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

Nomor : PR.05.04/D.XXVI/995/2024 29 Januari 2024
Sifat : BIASA
Lampiran : 1 (satu) bendel
Hal : Penyampaian LAKIP Tahun 2023

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

Bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2023. Selanjutnya mohon perkenannya untuk dapat diproses sesuai ketentuan.

Kami informasikan bahwa RS Soeradji Tirtonegoro adalah satuan kerja dengan Predikat WBK tingkat Nasional. Sesuai dengan kebijakan kami, tidak diperkenankan untuk memberikan oleh-oleh hadiah pemberian dalam bentuk apapun kepada karyawan RS Soeradji Tirtonegoro. Apabila ada penyimpanan/ pelanggaran oleh pegawai kami saat memberikan pelayanan, Anda dapat menyampaikan pengaduan/ melaporkan ke Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG) RS Soeradji Tirtonegoro di nomor 0816937000 dengan dilengkapi bukti otentik (identitas pelapor dijamin kerahasiaannya).

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan diucapkan terima kasih.

Plt. Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten,

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS

Kemenkes
RS Soeradji Tirtonegoro

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) 2023



RS Soeradji Tirtonegoro

Jl. dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten Jawa Tengah
Telp (0272) 321020 (4 Saluran Hunting System) Fax. (0272) 321104

RS SOERADJI TIRTONEGORO

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Kemenkes
RS Soeradji Tirtonegoro

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2023

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

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RS SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN ANGGARAN 2023

DISAHKAN DI : KLATEN
PADA TANGGAL : JANUARI 2024

DIREKSI
RS SOERADJI TIRTONEGORO

Plt. Direktur Utama

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP. 196402141990022001

Direktur Medik dan Keperawatan	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
dr. Widodo Wirawan, MPH	Dewi Anggraini, SE, MM	Dina Sintia Pamela, S.Si., Apt., M.Farm
NIP. 9197908132023051001	NIP. 196412161993032001	NIP.19780317200322002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah mencurahkan rahmat dan nikmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2023 RS Soeradji Tirtonegoro sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023. RS Soeradji Tirtonegoro selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan selama tahun 2023. Laporan kinerja ini merupakan laporan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024. Sesuai (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, PerMenpan RB No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro sebagai bentuk pertanggungjawaban dan wujud transparansi terkait pelaksanaan tugas dan fungsi, alat penilaian kinerja serta pemacu peningkatan kinerja organisasi dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang baik.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan dalam penyusunan LAKIP ini, untuk itu kami membutuhkan saran dan perbaikan guna penyempurnaan dimasa yang akan datang sehingga bisa mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RS Soeradji Tirtonegoro. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak

langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Plt. Direktur Utama

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP. 196402141990022001

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
TAHUN ANGGARAN 2023

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk tahun anggaran 2023 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal–hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Klaten, 29 Januari 2024
Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

drg. Retno Dyah Parwitasari, MMR
NIP. 196704161994022001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI iii

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR GRAFIK vii

RINGKASAN EKSEKUTIF viii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Maksud dan Tujuan 1

C. Tugas dan Fungsi 2

D. Struktur Organisasi 3

E. Arah Strategis Organisasi 4

F. Maksud dan Tujuan 8

G. Permasalahan Utama *(Strategic Issued)* 9

H. Sistematika Penulisan 10

BAB II PERENCANAAN KINERJA 12

A. Perencanaan Kinerja 12

B. Perjanjian Kinerja 23

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA 27

A. Capaian Kinerja Organisasi 27

A.1. Perbandingan Target 2023 dengan Realisasi Tahun 2023 28

A.2. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2023 Dengan tahun 2020, 2021 dan 2022 32

A.3. Analisa Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja dan Alternatif Solusi yang telah Dilakukan 36

Sasaran 1: Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar 36

Sasaran 2: Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan 38

Sasaran 3: Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan zona integritas 40

Sasaran 4: Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup..... 41

Sasaran 5: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi 44

Sasaran 6: Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan 45

Sasaran 7: Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS..... 50

Sasaran 8: Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya..... 60

Sasaran 9: Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi 62

Sasaran 10: Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik 63

Sasaran 11: Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal 64

Sasaran 12: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan 70

Sasaran 13: Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium 72

Sasaran 14: Indikator RPJMN 73

Sasaran 15: Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan 74

A.4. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya..... 77

A.5. Analisa Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Indikator Kinerja 81

BAB IV PENUTUP..... 84

A. Kesimpulan..... 84

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut 88

LAMPIRAN 89

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2023..... 89

2. Capaian Indikator RSB Tahun 2023 92

3. SK Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) 103

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian 3
Tabel 2. 1 Matrik Indikator Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024 16
Tabel 2. 2 Indikator kinerja (KPI) berdasarkan RSB 2020 – 2024 19
Tabel 2. 3 Revisi Matrik Indikator Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023 (disesuaikan dengan Indikator Kinerja UPT Vertikal Kemenkes Tahun 2023) 20
Tabel 2. 4 Perjanjian Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023 23
Tabel 3. 1 Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2023 28
Tabel 3. 2 Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2023 dengan Target Tahun 2020, 2021 dan 2022 32
Tabel 3. 3 Rekapitulasi Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional Tahun 2023 54
Tabel 3. 4 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan (per 31 Des 2023) 78
Tabel 3. 5 Efisiensi pengadaan barang dan jasa 80
Tabel 3. 6 Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja 82
Tabel 3. 7 Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU 83
Tabel 4. 1 Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB 84

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan 4
Grafik 3. 1 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi SDM 36
Grafik 3. 2 Capaian Pengukuran Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE) 38
Grafik 3. 3 Capaian Pengukuran Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI 40
Grafik 3. 4 Angka kematian Ibu di Rumah Sakit 42
Grafik 3. 5 Angka kematian Bayi di Rumah Sakit..... 43
Grafik 3. 6 Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data.. 45
Grafik 3. 7 Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien 46
Grafik 3. 8 Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker 47
Grafik 3. 9 Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas 49
Grafik 3. 10 Tingkat kepuasan peserta didik 51
Grafik 3. 11 Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th..... 52
Grafik 3. 12 Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional 53
Grafik 3. 13 Tingkat Implementasi konsep AHS UGM..... 59
Grafik 3. 14 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) 61
Grafik 3. 15Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal 62
Grafik 3. 16 Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit... 63
Grafik 3. 17 Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal 65
Grafik 3. 18 Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan 70
Grafik 3. 19 Indikator RPJMN 73
Grafik 3. 20 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan 75
Grafik 3. 21 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan 78

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan laporan yang berisi informasi mengenai rencana dan capaian kinerja yang telah dicapai selama satu tahun. Rencana kinerja dan capaian kinerja tahun 2023 mengacu pada perencanaan kinerja dalam Rencana Strategis Bisnis RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024.

Berdasarkan pada 15 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 34 indikator kinerja, 28 indikator sudah berhasil dicapai, dan 6 indikator belum tercapai. Hal ini dapat disampaikan ringkasannya sebagai berikut:

1. Dari sasaran Terealisasinya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar; 1 indikator mencapai target.
2. Dari sasaran Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan; 1 indikator mencapai target.
3. Dari Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas; 1 indikator mencapai target.
4. Dari sasaran Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup; 1 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.
5. Dari sasaran Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi, 1 indikator mencapai target.
6. Dari sasaran Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain; 4 indikator mencapai target.
7. Dari sasaran Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS, 4 indikator mencapai target.
8. Dari sasaran Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya; 1 indikator mencapai target.
9. Dari sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi; 1 indikator mencapai target.

10. Dari sasaran Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik; 1 indikator mencapai target.
11. Dari sasaran Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal; 3 indikator mencapai target, 4 indikator belum mencapai target.
12. Dari sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan; 3 indikator mencapai target.
13. Dari sasaran Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium; 1 indikator mencapai target.
14. Dari sasaran Indikator RPJMN; 1 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.
15. Dari sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan; 5 indikator mencapai target.

Dari hasil pengukuran 34 indikator kinerja terhadap target, dapat disimpulkan sebagi berikut:

1. Target dengan capaian realisasi diatas 100% sebanyak 20 Indikator.
2. Target dengan capaian realisasi tepat 100% sebanyak 8 indikator.
3. Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 target.

Faktor penghambat capaian target kinerja tahun 2023 adalah:

1. Perlunya peningkatan kompetensi SDM dalam rangka peningkatan program layanan RS dr. Soeradji Tirtonegoro;
2. Sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan sub spesialis belum lengkap;
3. SIM RS yang terintegrasi masih dalam tahap pengembangan;
4. Perlunya peningkatan kerjasama yang sinergis antara Tim Kerja Pelayanan dengan Tim Kerja Hukum dan Pemasaran untuk meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun di luar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.

5. Perlunya peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan singkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial.

Kinerja tahun 2023 didukung dengan realisasi anggaran sebesar Rp.430.750.241.096,- atau terserap sebesar 96.39% dari total pagu anggaran tahun 2023 sebesar Rp. 446.884.839.000,- dan menggunakan sumber daya manusia sebesar 1141 pegawai

Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun 2023, RS dr. Soeradji akan melakukan rencana tindak lanjut sebagai berikut :

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Melengkapi sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan subspesialis.
3. Membangun kerjasama yang sinergis antara Tim kerja Pelayanan dengan Tim Kerja Hukum dan Pemasaran serta meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.
4. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial.
5. Direktur Medik dan Keperawatan mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
6. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
7. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja dilingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu tahun. Sebagai bentuk pertanggung jawaban atas perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu tahun 2023, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RS Soeradji Tirtonegoro tahun 2023. RS Soeradji Tirtonegoro merupakan salah satu unit pelaksana teknis dibidang pelayanan kesehatan dilingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah ini mengacu pada PerMenpan RI Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RS Soeradji Tirtonegoro tahun 2023 disusun dengan maksud dan tujuan:

1. Memberikan informasi mengenai pengukuran dan evaluasi keberhasilan dan atau kegagalan dalam pelaksanaan kinerja yang telah dan seharusnya dicapai kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan;
2. Sebagai tolak ukur atas pencapaian kinerja yang telah dicapai untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan *(sustainable and continuous improvement).*

C. Tugas dan Fungsi

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

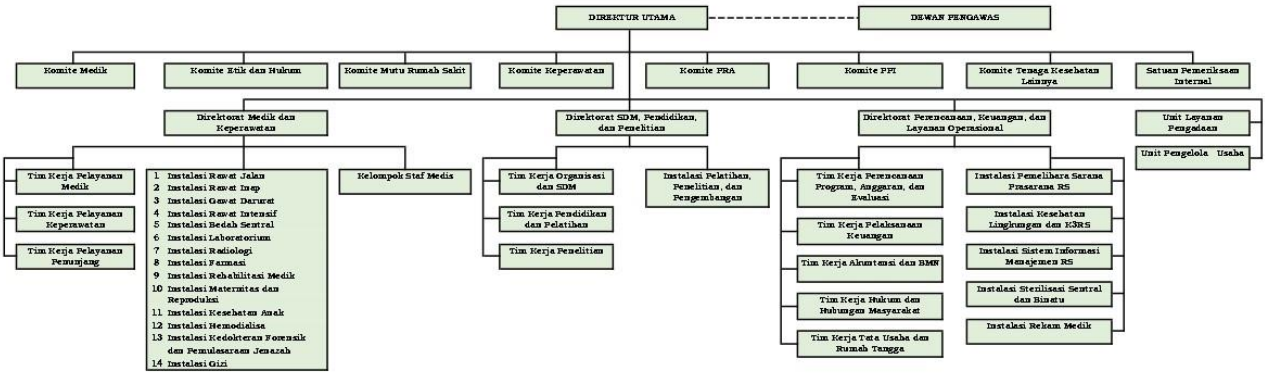
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26/2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi & Tata Kerja RS Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugasnya, RS Soeradji Tirtonegoro mempunyai fungsi sebagai berikut:

a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
h. pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
i. pengelolaan sumber daya manusia;
j. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
k. pelaksanaan kerja sama;
l. pengelolaan sistem informasi;
m. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
n. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

D. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi RS Soeradji Tirtonegoro berdasarkan PerMenKes RI No.26/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS Soeradji Tirtonegoro terdiri atas tiga direktorat, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.1.

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi RS Soeradji Tirtonegoro



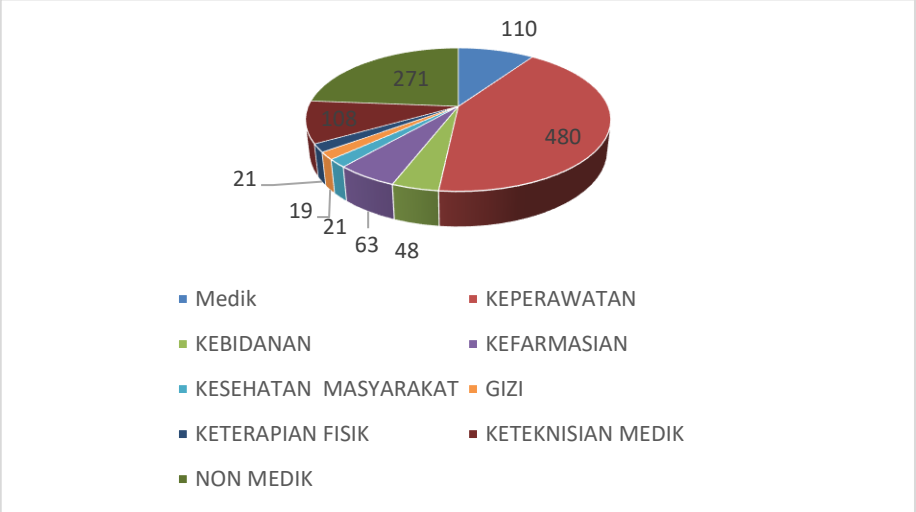
Struktur organisasi tersebut didukung dengan sumber daya manusia (SDM) sebanyak 1.141 orang (per 31 Desember 2023). Komposisi SDM yang dikelompokkan dalam jabatan, golongan dan jenjang pendidikan disajikan dalam Tabel 1.1, Grafik 1.1 berikut:

Tabel 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

NO	STATUS KPEGAWAIAN	PNS	CPNS	PPPK	BLU TETAP	BLU KONTRAK	DOKTER TAMU	JUMLAH
1	Manajerial	116	0	5	11	0	12	144
2	Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang	515	0	130	32	59	-	736
3	Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan	92	0	32	47	3	-	174

	Barang Milik Negara							
4	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum	16	0	4	9	58	-	87
	Jumlah	**739**	**0**	**171**	**99**	**120**	**12**	**1.141**

Grafik 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan



E. Arah Strategis Organisasi

RS Soeradji Tirtonegoro mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. RS Soeradji Tirtonegoro saat ini sudah menjadi RS Kelas A berdasarkan SK Badan Koordinasi Penanaman Modal No.5/1/10/KES/PMDN/2018 yang diberi waktu s/d 5 tahun untuk mempersiapkan Sumber Daya yaitu kompetensi dan sarana prasarana yang memadai untuk kategori layanan kelas A. Kondisi ini adalah peluang bagi RS Soeradji Tirtonegoro untuk dapat

memperluas dan meningkatkan layanan kepada masyarakat dari sisi kompleksitas pelayanan, namun sekaligus sebagai tantangan untuk menyiapkan SDM yang memenuhi persyaratan kompetensi dan pemenuhan sarana prasarana yang memadai untuk kategori kelas A. RS Soeradji juga terus melakukan peningkatan fasilitas kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan.

