersumber dari :
- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU.
- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi resiko.
- Anggaran belanja program pengembangan disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarannya per tahun. Estimasi Anggaran Program Pengembangan dapat dilihat pada tabel dibawah.

Salah satu kegiatan investasi fisik di tahun 2015 adalah rencana pembangunan gedung IRNA D dengan anggaran sebesar Rp. 49.840.351.000 yang akan dibiayai dari dua sumber dana yaitu dari rupiah murni (RM) sebesar 17 M dan dari BLU sebesar Rp. 32.840.351.000

Tabel 38
Estimasi Anggaran Program Pengembangan
di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2014 sampai dengan tahun 2019

No	Nama Program Strategis	Estimasi Anggaran Program Pengembangan (Rp)					
		Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019
A.	**Pencapaian IKU**						
a.	Penyelenggaraan pelayanan baru kelas A, klinis baru dan penyediaan dokter tamu	-	34,553,459,000	38,008,804,900	41,809,685,390	45,990,653,929	50,589,719,322
b.	Pembinaan rujukan kepada satuan kerja diluar rumah sakit	-	11,640,000	12,804,000	14,084,400	15,492,840	17,042,124
c.	Pelaksanaan, monitoring dan evaluasi rujukan	-	12,000,000	13,200,000	14,520,000	15,972,000	17,569,200
	JUMLAH	-	**34,577,099,000**	**38,034,808,900**	**41,838,289,790**	**46,022,118,769**	**50,624,330,646**
B.	**Mitigasi Resiko**						
a.	Penyelenggaraan layanan baru Kelas A	202,000,000	240,000,000	245,000,000	250,000,000	255,000,000	260,000,000
b.	Mewujudkan RS ramah lansia dengan layanan unggulan secara komprehensif	65,000,000	65,000,000	65,000,000	65,000,000	65,000,000	65,000,000
c.	Mewujudkan pengendalian sistem rujukan vertikal, horisontal dan rujuk balik	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000
	JUMLAH	**292,000,000**	**330,000,000**	**335,000,000**	**340,000,000**	**345,000,000**	**350,000,000**
	TOTAL	**292,000,000**	**34,907,099,000**	**38,369,808,900**	**42,178,289,790**	**46,367,118,769**	**50,974,330,646**

Terima kasih