Program pengembangan pelayanan yang disiapkan untuk tahun 2023 adalah pengembangan layanan unggulan dan layanan sub spesialis berdasarkan PerMenKes 30 Tahun 2019 revisi dari PerMenKes 56 Tahun 2014, penguatan program promosi layanan RS serta pengembangan layanan lainnya. Layanan unggulan Rumah Sakit berupa layanan kanker terpadu dan layanan pediatrik terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RS Soeradji Tirtonegoro yang unggul dalam pelayanan. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah masih terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Pengembangan layanan unggulan lain berupa layanan Pediatri Terpadu didukung ketersediaan SDM yang cukup lengkap dalam pelayanan pediatri terpadu dengan sarana prasarana yang memadai adalah modal utama pengembangan layanan pediatrik terpadu menjadi layanan unggulan RS. Layanan Pediatri Terpadu secara tidak langsung berkontribusi dalam mewujudkan tujuan Kementerian Kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) serta menjadi salah satu indikator meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan RENSTRA Kementerian Kesehatan dan Arahan dari Menteri Kesehatan bahwa sebagai RS Vertikal harus mampu menjadi RS Vertikal Berkelas Internasional dengan mengembangkan pelayanan health tourism, dimana RS Soeradji Tirtonegoro akan mengembangkan layanan bedah orthopedi menjadi health tourism. Selain menjadi RS Berkelas

Internasional, RS Vertikal juga harus mampu menjadi RS Pengampu Jejaring Nasional yaitu dengan mengembangkan 7 *Excellent Services* yang terdiri dari 2 layanan unggulan sesuai dengan RSB dan 5 layanan prioritas lainnya. RS Vertikal juga harus menjadi RS berbasis penelitian, tentunya sebagai RS Pendidikan RS Soeradji Tirtonegoro mampu melakukan berbagai penelitian dan kerjasama penelitian baik di dalam negeri maupun ke luar negeri.

Roadmap Pengembangan Layanan:

1) Layanan *Center of Excellent*
   a. Layanan Bedah Orthopedi *(Health Tourism)*
   Berdasarkan RENSTRA Kementerian Kesehatan dan Arahan dari Menteri Kesehatan bahwa sebagai RS Vertikal harus mampu menjadi RS Vertikal Berkelas Internasional dengan mengembangkan pelayanan health tourism, dimana RS Soeradji Tirtonegoro akan mengembangkan layanan bedah orthopedi menjadi health tourism.
   b. Layanan Bedah Vaskuler *(Sister Hospital)*
   Selain *health tourism,* RS Soeradji Tirtonegoro juga mengembangkan layanan bedah vaskuler *sister hospital* dengan beberapa RS di Jerman antara lain: Münster University Hospital, Charité University Hospital, Ludwig Maximilian University Hospital, dan Bethanien Hospital.
2) Layanan unggulan RS:
   a. Layanan kanker terpadu
   Layanan unggulan RS berupa layanan Kanker Terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RS Soeradji Tirtonegoro sebagai RS yang unggul dalam pelayanan Kanker. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah dan DIY yang angka prevalensi kasus kanker tertinggi di Indonesia, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah dan DIY masih

terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Pengembangan layanan kanker di RS mendapatkan anggaran IsDB dengan dibangunnya pusat pelayanan kanker terpadu pada tahun 2024.

b. Layanan pediatri terpadu

Ketersediaan SDM yang cukup lengkap dalam pelayanan pediatri terpadu didukung dengan sarana prasarana yang memadai menjadi modal utama pengembangan layanan pediatric terpadu menjadi layanan unggulan RS. Layanan Pediatri Terpadu secara tidak langsung berkontribusi dalam mewujudkan tujuan Kementerian Kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) serta menjadi salah satu indikator meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat. Dimana Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah Kabupaten Klaten masih sangat tinggi sehingga RS Soeradji Tirtonegoro pengembangan layanan pediatri dijadikan sebagai layanan unggulan RS agar lebih optimal dalam menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB).

3) Layanan prioritas Kementerian Kesehatan Selain menjadi RS Berkelas Internasional, RS Vertikal juga harus mampu menjadi RS Pengampu Jejaring Nasional yaitu dengan mengembangkan 7 Layanan Prioritas sebagai berikut:

a. Layanan Kanker (layanan kanker terpadu menjadi program layanan unggulan RSB);
b. Layanan Kesehatan Ibu dan Anak (layanan pediatrik terpadu/anak menjadi program layanan unggulan di RSB) ;
c. Layanan Stroke;
d. Layanan Uronefrologi *(Intermediate uronefro center)*;
e. Layanan Kardiovaskuler / Jantung;
f. Layanan Diabetes Melitus dan Gastroenterohepatologi ;
g. Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE) / TB.

4) Layanan Eksekutif

Sebagai bagian dari Transformasi Kesehatan yang dicanangkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, terkait dengan peningkatan mutu rumah sakit, meningkatnya kepuasan pelanggan, dan pengembangan layanan yang bisa bersaing di level internasional, maka RS Soeradji Tirtonegoro merencanakan pengembangan Layanan Eksekutif, khususnya untuk Pasien Non-JKN. Tahun 2023 sudah dilakukan revitalisasi Layanan Poliklinik Eksekutif dengan memadukan berbagai aspek layanan rawat jalan dalam satu tempat eksklusif yang mengutamakan kenyamanan dan kemudahan akses bagi pasien. Sedangkan di Tahun 2024, direncanakan untuk melakukan pengembangan Layanan Rawat Inap Eksekutif yang sudah ada dengan melakukan revitalisasi Ruang Rawat Inap VIP yang sudah ada untuk lebih memikat pasien.

F. Maksud dan Tujuan

Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis atas pelaksanaan program RS Soeradji Tirtonegoro yang meliputi pengelolaan sumber daya, pengelolaan keuangan, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia. Laporan ini merupakan rangkuman yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang sudah ditetapkan. RS Soeradji Tirtonegoro melakukan evaluasi kinerja atas keberhasilan maupun kegagalan dalam pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka untuk mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan dan disusun secara periodik, sehingga apabila terjadi kegagalan akan dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan dan langkah-langkah perbaikan manajemen serta dapat dilakukan analisis penyebab ataupun penghambatnya. Apabila kinerjanya tercapai dengan baik maka tetap perlu dilakukan analisa dan strategi yang tepat untuk mempertahankannya.

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RS Soeradji Tirtonegoro adalah:

1. Sebagai bentuk pertanggung jawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2023 yang harus dipertanggung jawabkan oleh RS Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan;
2. Sebagai instrument pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan kegiatan dan sebagai bahan untuk menyempurnakan perencanaan dan penyusunan program pada periode yang akan datang;
3. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun;
4. Sebagai alat kendali, alat penilai, dan alat pendorong yang dapat memberikan gambaran secara komprehensif pencapaian kinerja disetiap unit kerja RS. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
5. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau peningkatan kinerja unit kerja RS Soeradji Tirtonegoro;
6. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat diindentifikasi faktor penghambat dan pendukung tercapainya kinerja dan tindakan perbaikan dimasa yang akan datang.

G. Permasalahan Utama *(Strategic Issued)*

Identifikasi beberapa permasalahan utama yang terjadi di RS Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

1. Perubahan kondisi dari Pandemi menjadi *endemic* covid 19 pada tahun 2023;
2. Rencana pembelian/pembangunan melalui Fasilitator/Pinjaman: proyek pembangunan Gedung *Oncology Center* yang didanai melalui

pembiayaan Pinjaman atau Hibah Luar Negeri (PHLN) dari *Islamic Development Bank* (IsDB);

3. Percepatan Transformasi Kesehatan sesuai dengan RENSTRA Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
4. Sistem Informasi RS belum terintegrasi;
5. Sarana dan prasarana belum memadai;
6. Implementasi Rekam Medik elektronik;
7. Pemenuhan kebutuhan SDM belum sesuai harapan (pola ketenagaan) yang disebabkan belum optimalnya pengidentifikasian beban kerja;
8. Komitmen dan budaya kerja sebagian pegawai masih rendah;
9. Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) oleh BPJS Kesehatan.

H. Sistematika Penulisan

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

a. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama *(strategic issued)* yang sedang dihadapi organisasi.
b. Bab II Perencanaan Kinerja, menjelaskan tentang uraian ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2023
c. Bab III Akuntabilitas Kinerja.
   A) Capaian Kinerja Organisasi

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

      1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
      2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;

3. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan;
5. Analisis atas efesiensi penggunaan sumberdaya;
6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian peryataan kinerja;

B) Realisasi Anggaran

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

d. Bab IV Penutup

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

BAB II
PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja

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

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

Perencanaan program/rencana strategis dan pelayanan RS harus sejalan dengan visi, misi, dan rencana strategis Kementerian Kesehatan RI yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”. Pada Rencana Strategis Bisnis periode tahun 2020-2024, telah dirumuskan visi RS Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

““Unggul dalam Pelayanan Publik””.

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

Pelayanan Publik : segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggungjawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah dan di lingkungan BUMN/BUMD, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan

Visi tersebut diwujudkan melalui misi RS Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

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

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

Tata nilai (BerAKHLAK) RS Soeradji Tirtonegoro:

Core value ASN BerAKHLAK adalah nilai dasar ASN yang Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif.

Keyakinan dasar RS Soeradji Tirtonegoro:

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

Upaya mencapai visi RS Soeradji Tirtonegoro ditengah berbagai permasalahan yang ada memerlukan sasaran dan upaya yang jelas. Sasaran strategis mewujudkan tujuan-tujuan RS Soeradji Tirtonegoro

yaitu (berdasarkan RSB 2020-2024 yang sudah disesuaikan dengan Permenkes No.13 Th 2022):

1. Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar;
2. Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan;
3. Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas;
4. Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup;
5. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi;
6. Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain;
7. Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS;
8. Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya;
9. Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi.

   Adapun program- programnya sebagai berikut:

   1. Implementasi Struktur Organisasi Rumah Sakit klas A Pendidikan Satelit tahap IV dan Penguatan manajemen SDM RS tahap IV serta Peningkatan Profesionalisme/Kompetensi SDM Rumah Sakit Melalui Ekskalasi Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM;
   2. Pemeliharaan sarana, prasarana dan alat kesehata, Pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan, Optimalisasi pengawasan kualitas kelayakan sarana prasarana, alat kesehatan dan jaringan;
   3. Optimalisasi pelaksanaan Percepatan Reformasi Birokrasi dalam rangka *Good Governance* tahap IV;
   4. Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap IV dan implementasi kegiatan yang efektif dan efisien, kehandalan

pelaporan keuangan, pengamanan aset dan ketaatan terhadap regulasi;

5. Pengembangan sistem informasi manajemen, regulasi dan promosi kesehatan RS yang terintegrasi tahap IV;
6. Pengembangan dan optimalisasi layanan unggulan serta optimalisasi layanan lainnya;
7. Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan akselerasi dalam konsep AHS UGM tahap IV;
8. Pemantapan Pengelolaan Keuangan berbasis IT;
9. Penguatan sistem rujukan terintegrasi (sisrute) dan Penguatan sistem rujukan berjenjang dari PPK I dan II.

Perencanaan Strategis memiliki tujuan :

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

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

Tabel 2. 1 Matrik Indikator Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target				
					2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
1	**Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik**	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100	100	100	100	100
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100	100	100	100	100
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100	100	100	100	100
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	85	100	100	100	100	100
2	**Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif**	5	Hasil penilaian kinerja karyawan	%		100	100	100	100	100
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	74,19	72	72	72	72	72
3	**Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah**	7	Tingkat kehandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%		80	85	90	95	100
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
4	**Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat**	8	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	0,45	0,43	0,42	0,4	0,38	0,35
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4,89	4,7	4,6	4,5	4,4	4
		10	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	1	2	2	2	2
5	**Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas**	11	Persentase (skor) nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	86,17	≥85	88	90	90	90

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target				
					2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024
6	**Terealisasinya smart and inteligent hospital dengan integrasi sistem manajemen dan informasi kesehatan yang berbasis teknologi informasi dan revolusi industri**	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	72	60	55	45	45	40
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	32,71	30	14	22	18	14
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	-	1	1	2	2	3
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	Level 2	3	3	4	4	5
7	**Terwujudnya Implementasi *green hospital***	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	12	13	14	14	15	15
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	-	10	15	20	30	50
8	**Terwujudnya layanan unggulan dan pengembangan RS kelas A**	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
		19	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%		55	55	56	57	58
		20	Jumlah pengembangan pelayanan subspesialis	layanan		1	1	1	1	1
9	**Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien**	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	100	100	100	100
		22	Emergency Respon Time	menit	8	8	8	8	8	8
		23	Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	Penelitian		26	29	32	35	39
		24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4	4	4	4	4
		25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%		85	90	91	92	95

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target				
					2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF KONSUMEN										
10	**Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik**	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	79	80	80	85	85	85
		27	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	82	82	85	85	85
		28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	80	82	82	85	85	85
PERSPEKTIF FINANSIAL										
11	**Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya**	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	62,18	65	65	65	65	65
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%		80	85	90	95	100

Tabel 2. 2 Indikator kinerja (KPI) berdasarkan RSB 2020 – 2024

(yang sudah disesuaikan dengan Permenkes No.13 TH 2022)

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja	2022		2023	2024
				Target	Capaian	Target	Target
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	100%	100%	100%	100%
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	92.10%	85%	85%
3	Meningkatnya tata kelola RS yang bik dan bersih dengan zona integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	85%	91.39%	85%	85%
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	<2%	0.00%	<2%	<2%
		5	Angka Kematian Bayi di RS	4.5%	8.52%	4.4%	4%
5	Meningkatkan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat 2	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3
6	Mengutakan dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	80%	84.31 %	80%	80%
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor 2	Skor 2	Skor 2	Skor 2
		9	Jumlah Pengembangan layanan kesehatan prioritas	1 Layanan	(periode tahunan)	2 Layanan	2 Layanan
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat Kepuasan peserta didik	85%	90.78%	85%	85%
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan /th	>60%	97.38%	95%	100%
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	32 Penelitian	36 penelitian	35 Penelitian	39 Penelitian
		13	Tingkat implementasi konsep AHS UGM	Skor 2	Skor 2	Skor 2	Skor 2
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	90%	97.46%	88%	90%
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	Periode Tahunan	85%	100%

Tabel 2. 3 Revisi Matrik Indikator Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023 (disesuaikan dengan Indikator Kinerja UPT Vertikal Kemenkes Tahun 2023)

INDIKATOR KINERJA SEMULA				INDIKATOR KINERJA REVISI				
NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2023
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	100%
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%
3	Meningkatnya tata kelola RS yang bik dan bersih dengan zona integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	3	Meningkatnya tata kelola RS yang bik dan bersih dengan zona integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	85%
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus	4	Angka Kematian Ibu di RS	4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui	4	Angka Kematian Ibu di RS	<2%
		5	Angka Kematian Bayi di RS			5	Angka Kematian Bayi di RS	4,4%
5	Meningkatkan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	5	Meningkatkan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat 2
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	80%
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker			8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor 2
		9	Jumlah Pengembangan layanan kesehatan prioritas			9	Jumlah Pengembangan layanan kesehatan prioritas	2 layanan
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat Kepuasan peserta didik	7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat Kepuasan peserta didik	85%
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan /th			11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan /th	95%
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional			12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	35 penelitian
		13	Tingkat implementasi konsep AHS UGM			13	Tingkat implementasi konsep AHS UGM	Skor 2

INDIKATOR KINERJA SEMULA				INDIKATOR KINERJA REVISI				
NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2023
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	88%
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
				10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5
				11	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	17	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥80
				12	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	18	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
						19	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
						20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
						21	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
						22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
						23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%
						24	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 layanan

INDIKATOR KINERJA SEMULA				INDIKATOR KINERJA REVISI				
NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	NO	SASARAN STRATEGIS	NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2023
				13	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
						26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
				14	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem
				15	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	30 menit
						29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
				16	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5
						31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95
						32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97
						33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95
						34	Persentase nilai EBITDA Margin :	Tipe Organisasi 3 10%

B. Perjanjian Kinerja

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

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 4 Perjanjian Kinerja RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2023
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN					
1	**Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar**	**1**	**Prosentase Kompetensi SDM**	**%**	100
2	**Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan**	**2**	**Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)**	**%**	85
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL					
3	**Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas**	**3**	**Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI**	**%**	85

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2023
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,4
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	2
PERSPEKTIF PROSES BISNIS					
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	95
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	35
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2
PERSPEKTIF KEUANGAN					
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	88
INDIKATOR WAJIB					
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL					
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	< 2,5

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2023
11	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	17	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	1
		18	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70
		19	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80
		20	Penundaan waktu Operasi Elektif	%	≤3
		21	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80
		22	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	≥ 80
		23	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	layanan	1
12	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	24	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	≥ 80
		25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	laporan	12
		26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12
13	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	1

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2023
14	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	%	60
		29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	%	100
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92,5
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95
		32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95
		34	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe organisasi 3 10%

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2023 sebesar Rp.370.269.120.000,-. Selama tahun berjalan ada penggunaan saldo sebesar Rp 77.810.354.00,- dan ada pengembalian kelebihan belanja pegawai sehingga jumlah pagu anggaran tahun 2023 sebesar Rp 446.884.839.000,-.

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

Tahun 2023 merupakan tahun keempat dari perencanaan jangka menengah, dan RS Soeradji Tirtonegoro menggunakan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020 – 2024 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja secara terperinci diuraikan untuk tiap-tiap indikator pada masing-masing sasarannya yang telah ditetapkan pada RSB 2020-2024. Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RS Soeradji Tirtonegoro dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RS Soeradji Tirtonegoro tahun 2023 dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Capaian kinerja yang diukur adalah dengan membandingkan realisasi dengan target.

A.1. Perbandingan Target 2023 dengan Realisasi Tahun 2023

Tabel 3. 1 Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2023

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100,00	100%	Tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	93,92	110%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
3	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90,80	107%	Tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,64	170%	Tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,4	11,14	0,00	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	82,74	103%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2,00	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2,00	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	89,44	105%	Tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	95	97,80	103%	Tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	35	40,00	114%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	88	98,12	112%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85	92,77	109%	Tercapai
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL								
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	< 2,5	0,68	172,68%	Tercapai
11	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	17	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	1	0,00	0,00	Tidak Tercapai
		18	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70	100,00	143%	Tercapai
		19	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80	42,49	53%	Tidak Tercapai
		20	Penundaan waktu Operasi Elektif	%	≤3	1,00	166,67%	Tercapai
		21	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	45,09	56%	Tidak Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
		22	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	≥ 80	70,57	88%	Tidak Tercapai
		23	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	layanan	1	6,00	600%	Tercapai
12	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	24	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	≥ 80	82,74	103%	Tercapai
		25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
		26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
13	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	1	1,00	100%	Tercapai
14	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	%	60	67,38	112%	Tercapai
		29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	%	100	96,00	96,00%	Tidak Tercapai
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92,5	100,00	108%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	127,52%	134,23%	Tercapai
		32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	99,64%	102,72%	Tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	95,80%	104,00%	Tercapai
		34	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe organisasi 3 10%	15,72	157%	Tercapai
	Capaian Kinerja						118,58%	

Indikator kinerja utama yang ditetapkan sebanyak 34 indikator yang terdiri dari 14 indikator RS Soeradji Tirtonegoro, 1 indikator wajib dari Ditjen Yankes, dan 19 indikator kinerja kegiatan UPT Vertikal. Dari ke 34 indikator kinerja utama apabila diperbandingakan dengan target tahun 2023 sebanyak 28 (82.35%) indikator tercapai, 6 (17.65%) indikator belum tercapai dengan capaian kinerja sebesar 118.58%.

A.2. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2023 Dengan tahun 2020, 2021 dan 2022

Tabel 3. 2 Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2023 dengan Target Tahun 2020, 2021 dan 2022

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN																	
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100,00	100%	Tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	80	79,37	99%	85	74,37	87%	85	86,67	102%	85	93,92	110%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL																	
3	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan zona integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90,95	107%	87	87,49	101%	85	91,48	108%	85	90,80	107%	Tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	0,43	0	200%	0,42	1,06	0%	<2	0,58	171%	<2	0,64	170%	Tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,7	5,81	76,38%	4,6	8,36	18%	4,5	7,81	26%	4,4	11,14	0,00	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1	100%	1	1	100%	2	2	100%	2	2,00	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS																	
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	80,90	101,13%	80	80,19	100,24%	80	80,93	101,16%	80	82,74	103%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	1,5	1,25	83,33%	1,5	1,50	100,00%	2	2	100,00%	2	2,00	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	1	1,00	100,00%	1	2,00	200,00%	1	1	100,00%	2	2,00	100%	Tercapai
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	92,50	112,80%	82	87,50	106,71%	85	94,83	111,56%	85	89,44	105%	Tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%										95	97,80	103%	Tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	26	26	100,00%	29	33	113,79%	32	40	120,00%	35	40,00	114%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	2,00	200,00%	2	2,00	100,00%	2	2	100,00%	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN																	
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	65	94,57	145,49%	90	123,24	136,93%	90	92,42	102,69%	88	98,12	112%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB																	
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	N/A	N/A	N/A	60	20,91	34,85%	70	49,37	70,53%	85	92,77	109%	Tercapai
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL																	
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	< 2,5	0,68	173%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
11	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	17	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	0,00	0%	Tidak Tercapai
		18	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	70	100,00	143%	Tercapai
		19	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	≥ 80	42,49	53,11%	Tidak Tercapai
		20	Penundaan waktu Operasi Elektif	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	≤3	1,00	167%	Tercapai
		21	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	≥ 80	45,09	56%	Tidak Tercapai
		22	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	≥ 80	70,57	88%	Tidak Tercapai
		23	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	layanan	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	6	600%	Tercapai
12	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	24	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	≥ 80	82,74	103%	Tercapai
		25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	laporan	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12	12	100%	Tercapai
		26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12	12	100%	Tercapai
13	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1,00	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
14	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	60	67,38	112%	Tercapai
		29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	96,00	96,00%	Tidak Tercapai
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	92,5	100,00	108%	Tercapai
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	95	127,52	134,23%	Tercapai
		32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	97	99,64%	102,72%	Tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	95	95,8%	104,00%	Tercapai
		34	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Tipe organisasi 3 10%	15,72	157%	Tercapai
	Capaian Kinerja						117,33%			92,77%			100,93%			118,58%	

Perbandingan persentase rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2020 tercapai sebesar 117.33%, tahun 2021 tercapai sebesar 92.77% tahun 2022 tercapai sebesar 100.93%, dan tahun 2023 tercapai sebesar 118.58%.

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

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

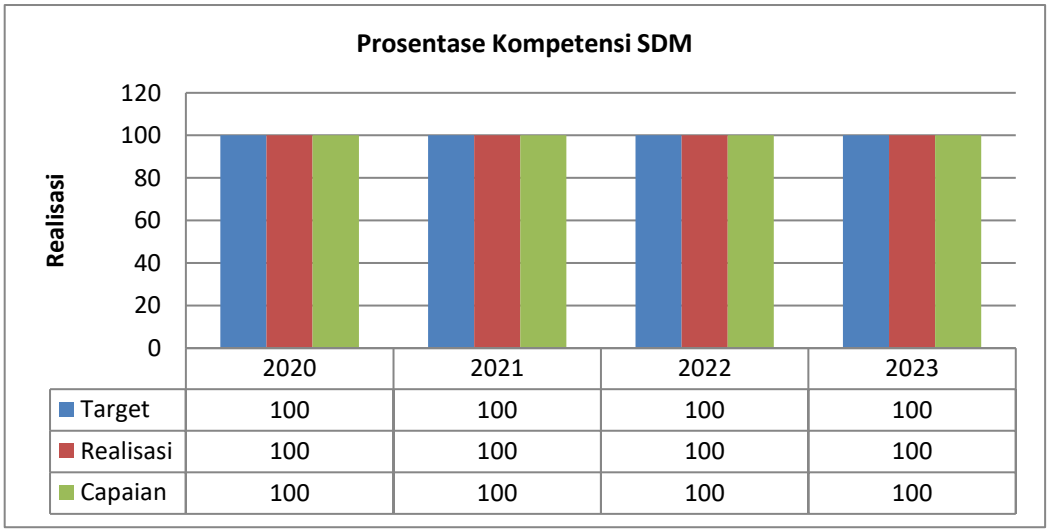
Sasaran 1: Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar

Untuk mencapai sasaran Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar ada 1 indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah terpenuhinya SDM yang berkompeten dan bermutu sesuai standar yang ditetapkan agar dapat mencapai pelayanan yang efektif, efisien serta meningkatkan mutu pelayanan yang berorientasi pada pasien dan keselamatan pasien.

1.a. Prosentase Kompetensi SDM

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, dan 2023, yaitu:

Grafik 3. 1 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi SDM



	2020	2021	2022	2023
Target	100	100	100	100
Realisasi	100	100	100	100
Capaian	100	100	100	100

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan prosentase kompetensi SDM:

> = Jumlah tenaga kesehatan yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Nakes Lain dibagi jumah tenaga kesehatan dikalikan 100%
>
> Kriteria Exclusi: Pegawai baru pindahan yang belum memenuhi persyaratan kredensial, pegawai lama yang karena alasan tertentu beralih ke kelompok umum

Capaian prosentase kompetensi SDM tercapai 100% dari target yang telah ditetapkan. Upaya yang selalu dilakukan adalah koordinasi dengan ketua Komite Medik, Keperawatan dan Nakes lain untuk melakukan monitoring dan evaluasi bagi yang belum mememuhi persyaratan untuk dipenuhi serta yang belum bisa memenuhi dilakukan *down grade* sehingga tidak memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Permasalahan:

- Masih sering terjadi kendala dalam pengurusan STR dan SIP untuk tenaga medik, keperawatan dan Nakes lain;
- Pengembangan pelayanan yang dilakukan RS Soeradji Tirtonegoro menuntut peningkatan kompetensi dan kualifikasi jabatan yang sesuai;
- Perlunya peningkatan professionalisme/ kompetensi SDM RS dalam rangka peningkatan program layanan RS Soeradji Tirtonegoro.

Usulan pemecahan masalah:

- Melakukan koordinasi dengan Tim kerja pelayanan medik dalam proses asasmen kompetensi sebelum kredensial maupun rekredensial serta kelengkapan persyaratan kredensial;
- Membuat ceklis daftar tenaga medis yang selesai masa berlaku surat penugasan klinis selanjutnya untuk dilakukan rekredensial;
- Melakukan monitoring terhadap masa berlaku STR dan SIP dengan melakukan pembaharuan atau perpanjangan STR dan SIP yang akan habis masa berlakunya, dengan melakukan koordinasi dengan dinas

kesehatan dan DPMPTSP (Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu).

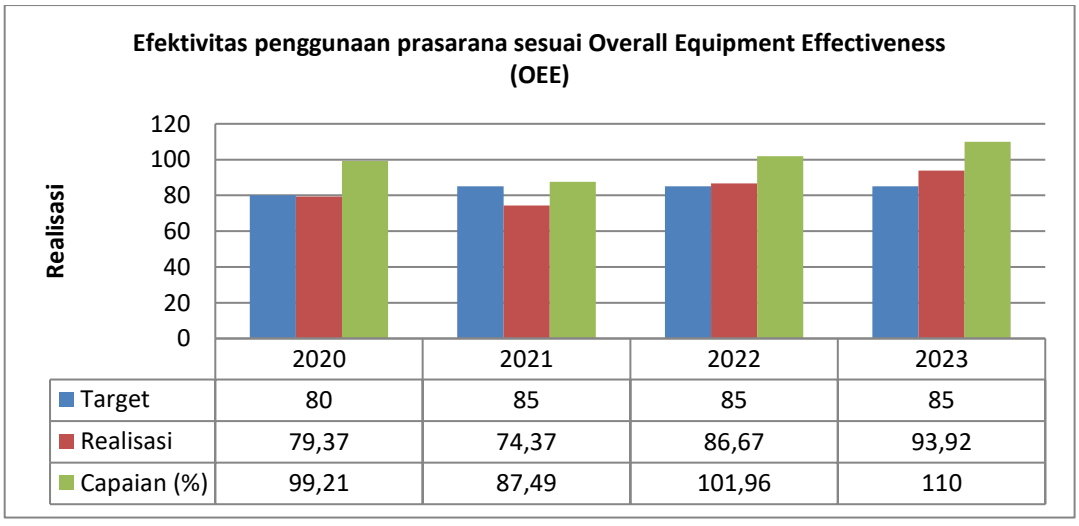
Sasaran 2: Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Untuk mencapai sasaran Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan ada satu indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai kelaikan alat medis maupun non medis dapat bekerja dengan efektif guna mewujudkan safe condition untuk keberhasilan program patient safety.

2a. Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, dan 2023, yaitu:

Grafik 3. 2 Capaian Pengukuran Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)



	2020	2021	2022	2023
Target	80	85	85	85
Realisasi	79,37	74,37	86,67	93,92
Capaian (%)	99,21	87,49	101,96	110

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)

= *Rata-Rata hasil perhitungn ((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*)))

=>Ketersediaan / Ke (Avaibility) = Jumlah waktu operasional alat / Jumlah waktu tersedia untuk operasional
=>Kinerja / Ki (Performance) = Total Produksi x Waktu Ideal /Waktu Operasi Alat
=>Kualitas / Ku (Quality) = Total Produksi-total produksi gagal /Total Produksi
=> Ke x Ki x Ku

Permasalahan:

- Beberapa alat yang dihitung OEE-nya mengalami kerusakan, yaitu Autoclave Tuttnauer, Autoclave Getinge, dan Mesin Cuci Grandimpianti;
- Terdapat beberapa spare part mesin dan pompa IPAL yang perlu dilakukan peremajaan.

Faktor Penyebab:

- Usia alat yang lebih dari 5 tahun menyebabkan performa alat kurang optimal. Autoclave merk Tuttnauer berusia 11 tahun (pengadaan tahun 2013), Autoclave merk Getinge berusia 5 tahun (pengadaan tahun 2019), dan Mesin cuci Grandimpianti berusia 10 tahun (pengadaan tahun 2014);
- Usia sparepart mesin dan pompa IPAL sudah berusia 20 tahun (pengadaan tahun 2004).

Usul pemecahan masalah:

- Sudah dilakukan pelaporan ke IPSRS dan sudah dilakukan penggantian hydrolis untuk mesin autoclave merk Tuttnauer, penggantian layar monitor untuk mesin autoclave merk Getinge, dan

perbaikan juga akan dilakukan untuk pemanas air pada mesin cuci Grandimpianti;

- Pemeliharaan rutin IPAL dilakukan secara terus-menerus untuk menjaga kehandalan IPAL;
- Pada tahun 2024 akan diusulkan alat medis maupun non medis yang dihitung OEE-nya untuk menggantikan alat yang sudah berusia lebih dari 5 tahun.

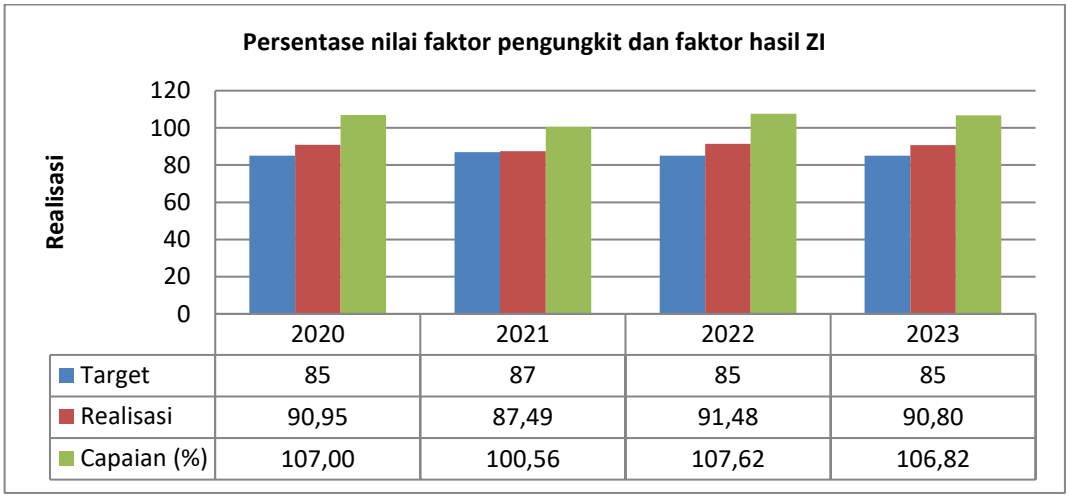
Sasaran 3: Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan zona integritas

Untuk mencapai sasaran meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan zona integritas ada satu indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai percepatan reformasi birokrasi dalam rangka good governance.

3.a. Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan 2023 yaitu:

Grafik 3. 3 Capaian Pengukuran Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI



	2020	2021	2022	2023
Target	85	87	85	85
Realisasi	90,95	87,49	91,48	90,80
Capaian (%)	107,00	100,56	107,62	106,82

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI:

=Jumlah Skor *self assessment* penilaian ZI yang terdiri dari faktor pengungkit dan factor hasil ZI

Indikator Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI mencapai target yang ditetapkan tahun 2023 maupun tahun-tahun sebelumnya.

Permasalahan:

- Pada tahun 2023 sudah dilakukan rangkaian evaluasi pembangunan Zona integritas oleh Tim Penilai Nasional (TPN) dan Menpan RB untuk seluruh kementerian dan RS Soeradji termasuk salah satu rumah sakit yang diusulkan untuk memperoleh predikat WBBM, akan tetapi penilaian untuk Kementerian Kesehatan belum ada yang memperoleh predikat WBBM.
- Masih ada indikator IKU RSB yang belum tercapai sehingga menjadi kendala untuk meraih predikat WBBM.

Usul Pemecahan Masalah:

- Perlu dilakukan evaluasi kembali program-program ZI yang telah disusun pada tahun 2023 sebagai dasar penyusunan program kerja ZI di tahun 2024 dan strategi menyiapkan kembali RS Soeradji Tirtonegoro meraih WBBM.
- Monev Capaian indicator dan RTL indicator yang belum tercapai.
- Monev setiap bulan akan perkembangan ZI, bandingkan dengan rencana pembangunannya.

Sasaran 4: Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup

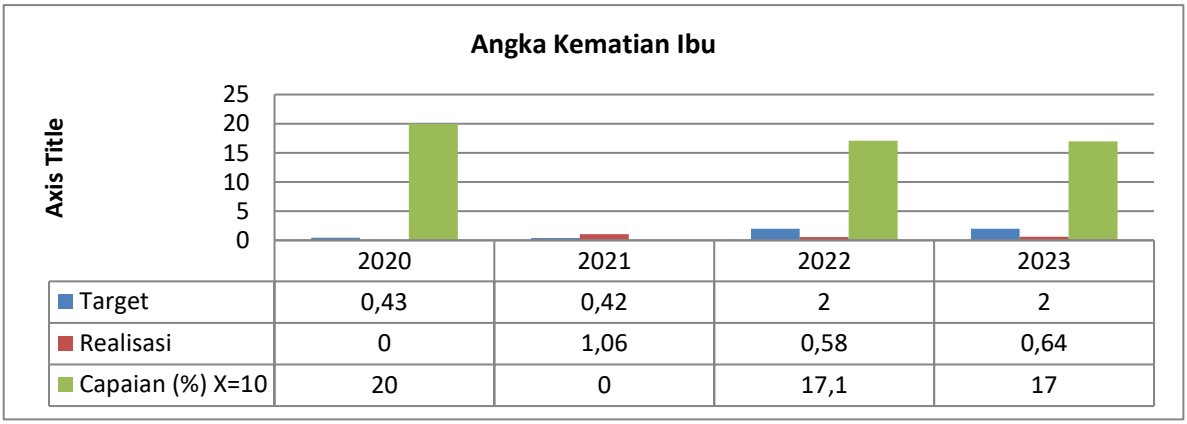
Untuk mencapai sasaran Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup ada 2 indikator yang

ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

4.a. Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, dan 2023, yaitu:

Grafik 3. 4 Angka kematian Ibu di Rumah Sakit



	2020	2021	2022	2023
Target	0,43	0,42	2	2
Realisasi	0	1,06	0,58	0,64
Capaian (%) X=10	20	0	17,1	17

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

= Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas meninggal/ Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas yang dilayanix 100%

Indikator angka kematian ibu di Rumah Sakit tercapai sesuai target pada tahun 2023

Permasalahan:

- Kompleksitas penyakit pasien yang datang ke rumah sakit
- RSST merupakan rumah sakit rujukan terakhir untuk wilayah Klaten dan sekitarnya

Usul Pemecahan Masalah:

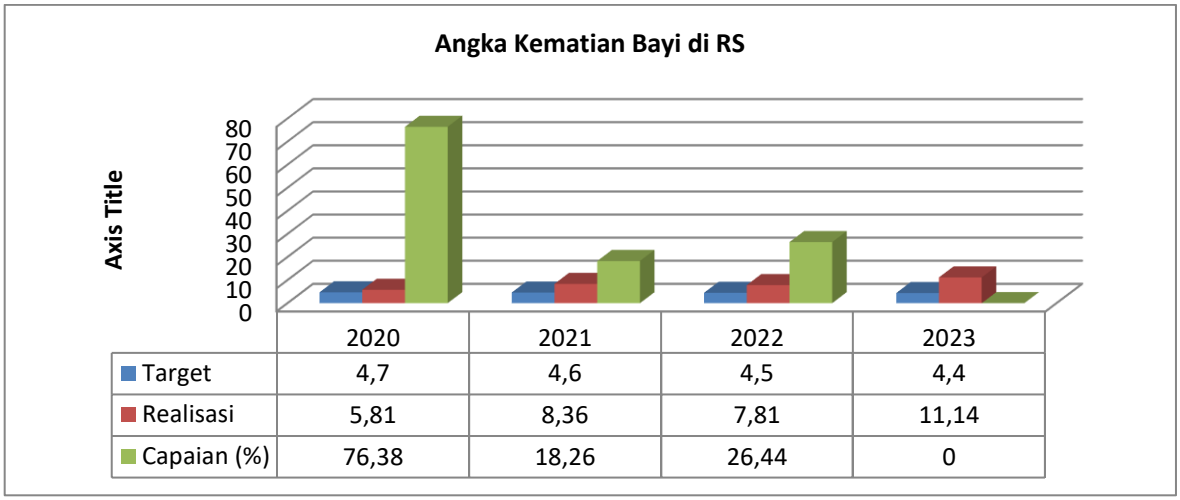
- Peningkatan kompetensi SDM pemberi layanan pasien
- Pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana dan alat kesehatan

- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam pendampingan dan pengawasan melekat pada setiap ibu hamil di sekitar kader serta promosi kesehatan kepada ibu hamil dan ibu melahirkan terutama tentang informasi kesehatan selama kehamilan

4.b Angka Kematian Bayi di Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu:

Grafik 3. 5 Angka kematian Bayi di Rumah Sakit



	2020	2021	2022	2023
Target	4,7	4,6	4,5	4,4
Realisasi	5,81	8,36	7,81	11,14
Capaian (%)	76,38	18,26	26,44	0

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka kematian bayi di Rumah Sakit

= kematian bayi lahir hidup 0-28 hari / jumlah bayi lahir hidup 0-28 harix 100%

Indikator angka kematian bayi di Rumah Sakit tidak mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2020, 2021, 2022, dan tahun 2023

Permasalahan:

- Kondisi bayi saat masuk rumah sakit sudah dalam keadaan jelek/ terminal, perlu dilakukan koordinasi dengan Tim PONEK terkait jumlah kematian bayi dan sebab kematian bayi untuk dijadikan evaluasi.

- Angka kematian bayi tertinggi disebabkan oleh kasus kematian neonatus dan sebagian besar merupakan kasus rujukan yang paling banyak disebabkan oleh imaturitas/prematuritas ekstrem, BBLR/ BBLSR, dan kelainan kongenital yang disertai komplikasi sepsis.
  Usulan Pemecahan Masalah:
  - Memenuhi standart AKB dengan cara:
    - menerapkan metode kangguru;
    - memberikan pelayanan kepada bayi sesuai standart;
    - pelatihan NICU internal dan eksternal bagi perawat;
    - resosialisasi berkala terkait prinsip PPI bagi seluruh petugas (dokter, nakes dan non nakes) dengan berkoordinasi dengan komite PPI.
  - Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan jejaring sekitar terkait:
    - sistem rujukan bayi/ neonatus agar neonatus segera dirujuk sebelum mengalami perburukan atau kondisi terminal untuk meningkatkan angka harapan hidup bayi/ neonatus;
    - melakukan upaya preventif melalui skrining pada ibu hamil, terutama risiko tinggi, agar tidak terjadi kelahiran imatur/ prematur maupun risiko kelainan kongenital dan jantung bawaan.
  - Melakukan berkoordinasi dengan Komite PPI untuk melakukan evaluasi tindak lanjut PDSA angka kuman di perinatologi mengingat penyebab kematian paling tinggi adalah sepsis

Sasaran 5: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi

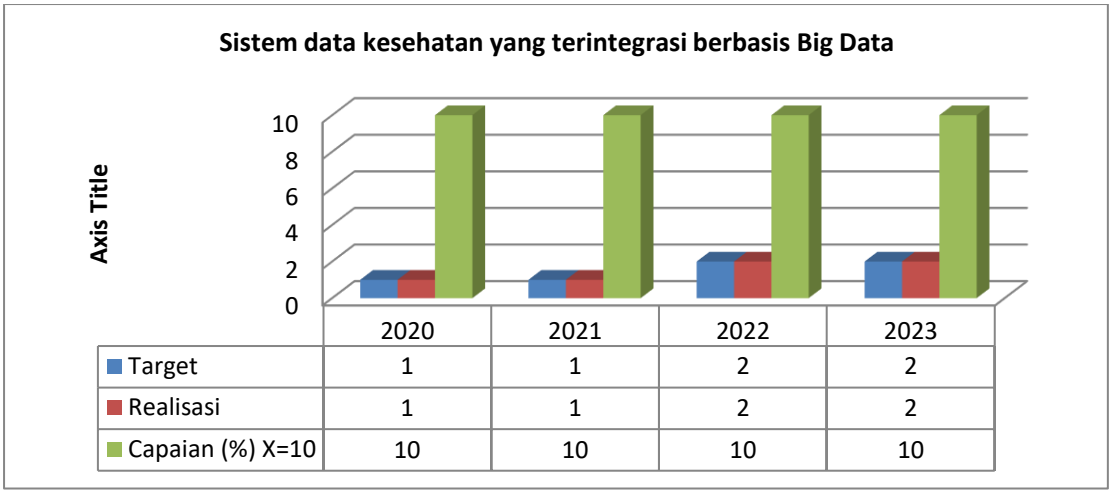
Untuk mencapai sasaran Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi ada satu indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai tingkat kematangan IT atas proses layanan dan dukungan IT dalam berbagai proses layanan di rumah sakit. Dukungan sistem IT yang terintegrasi

diseluruh unit pelayanan akan membantu mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien.

5.a Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 6 Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data



	2020	2021	2022	2023
Target	1	1	2	2
Realisasi	1	1	2	2
Capaian (%) X=10	10	10	10	10

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data

=Level 1: Tersedia modul aplikasi berbasis big data yang memiliki fitur pengolahan dan penyajian data.

Level 2: Tersedia modul aplikasi berbasis big data dengan kemampuan analisis data yang dapat digunakan sebagai pendukung keputusan.

Level 3: Teknologi big data telah dikembangkan dalam bentuk aplikasi berbasis kecerdasan buatan (artificial inteligent).

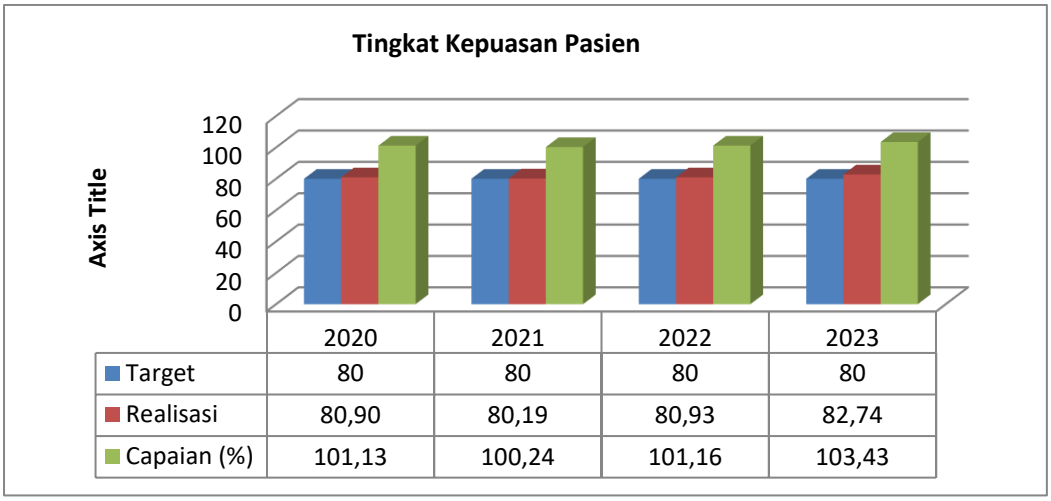
Sasaran 6: Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, *dan pengembangan layanan lain*

Untuk mencapai sasaran Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain ada 3 indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah terwujudnya layanan unggulan dan pengembangan RS Kelas A yang bermutu.

6.a. Tingkat Kepuasan Pasien

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan 2023, yaitu:

Grafik 3. 7 Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien



	2020	2021	2022	2023
Target	80	80	80	80
Realisasi	80,90	80,19	80,93	82,74
Capaian (%)	101,13	100,24	101,16	103,43

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien:

= Hasil Penilaian IKM dibagi Skala Maksimal Nilai IKM x Bobot

Unsur pelayanan yang dinilai meliputi persyaratan administrasi, kemudahan akses pelayanan, kecepatan waktu pelayanan, biaya/tarif, kesesuaian informasi pelayanan, kemampuan/ keterampilan petugas, sikap petugas, prosedur penanganan keluhan, kualitas kamar mandi, pelayanan perparkiran, ketersediaan kursi roda, dan kualitas ruang tunggu tercapai dengan total nilai IKM sebesar 82.74. Capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan/pasien mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun tahun 2023.

Permasalahan:

- Tindak lanjut evaluasi kepuasan/hasil survey belum optimal.
- Masih banyak komplain yang masuk terkait pelayanan di rumah sakit walaupun bisa diselesaikan dengan baik.

- Form untuk survey agar lebih komprehensif.
- Survey masih dilakukan pihak internal RS Soeradji Tirtonegoro.

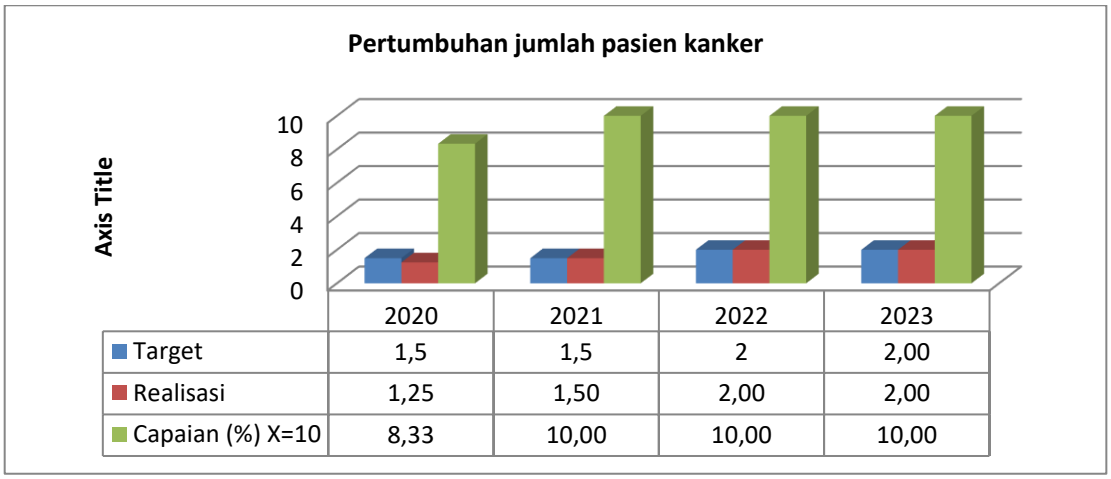
Pemecahan Masalah:

- Optimalisasi tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan.
- Meningkatkan pelayanan diunit kerja agar kepuasan publik meningkat dan mampu menurunkan komplain.
- Melakukan penyesuaian form atau materi survey sesuai kebutuhan
- Survey dilakukan pihak independen (eksternal).

6.b. Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 8 Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker



	2020	2021	2022	2023
Target	1,5	1,5	2	2,00
Realisasi	1,25	1,50	2,00	2,00
Capaian (%) X=10	8,33	10,00	10,00	10,00

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker

=Jumlah kunjungan Pasien Kanker pada tahun berjalan dibagi jumlah kunjungan pasien kanker pada tahun lalu
= 2458/1823 x 100= 134.83 berada pada skor 2.
Kriteria skor:
PPK ≥ 1,1 = 2
1,00≤ PPK < 1,10 = 1,5
0,95≤ PPK < 1,00 = 1,25
0,90≤ PPK < 0,95 = 1
0,85≤ PPK < 0,90 = 0,5
PPK < 0,85 = 0

Indikator Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2021, 2022 dan 2023, untuk tahun 2020 belum tercapai karena masih terdapat banyak kendala dalam pelayanan pasien kanker.

Permasalahan:

- Kesiapan SDM dan sarana prasarana untuk pelayanan pasien kanker.
- Belum tersedianya SDM, sarana prasarana dan alat kesehatan yang lengkap untuk pelayanan kanker.

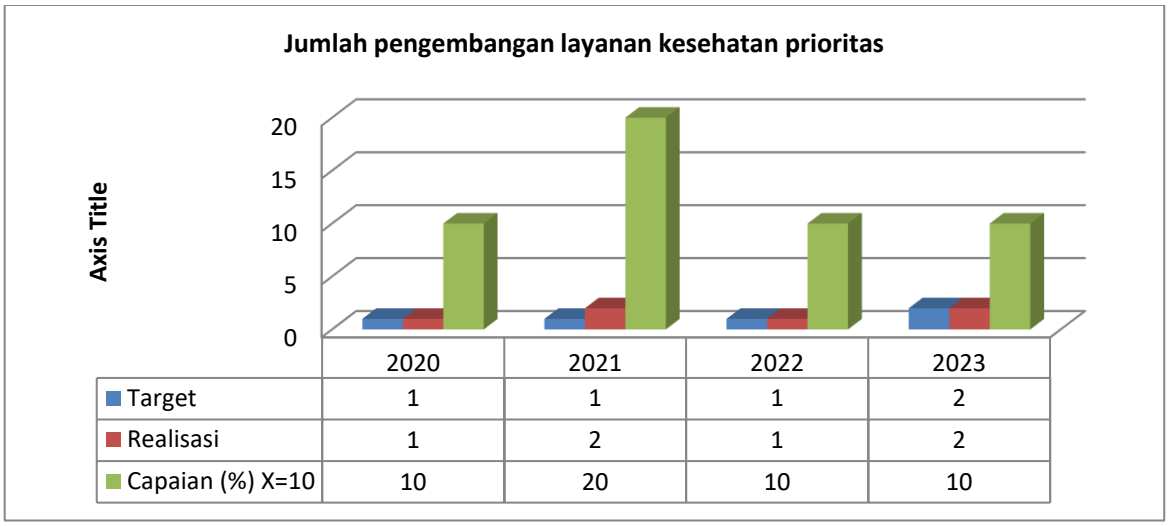
Usulan Pemecahan Masalah:

- Melengkapi sarana dan prasarana untuk pelayanan kanker di RS.
- Mengupayakan keterpaduan pelayanan pasien kanker dengan menempatkan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan sarana penunjang dalam satu lokasi dengan pembangunan Gedung Onkologi Terpadu.
- Membentuk support system seperti :
  - Kelompok keluarga dan penderita kanker untuk meningkatkan kesehatan mental keluarga dan penderita
  - Menyediakan rumah singgah untuk mempermudah dan menjaring pasien dari luar daerah.
  - Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam upaya pencegahan penyakit kanker serta sosialisasi tentang gaya hidup sehat.

6.c. Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 9 Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas



	2020	2021	2022	2023
Target	1	1	1	2
Realisasi	1	2	1	2
Capaian (%) X=10	10	20	10	10

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas

=Jumlah layanan subspesialis baru yang dikembangkan setiap tahun

Indikator Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas mencapai target yang ditetapkan setiap tahun, Pada tahun 2020 layanan supspesialis baru yang dikembangkan adalah layanan onkologi, pengembangan layanan tahun 2021 adalah sub spesialis Psikiatri anak dan Penyakit Dalam konsultan hemato onkologi, dan pengembangan layanan tahun 2022 adalah subspesialis tumbuh kembang anak. Pada tahun 2023 pengembangan layanan subspesialis adalah Layanan Kardiologi Anak dan Neurointervensi.

Permasalahan:

- Sebagian besar SDM dokter Subspesialis belum terpenuhi.
- Masih terbatasnya dokter spesialis dan subspesialis.

- Jumlah pasien dibanding dengan jumlah dokter masih mungkin dilayani dengan kondisi SDM yang ada.

Usul Pemecahan Masalah:

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

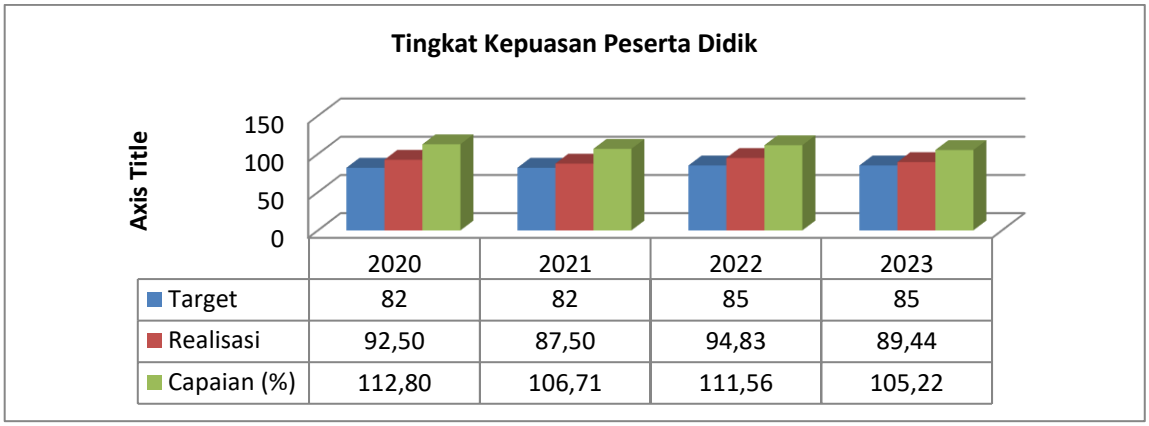
Sasaran 7: Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS

Untuk mencapai sasaran Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS ada 4 indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

7.a. Tingkat kepuasan peserta didik

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 10 Tingkat kepuasan peserta didik



	2020	2021	2022	2023
Target	82	82	85	85
Realisasi	92,50	87,50	94,83	89,44
Capaian (%)	112,80	106,71	111,56	105,22

Capaian/kondisi yang dicapai:

= Hasil Penilaian IKPD dibagi Skala Maksimal IKPD x Bobot

Capaian indikator tingkat kepuasan peserta didik mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun tahun 2023. Hasil capaian tingkat kepuasan peserta didik menurun dibandingkan capaian tahun sebelumnya. Kepuasan peserta didik dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampaui harapan peserta didik

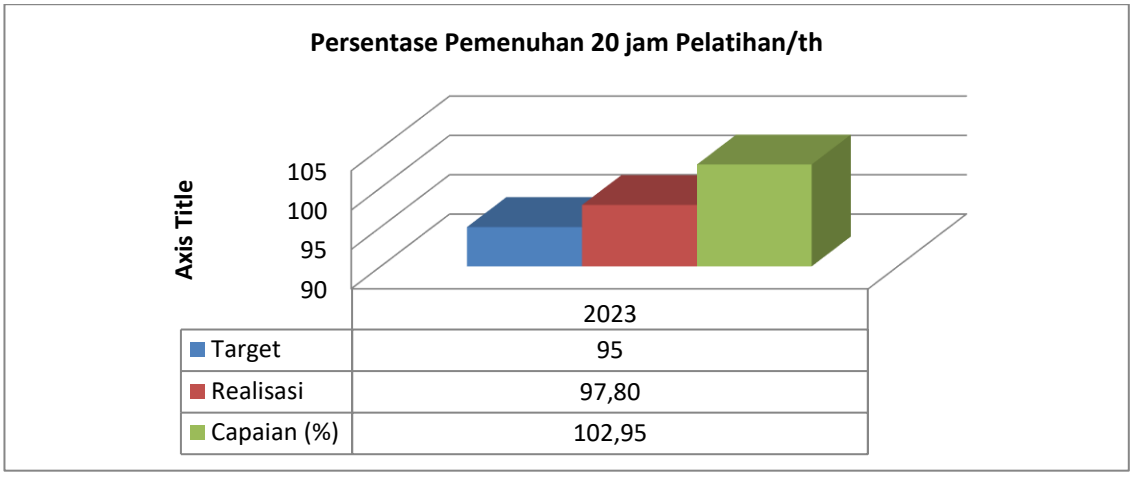
Upaya mempertahankan:

- Berupaya senantiasa meningkatkan kualitas pelayanan terhadap peserta didik (baik dalam hal fasilitas, sarana prasarana maupun proses pembelajaran) di RS Soeradji.
- Meningkatkan kualitas pelayanan pendidikan klinik di RS Soeradji Tirtonegoro dari aspek pembimbingan dosen, kapasitas kemampuan dosen klinik, fasilitas RS, sistem administrasi pendidikan dan wahana belajar di RS.
- Meningkatkan koordinasi kepada mitra pendidikan.

7.b. Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 11 Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th



Capaian/kondisi yang dicapai:

= Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun X 100%
Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit

Capaian indikator Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th mencapai target yang ditetapkan tahun 2023. RS Soeradji tirtonegoro menyelenggarakan pelatihan sesuai priorotas dan kebutuhan layanan, melakukan mapping pelatihan sesuai kompetensi, menyelenggarakan pelatihan Tahun 2023 sesuai TNA, Melakukan rekapitulasi dengan menggunakan system IT jam pelatihan karyawan

Upaya mempertahankan:

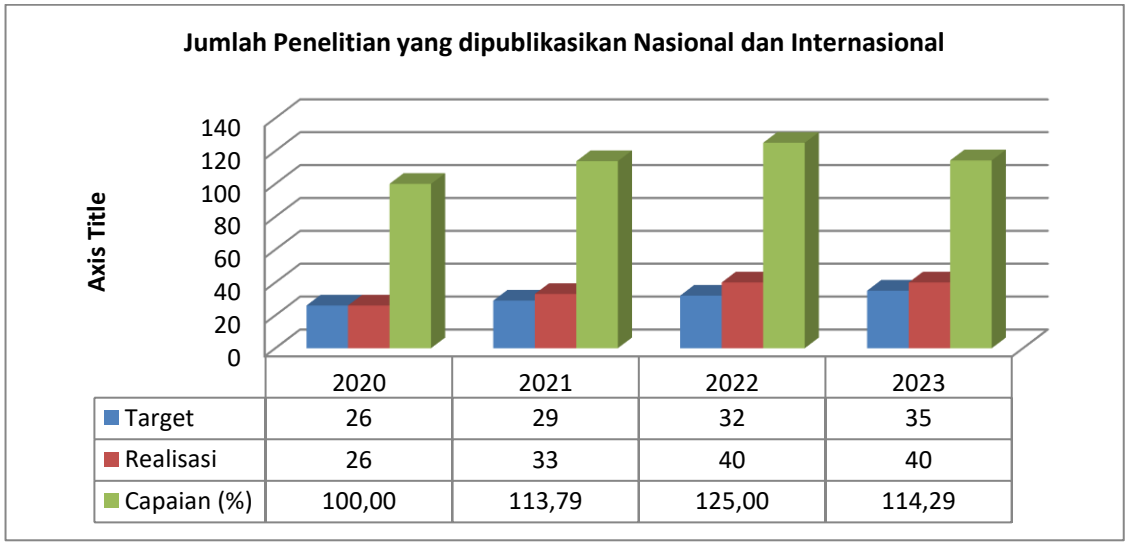
- Optimalisasi penyelenggaraan pelatihan baik Inhouse Training atau Exhouse Training.
- Percepatan penyelenggaraan IHT yang sudah diusulkan oleh unit pengusul.
- Berkoordinasi dengan penyelenggara pelatihan dan unit pengusul terkait pelatihan karyawan

- Update database jam pelatihan karyawan
- Melakukan monitoring dan evaluasi pasca pelatihan

7.c. Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 12 Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional



	2020	2021	2022	2023
Target	26	29	32	35
Realisasi	26	33	40	40
Capaian (%)	100,00	113,79	125,00	114,29

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan Nasional dan Internasional*:*

= Jumlah Penelitian dipublikasikan pada tahun berjalan

Tujuan dari publikasi adalah memperoleh saran untuk lebih baik dalam membuat tulisan ilmiah, mempunyai jaringan yang lebih luas **serta hasil penelitian sebagai evidence base /** Ikut andil dalam menuntaskan suatu permasalahan. Publikasi hasil penelitian juga merupakan strategi untuk mewujudkan misi RS Soeradji Tirtonegoro yaitu meningkatkan pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain serta penelitian translational. Capaian indikator jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional mencapai target dari tahun 2020, 2021, 2022 maupun tahun 2023.

Tabel 3. 3 Rekapitulasi Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional Tahun 2023

No	Nama Peneliti	Judul	Keterangan
1	dr. Fredie Irijanto, PhD., Sp.PD-KGH, FINASIM	Terapi Koreksi Erythropoiesis Stimulating Agents (ESA) pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dialisis di Instalasi Hemodialisis RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
2	dr. Fredie Irijanto, PhD., Sp.PD-KGH, FINASIM	Korelasi Kadar Albumin dengan KAdar Ferritin Serum, Serum Iron, dan TIBC atau Saturasi Transferin Pasien CKD 5 Dialisis di Instalasi Hemodialisis RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
3	dr. M. Arief Purnanta, M.Kes, Sp.T.H.T.B.K.L., Subsp.N.O(K)	*Factors Associated with Time of Diagnosis and Habilitation of Congenital Hearing Loss in Indonesia : A Multicenter Study*	Internasional
4	dr. M. Arief Purnanta, M.Kes, Sp.T.H.T.B.K.L., Subsp.N.O(K)	*Financing Hearing Aids for Patients with Congenital Deafness in Indonesia*	Internasional
5	dr. Wisnu Baskoro, Sp.BS	*Case of compressive myelopathy due to juvenile xanthogranuloma of cervicothoracic junction in a 28-year-old male*	Internasional
6	dr. Adhika Restanto Purnomo, Sp.U	*The efficacy of installation of doxorubucin intravesika in T1 Indonesian Populatio*	Internasional
7	Anggit dwi Satiti	Pengaruh Pendampingan terhadap Kemampuan Mobilisasi Dini pada Ibu Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
8	Sutanti	Studi Deskriptif Angka Kejadian Komplikasi Kehamilan Di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional

		Klaten Di Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2020 – 2022	
9	Ita Kurniawati	"Korelasi antara D-Dimer dan NLR dengan SPO2 pada Pasien Covid-19 di RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2021"	Nasional
10	Atika Riskayani	Korelasi IL-6 dan NLR dengan SPO2 pada Pasien Covid-19 di RS dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2021	Nasional
11	Tim Susilowati	Korelasi Kadar Procalsitonin dan NLR dengan SPO2 pada Pasien Covid-19 di RS dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2021	Nasional
12	Juwanda	Studi Komparatif Kandungan Bod Dan Cod Pada Limbah Cair Sebelum Dan Sesudah Pengolahan di Instalasi Pengolahan Limbah Cair RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
13	dr. Didit Fajar Nugroho; dr. Dian Ibnu Wahid, Sp.B; dr. Raden Aryo Nindito, Sp.B (K) Onk	Lapatinib Combination with Capecitabine therapy for metastatic Breast Cancer HER 2+: Meta Analysis study	Internasional
14	Agus Suharto, S.Kep., Ns.; dr. Hernawati Endriani, MPH; Listyo Riyono, S.Pd. Ayu Nur Indah Sari	Regulasi Internalisasi Monitoring Analisis (RIMA) Wujudkan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	Nasional
15	dr. Kanina Sista, Sp.F	Studi Tindak Lanjut Visum Et Repertum Kasus Cedera Gawat Darurat	Nasional
16	Agus Herianto	Diabetes Melitus dan Hipertensi sebagai Faktor Risiko Kematian pada Pasien Covid-19 Era Varian Delta di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional

17	Dito Yugo Waskito	Analisis Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
18	dr. Qonita Imma Irfani	Analisis Pola Kuman Kultur Darah dan Faktor Resiko Bakteremia di Ruang Intensive Dewasa di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Internasional
19	Rina Wijayanti Sagita, S.Kep.,Ns., M.Kep. dan tim	Identifikasi Pola Penggunaan Terapi Herbal oleh Pasien Ulkus Diabetik	Internasional
20	Agus Suharto, S.Kep.Ns dan Tim	"Sujok as a complementary therapy to reduce dyspnea scale and to increase oxygen saturation in patients with respiratory problems"	Internasional
21	dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT. (K) Hip & Knee	Sartorius Muscle Pedicle Iliac Bone Graft for Treating Neglected Femoral Neck Fracture: The First Case Series	Internasional
22	dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT. (K) Hip & Knee	The Optimum Oxygen Level in Hypoxic Culture Conditions of Ligament Derived Stem Cells: Experimental Research	Internasional
23	Dluha Maf'ula, S.Kep., Ns., M.Kep.	Analisis Faktor yang Memengaruhi Tingkat Burnout, Kualitas Kehidupan Kerja, dan Turnover Intention Perawat pada Masa Pandemi Coronavirus Disease-2021	Nasional
24	Khotibul Umam Isnanto	Pengaruh Pembayaran Berbasis Kinerja dan Burnout terhadap Usaha Kerja	Nasional
25	Dhina Cahyani Ekawati Patria	Evaluasi Penggunaan Obat Antihipertensi dan Antidiabetes pada Pasien Gagal Ginjal Kronis dengan Hemodialisis Rutin di RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional

26	Anggitya Pramesti	Hubungan Indeks Massa Tubuh Terhadap Kejadian Osteoartritis Lutut di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
27	Lucia Cikal Narindri	Pengukuran dan Pelaporan Biaya Lingkungan pada RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
28	Sefrivani Azzahra	Analisis Perbedaan Informasi Citra Anatomi MRI Knee Joint Menggunakan Knee Coil dan Flex Coil Potongan Sagital Sekuen T2 Proton Density Fat Saturation Pada Kasus Cedera ACL	Nasional
29	Nurul Husna Fakhrunnisa	Prosedur Pemeriksaan MRI Brain dengan Kontras Pada Klinis Tumor Otak di Instalasi Radiologi RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
30	Ahlush Shuffah Faruq Erisdiansyah	Prosedur Pemeriksaan MRI Lumbal Pada Klinis Stenosis Post Laminektomi di Instalasi Radiologi RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
31	Aruma Dewi Zakiatun Fauzia	Prosedur Pemeriksaan CT Coronary Angiography dengan Klinis Angina Pektoris di Instalasi Radiologi RS dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
32	Eni Susilowati	Hubungan Fatigue dengan Kualitas Hidup Pasien Ca Mamae yang Menjalani kemoterapi di Bangsal Aster RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
33	Marnowo	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawatan dalam Pelaksanaan Hand Hyginene sebelum Tindakan Pembedahan di IBS RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional

34	Retno Widyaswati	Pengaruh Re Edukasi APACHE II SCORE terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat ICU tentang Sistem Penilaian APACHE II di Ruang ICU RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
35	Bayu Krisnanta	Hubungan Waktu Tunggu Pasien Pulang dengan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia 3 RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
36	Yulianti Puspitasari	Pengaruh Alih Baring pada Kejadian Pneumonia pada Pasien Post OP Craniotomi di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
37	Tri Surani	Pengaruh Distraksi Melihat Video pada Tingkat Nyeri Anak Post Operasi	Nasional
38	Umi Lestari	Efektifitas Metode Kangguru terhadap Suhu Tubuh Bayi BBLR	Nasional
39	Dinayawati, S.Si	Penerapan Optimisasi Paparan Medik CT-Scan Melalui Tingkat Panduan Diagnostik di RS dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
40	dr. Bramadi Nugroho, Sp.Rad,R.I(K)	Perbandingan Gambaran CT-Scan Paru Perokok dan Non Perokok Pasien Kanker Paru	Nasional

Permasalahan:

- Belum optimalnya pemanfaatan hasil-hasil penelitian yang dilakukan RS Soeradji Tirtonegoro bagi pengembangan layanan maupun keilmuan pada umumnya, baik di internal RSST maupun eksternal RS Soeradji Tirtonegoro.

Usul Pemecahan Masalah:

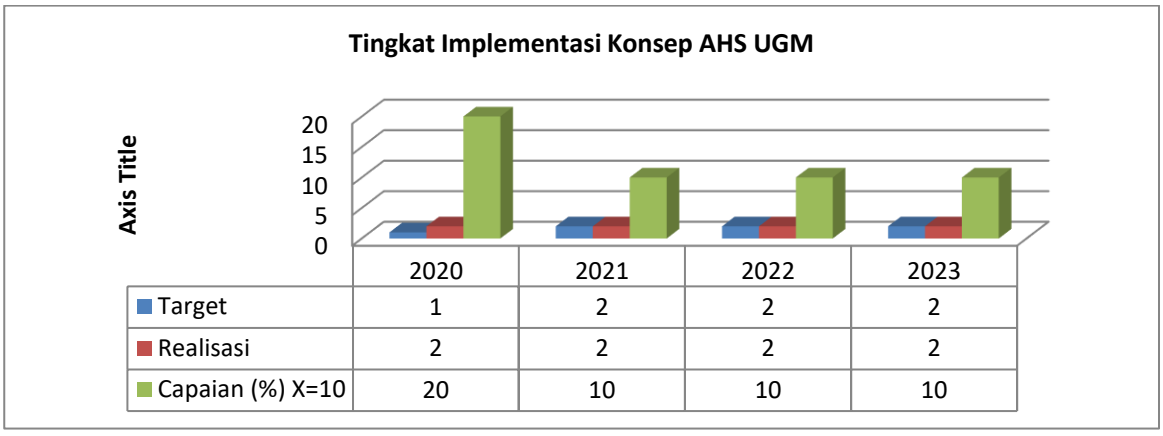
- Bahwasannya kegiatan sosialisasi hasil penelitian merupakan kegiatan yang sangat bermanfaat karena hasilnya dapat digunakan sebagai pengembangan layanan rumah sakit dan evidence based.

- Diperlukan keberlangsungan penelitian agar didapatkan hasil yang lebih spesifik, akuntabel, dan mampu mempunyai daya ungkit yang lebih pada kesempatan masa mendatang.
- Kegiatan di ikuti oleh Tim Kerja Penelitian, Tim Etik Penelitian, Instalasi Lalitbang serta Instalasi/ bagian terkait
- Pemanfaatan hasil penelitian kepada layanan.
- Melakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan hasil penelitian.

7.d. Tingkat Implementasi konsep AHS UGM

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 13 Tingkat Implementasi konsep AHS UGM



	2020	2021	2022	2023
Target	1	2	2	2
Realisasi	2	2	2	2
Capaian (%) X=10	20	10	10	10

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat Implementasi AHS UGM

= Merupakan jumlah kegiatan dalam harmonisasi integrasi program pendidikan, pelayanan dan penelitian rumah sakit jejaring AHS UGM (Implementasi AHS UGM menuju ke Jangka Menengah dan Jangka Panjang berupa Produk Harmonisasi antara lain renstra bersama, penelitian translasional bersama, workshop bersama dll)
Skor 1= ≤1 produk harmonisasi bersama dlm 1th
Skor 2 =2–3 produk harmonisasi bersama dlm 1th
Skor 3 = >3 produk bersama dalam setahun

Indikator Tingkat Implementasi AHS UGM mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2020, 2021, 2022 maupun tahun 2023. Pada tahun 2023 telah

terlaksana sebanyak 5 Progres Keterlibatan RSST dalam Kegiatan AHS UGM, sehingga tingkat implementasi AHS UGM telah mencapai skor 2. Progres Keterlibatan RSST dalam Kegiatan AHS UGM Oktober 2023:

1. Pengajuan penelitian Hibah Damas dari RSST ke FKKMK UGM atas nama dr. Dian Ibnu Wahid, Sp.B
2. Terlaksana kegiatan Finalisasi Renstra FKKMK UGM 2023-2027 dengan melibatkan RS Jejarng FKKMK UGM pada 13 -14 Januari 2023.
3. Terlaksananya kegiatan pelatihan GCLP bersama AHS pada tanggal 28 Februari – 02 Maret 2023.
4. Terlaksana Workshop Big Data AHS UGM pada Sabtu, 2 Desember 2023.

Permasalahan:

- Indikator ini merupakan indikator yang pencapaiannya melibatkan institusi pendidikan (FKKMK UGM), sehingga diperlukan koordinasi intensif antara Diklit RS Soeradji Tirtonegoro dengan FKKMK UGM.
- Perlu dirumuskan dokumen-dokumen regulasi terkait penerapan AHS.
- Perlu pendataan dan sinkronisasi program-program yang termasuk dalam konsep AHS.

Usul Pemecahan Masalah:

- Meningkatan jejaring dan penguatan Team EMT dalam penanggulangan bencana dan mitigasi.
- Meningkatkan kerjasama dalam bidang penelitian dan pengabdian masyarakat dengan menggunakan big data penelitian.
- Meningkatkan koordinasi dalam pengembangan health tourism.
- Optimalisasi dalam kerjasama peningkatan layanan unggulan.

Sasaran 8: Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya

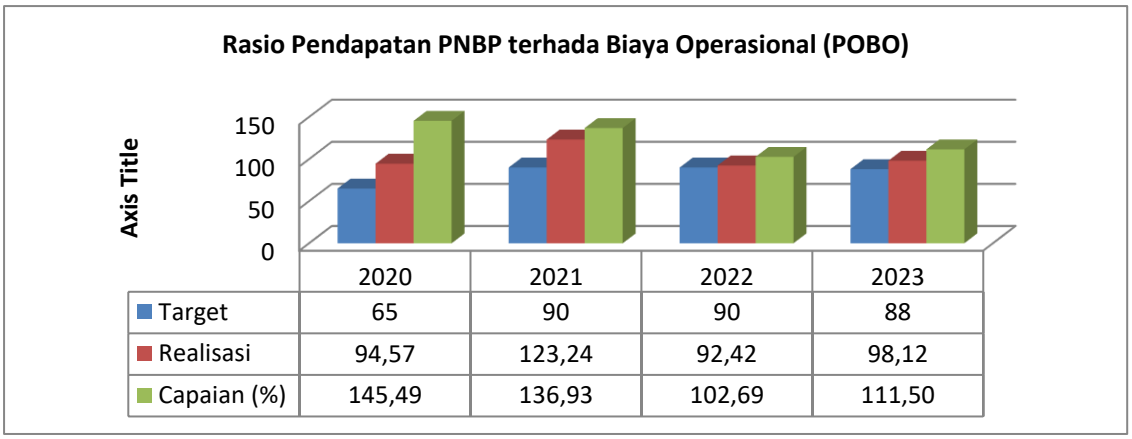
Untuk mencapai sasaran meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya ada satu indikator yangditetapkan. Sasaran

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

8.a. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 14 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)



	2020	2021	2022	2023
Target	65	90	90	88
Realisasi	94,57	123,24	92,42	98,12
Capaian (%)	145,49	136,93	102,69	111,50

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

= Pendapatan PNBP dibagi Biaya Operasional x 100%

Capaian rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) mencapai target yang ditetapkan tahun 2020,2021,2022 maupun target jangka menengah tahun 2024. Hasil rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) menurun dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

Permasalahan:

- Efisiensi biaya dan sumber daya perlu ditingkatkan lagi.

Usul Pemecahan Masalah:

- Pengelolaan pendapatan dengan memanfaatkan asset-aset RS
- Pengelolaan pendapatan dengan menggali sumber pendapatan baru
- Pengendalian Biaya operasional RS dengan melakukan perawatan rutin terhadap asset- aset RS.

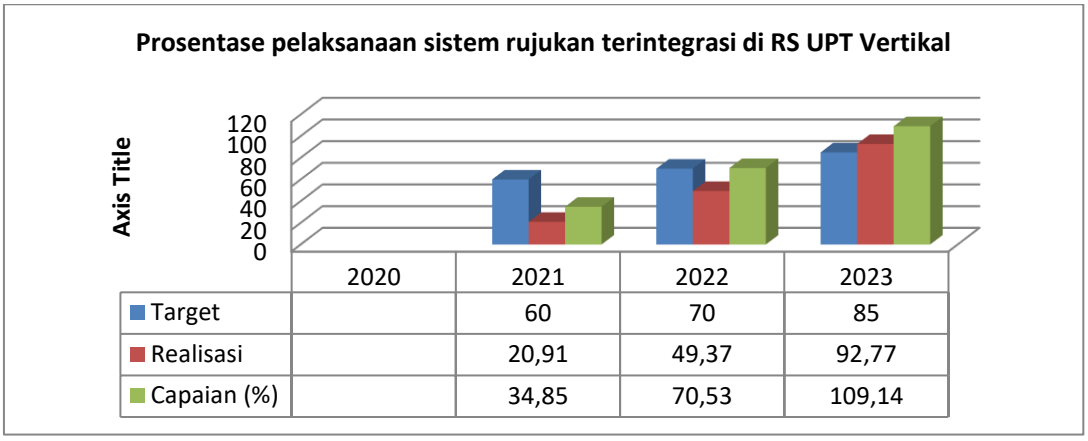
Sasaran 9: Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

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

9.a. Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 15Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal



	2020	2021	2022	2023
Target		60	70	85
Realisasi		20,91	49,37	92,77
Capaian (%)		34,85	70,53	109,14

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal:

> = Persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam dibagi Jumlah kasus memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti X 100%

Capaian Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal belum mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2021 dan 2022, akan tetapi pada tahun 2023 bisa mancapai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Lonjakan pasien dan antrian pasien di IGD yang tinggi

- Jumlah petugas yang memiliki user id terbatas (hanya 2 user id) mengakibatkan kendala ketika petugas akan merespon rujukan.
- Faskes mengirim rujukan melalui WA jaga IGD dan juga melalui aplikasi SISRUTE, kondisi yang sering terjadi rujukan melalui WA sudah direspon, dan sudah dilayani, tetapi pada aplikasi SISRUTE belum diproses.

Usul Pemecahan Masalah:

- Telah melibatkan supervisor muda sebagai petugas khusus untuk Sisrute.
- Penjadwalan petugas SISRUTE di setiap shift selama 24 jam mulai bulan November 2023
- Telah dibuat alur Sisrute yang lebih jelas.
- Telah dilakukan sosialisasi alur Sisrute kepada pihak terkait.

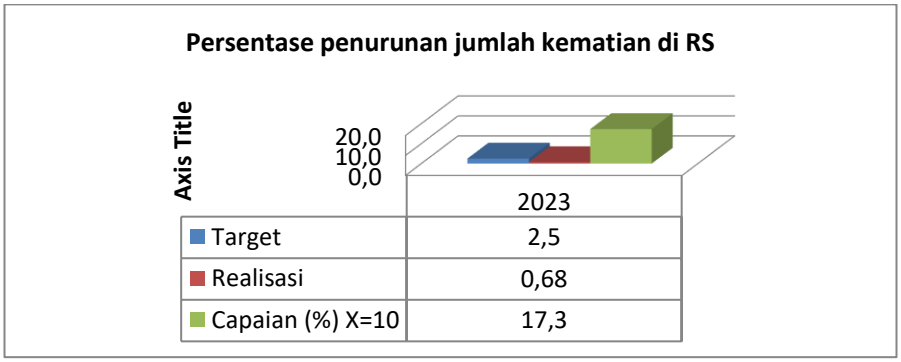
Sasaran 10: Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik

Untuk mencapai sasaran Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik ada satu indikator yang ditetapkan yaitu Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit.

10.a. Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 dan tahun 2023, yaitu:

Grafik 3. 16 Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit:

= Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya X 100%

Capaian Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit mencapai target yang ditetapkan tahun 2023, yaitu tercapai 0.68 dari target <2.5%. Angka NDR ini memberikan gambaran mutu pelayanan di Rumah Sakit.

Permasalahan:

- Kompleksitas penyakit pasien yang datang ke rumah sakit.
- RSST merupakan rumah sakit rujukan terakhir untuk wilayah Klaten dan sekitarnya

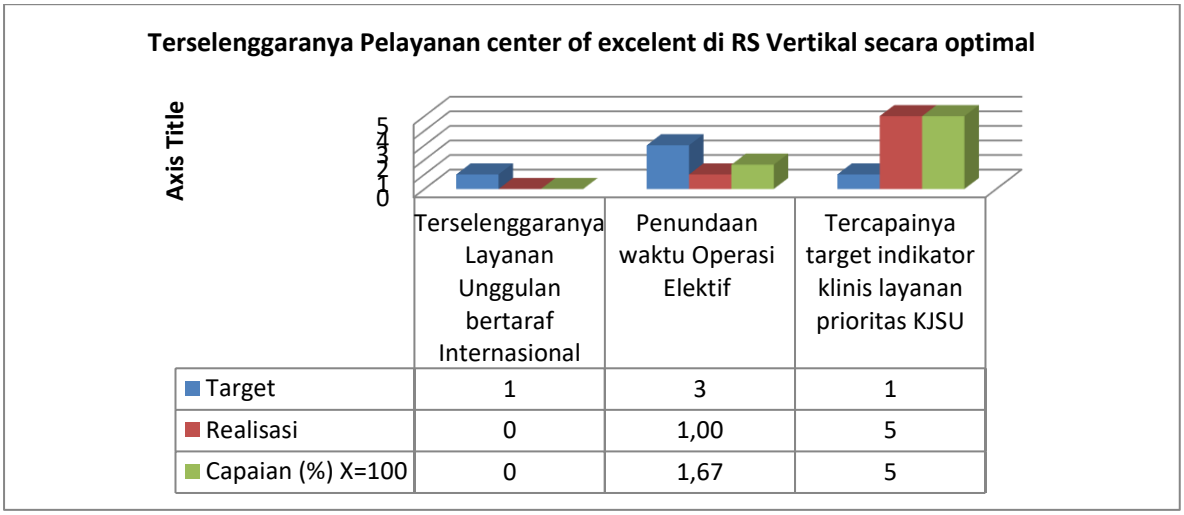
Usul Pemecahan Masalah:

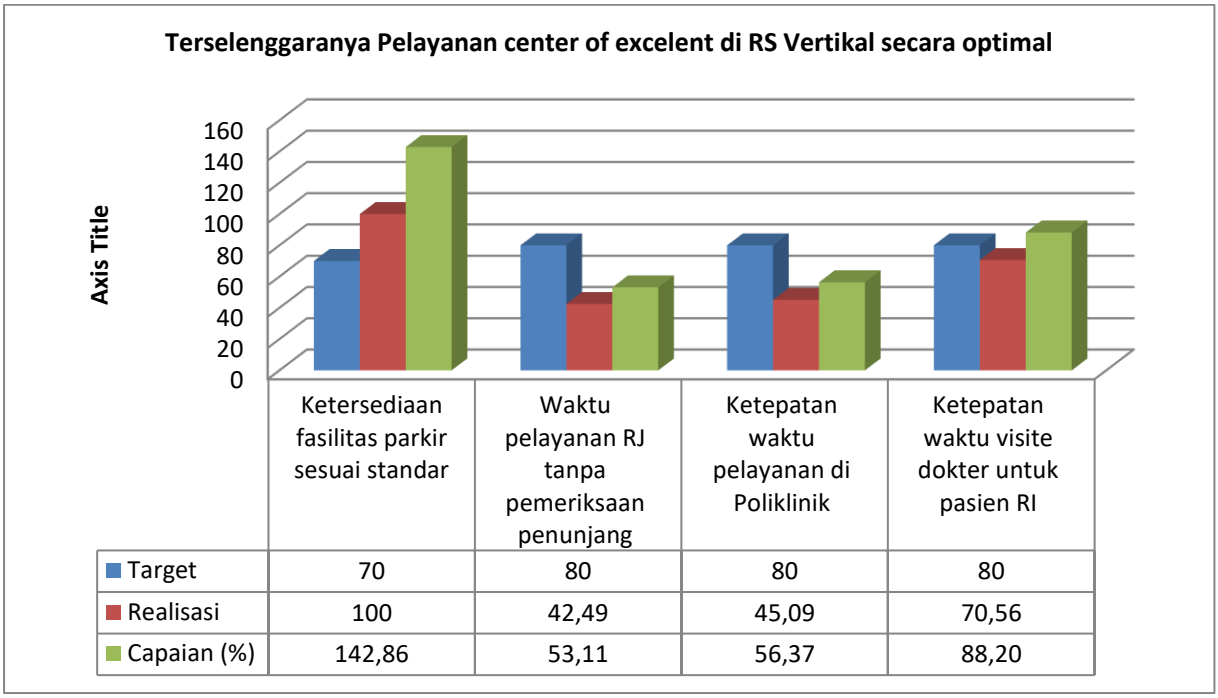
- Peningkatan kompetensi SDM pemberi layanan pasien
- Pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana dan alat kesehatan
- Sosialisasi ke fasilitas kesehatan sekitar tentang pentingnya merujuk pasien bila kondisi tidak mungkin ditangani karena peralatan dan kompetensi SDM tidak tersedia.

Sasaran 11: Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal

Untuk mencapai sasaran Terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal ada tujuh indikator yang ditetapkan. Dari tujuh indikator yang ditetapkan tercapai 3 indikator dan belum tercapai 4 indikator.

Grafik 3. 17 Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal





11.a. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

= proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.

Pada indikator terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional tahun 2023 belum tercapai, hal ini dikarenakan RS Soeradji Tirtonegoro belum menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya sehingga capaianya masih 0. Pada tahun 2023, RSST baru melakukan study bunding ke RS Luar Negeri yang ada di Singapura.

Permasalahan:

- RSST telah mengajukan proposal kerjasama dengan 5 rumah sakit di Jerman melalui Kementerian Kesehatan, tetapi belum ada tindak lanjut untuk proses kerjasama.
- Belum terpenuhinya kesepakatan tentang biaya dan area kerjasama

Usul Pemecahan Masalah:

- Menjajaki kerjasama per-divisi keilmuan dengan RS di Kawasan Asia terutama Asia Tenggara.

11.b. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

= Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %

Pada indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar sudah tercapai pada tahun 2023. RS dr Soeradji Tirtonegoro menetapkan standar 60% dan mentargetkan penyediaan lahan parkir sebesar 70%. Pada bulan November 2023 penyediaan lahan parkir tercapai 100% karena kenyamanan dan ketersediaan parkir merupakan pelayanan pertama yang dilihat oleh pengunjung dan juga merupakan ujung tombak pelayanan sehingga indikator ini menjadi perhatian khusus untuk dapat segera dicapai.

Permasalahan:

- Pembayaran cashless atau sistem pembayaran tanpa uang tunai belum bisa diaplikasikan
- Pembayaran cashless kurang diminati oleh pengunjung atau pasien

Usul Pemecahan Masalah:

- Dibuat atau dicari mekanisme untuk pembayaran non tunai dengan e-money di pintu masuk parkir.

11.c. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

= Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%

Pada indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tahun 2023 belum tercapai, target sebesar 80% tercapai sebesar 42.49%.

Permasalahan:

- Kedatangan dan check in pasien tidak memperhatikan jam mulai pelayanan.
- Belum adanya pengaturan jadwal dokter, kuota pelayanan dan pembatasan check in pasien.

Usul Pemecahan Masalah:

- Pengaturan jam pelayanan dokter di Poliklinik.
- Pengaturan check in pasien berdasar jadwal dokter dan kuota pelayanan per-jam.

11.d. Penundaan waktu Operasi Elektif

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Penundaan waktu Operasi Elektif

= Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam di bagi dengan jumlah pasien operasi elektif di kali 100 %

Pada indikator Penundaan waktu Operasi Elektif tahun 2023 tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Pada waktu akan dilakukan operasi keadaan umum pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan operasi sehingga perlu perbaikan keadaan umum pasien dahulu.
- Hasil penunjang pasien belum lengkap

Usul Pemecahan Masalah:

- Melakukan evaluasi terkait pengambilan data dengan memperhatikan kriteria eksklusi.

11.e. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

= Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi dengan jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%

Pada indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tahun 2023 belum tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Tidak riilnya jam pelayanan/jadwal dokter di poliklinik.
- Belum adanya pengaturan jadwal dokter, kuota pelayanan dan pembatasan check in pasien.

Usul Pemecahan Masalah:

- Pengaturan jam pelayanan dokter di Poliklinik.
- Pengaturan check in pasien berdasar jadwal dokter dan kuota pelayanan per-jam.

11.f. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap

Pada indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI tahun 2023 belum tercapai, target sebesar 80% tercapai sebesar 70.56%.

Permasalahan:

- DPJP tunggal, dimana indikator yang harus dipenuhi selain Ketepatan waktu visite dokter (06.00 – 12.00 WIB) beririsan dengan indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik (08.00 WIB).
- Dokter yang melakukan visite bukan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), tetapi dokter dalam 1 KSM sehingga walaupun pasien dilakukan visite dalam rentang waktu yang ditentukan tidak dihitung sebagai capaian visite DPJP.

Usul Pemecahan Masalah:

- Pengaturan jam pelayanan di Poliklinik, rawat inap dan kamar operasi.
- Pembuatan aplikasi visite DPJP untuk memudahkan pencatatan waktu visite DPJP (Digitalisasi Visite DPJP).
- Mengingatkan DPJP untuk visite sesuai dengan ketentuan atau apabila tidak bisa visite untuk menitipkan tanggung jawab visite pasien kepada DPJP lain dalam satu KSM.

11.g. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU:

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal
1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari (>80%)
2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : " Door To Needle " ≤ 30 Menit (>80%)
3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari (>80%)
4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam (>80%)
KIA: 1.
5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram (>80%)
6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit (<30%)

Pada indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU tahun 2023 tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Analisa:

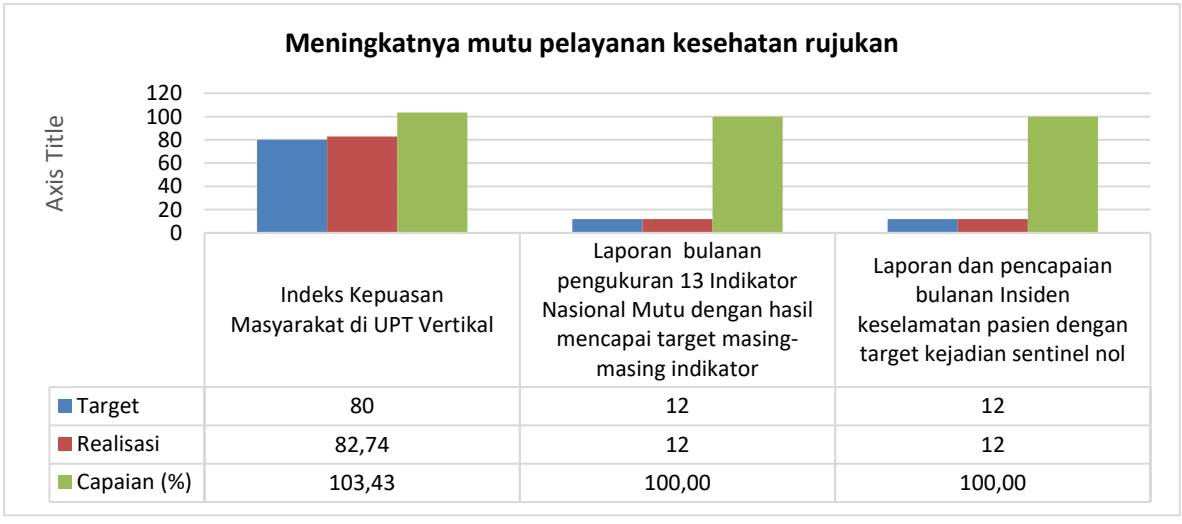
Indikator yang sudah tercapai untuk dipertahankan karena layanan KJSU merupakan layanan yang bertujuan untuk memperbaiki mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit dan layanan penyakit prioritas Nasional.

Pelayanan KJSU sejalan dengan transformasi kesehatan pada layanan rujukan.

Sasaran 12: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

Untuk mencapai sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan ada tiga indikator yang ditetapkan. dari tiga indikator yang ditetapkan tercapai 3 indikator.

Grafik 3. 18 Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan



	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
Target	80	12	12
Realisasi	82,74	12	12
Capaian (%)	103,43	100,00	100,00

12.a. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal

Pada indikator Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal tahun 2023 mencapai target yang ditetapkan, dari target 80% tercapai 82.74%.

Permasalahan:

- Tindak lanjut evaluasi kepuasan/hasil survey belum optimal
- Masih banyak komplain yang masuk terkait pelayanan di rumah sakit walaupun bisa diselesaikan dengan baik.
- Form untuk survey agar lebih komprehensif
- Survey masih dilakukan pihak internal RS Soeradji Tirtonegoro

Usul Pemecahan Masalah:

- Optimalisasi tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan
- Meningkatkan pelayanan diunit kerja agar kepuasan publik meningkat dan mampu menurunkan komplain.
- Melakukan penyesuaian form atau materi survey sesuai kebutuhan
- Survey dilakukan pihak independen (eksternal).

12.b. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator.

Pada indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator tahun 2023 mencapai target yang ditetapkan. Dari 13 INM yang dilaporkan, sebanyak 84,62% indikator sudah mencapai target dan sebanyak 15,38% indikator belum mencapai target.

Permasalahan:

- Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) masih berada dibawah standar (98.1%).
- Kepatuhan Identifikasi Pasien masih berada dibawah standar (99.96%).

Usul Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan capaian indikator dengan sosialisasi dan supervisi penggunaan APD dengan benar dan sesuai indikasi di unit pelayanan.
- Meningkatkan capaian indikator dengan melakukan supervisi rutin dan sosialisasi ulang pada pemberi pelayanan yang terlibat dengan pasien terkait cara identifikasi pasien dengan benar dan tepat.
- Mendorong unit untuk melakukan pengumpulan data tepat waktu.

12.c. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol.

Aanalisa:

Pada indikator Laporan bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol tahun 2023 mencapai target yang ditetapkan. Indikator yang sudah tercapai untuk dipertahankan capaian indikatornya agar konsisten sesuai target dengan melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin. Rumah sakit harus menangani insiden maupun kejadian sentinel dengan tepat, Insiden-insiden tersebut harus dilaporkan kepada Komite Mutu Keselamatan Pasien. Pelaporan untuk kejadian sentinel sudah dilakukan oleh tenaga medis

Sasaran 13: Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium

Untuk mencapai sasaran Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium ada satu indikator yang ditetapkan yaitu Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital.

Permasalahan:

- Terdapat penurunan infeksi oleh MDRO pada bulan oktober 2023 namun tetap perlu diupayakan untuk menurunkan resistensi anti mikroba.

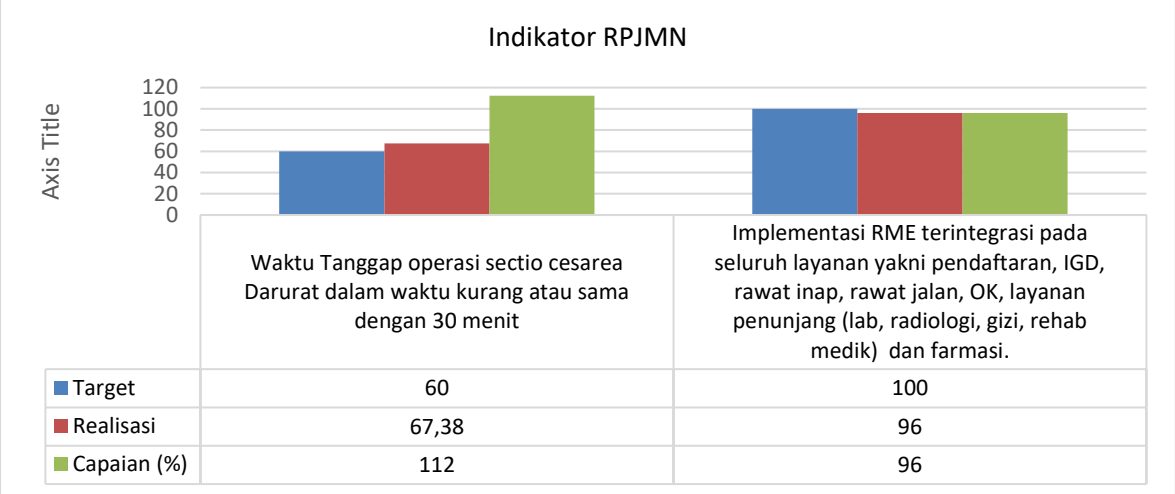
Usul Pemecahan Masalah:

- Penerapan penggunaan antibiotik secara bijak
- Pencegahan penyebaran MDRO dengan penerapan kewaspadaan isolasi

Sasaran 14: Indikator RPJMN

Untuk mencapai sasaran Indikator RPJMN ada 2 indikator yang ditetapkan yaitu waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit dan Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Grafik 3. 19 Indikator RPJMN



	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.
Target	60	100
Realisasi	67,38	96
Capaian (%)	112	96

14.a. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit.

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit.

= Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100
Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2

Capaian indikator Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 67.38%.

Permasalahan :

- Pada saat bersamaan kamar operasi IGD masih digunakan sehingga perlu menunggu antrian operasi
- Menunggu pemeriksaan hasil laboratorium

Usul Pemecahan masalah:

- Penambahan ruang atau kamar operasi, rencana di Gedung GBST
- Memperbaiki atau mengganti SOP untuk pemeriksaan laboratorium karena sudah tidak sesuai dengan kondisi pelayanan saat ini.

14.b. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Pada indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi belum tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Ada dua aplikasi yang masih dalam proses revisi dan belum terselesaikan yaitu Aplikasi Laboratorium Mikrobiologi dan Aplikasi e-Resep IGD.

Usul Pemecahan Masalah:

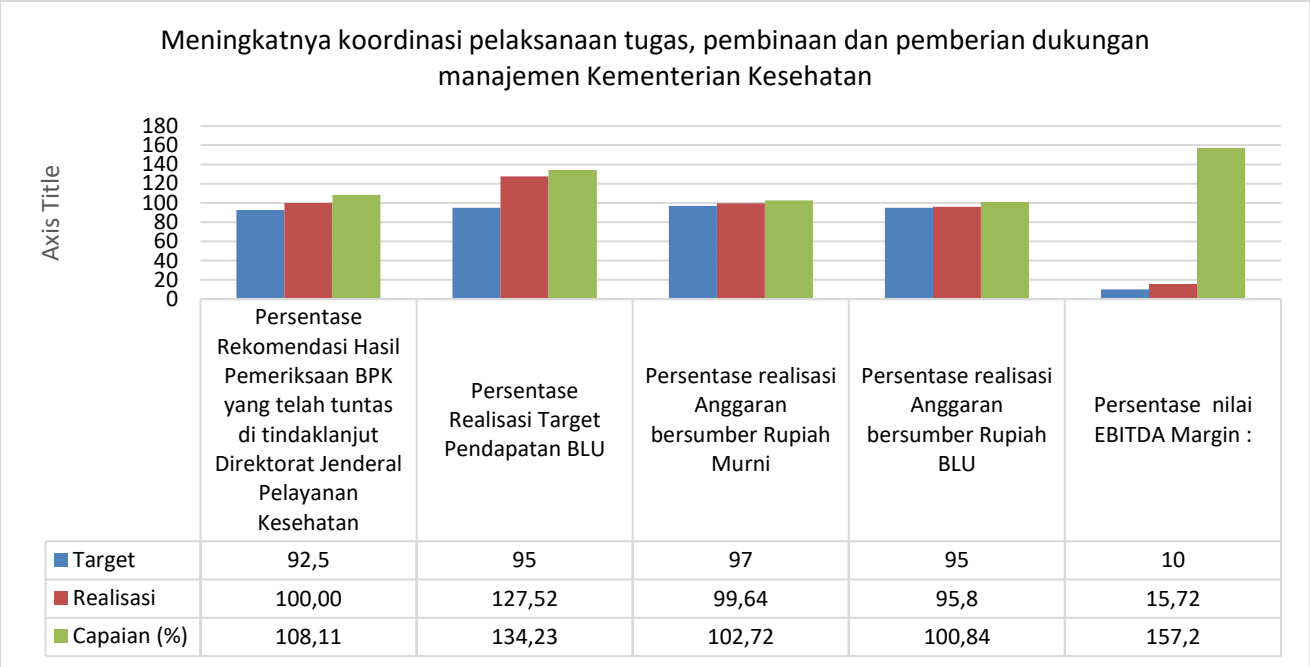
- Melanjutkan pengembangan kedua aplikasi tersebut.

Sasaran 15: Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

Untuk mencapai sasaran Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

ada lima indikator yang ditetapkan. Dari 5 indikator yg ditetapkan, tercapai 5 indikator.

Grafik 3. 20 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan



	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Persentase nilai EBITDA Margin :
Target	92,5	95	97	95	10
Realisasi	100,00	127,52	99,64	95,8	15,72
Capaian (%)	108,11	134,23	102,72	100,84	157,2

15.a. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Capaian indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tercapai 100% dari target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Pegawai tidak segera melengkapi dokumen yang seharusnya disiapkan sejak awal.
- Pegawai kurang memahami SOP yang berlaku.

Usul Pemecahan masalah:

- Melengkapi dokumen sejak awal proses kegiatan
- Evaluasi SOP yang berlaku secara periodic.

15.b. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Capaian indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU tercapai 127.52% dari target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Pasien Non JKN masih sedikit dalam kontribusi pendapatan RS karena sebagian besar pasien JKN, walaupun untuk TA 2023 target pendapatan tercapai perlu dilakukan penambahan layanan untuk menjaring pasien untuk berobat ke RSST

Usul Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan promosi untuk layanan RS yang dimiliki kepada pasien baik lingkup kabupaten Klaten maupun eksternal Klaten.
- Menambah layanan eksekutif untuk pasien Non JKN dengan fasilitas yang lengkap baik dokter maupun sarana prasarana,

15.c. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Capaian indikator Persentase Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni tercapai 99.64% dari target yang ditetapkan sebesar 97%.

Analisa:

- Perencanaan dapat direalisasikan dengan baik sehingga penyerapan anggaran tercapai melebihi target yang ditetapkan.

15.d. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Capaian indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU tercapai 95.80% dari target yang ditetapkan sebesar 95%.

Permasalahan:

- Pekerjaan konstruksi masa kontrak kerja berakhir di akhir bulan Desember 2023.

Usul Pemecahan Masalah:

- Pembangunan gedung atau pekerjaan konstruksi menggunakan lelang praDipa.

15.e. Persentase nilai EBITDA Margin:

Capaian indikator Persentase nilai EBITDA Margin tercapai 15.72% dari target yang ditetapkan sebesar 10%.

Permasalahan:

- Perhitungan EBITDA terkendala terbitnya Berita acara Verifikasi klaim BPJS.

Usul Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dengan pihak BPJS untuk lebih awal menerbitkan BA Verfikasi klaim BPJS.

A.4. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian kinerja RS dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2023 tidak terlepas dari tersedianya Sumber Daya yang ada baik sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan sumber daya sarana dan prasarana.

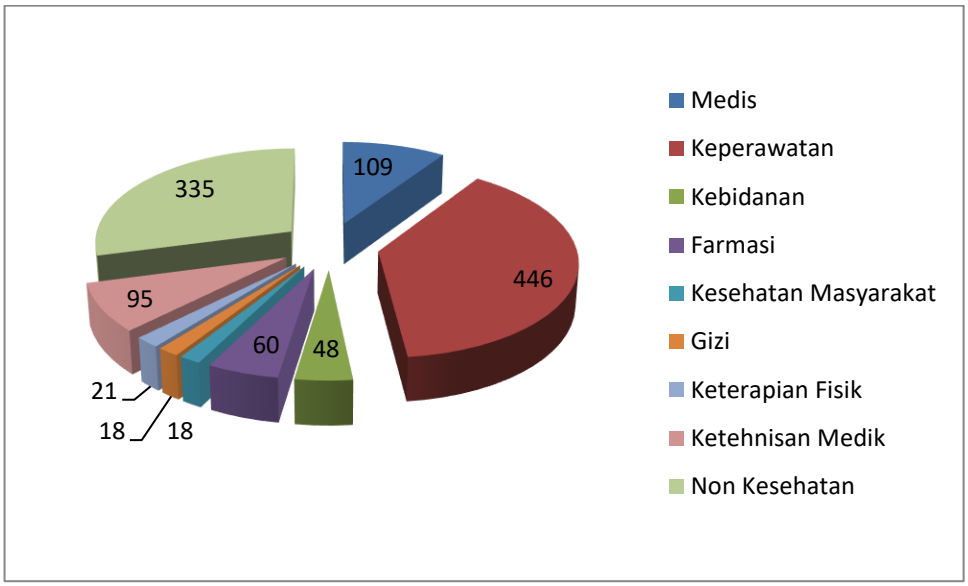
1. Sumber Daya Manusia

RS dr Soeradji Tirtonegoro sebagai instansi pemerintah yang ditetapkan sebagai instansi dengan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum, bahwa sumber daya manusia (pegawai) yang dimiliki tidak hanya pegawai negeri sipil (PNS), tetapi juga pegawai non PNS/Badan Layanan Umum. Berikut kami sampaikan peta sumber daya manusia RS dr Soeradji Tirtonegoro Klaten per 31 Desember 2023:

Tabel 3. 4 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan (per 31 Des 2023)

No	Uraian	PNS	PPPK	BLU Tetap	BLU Kontrak	Dokter tamu	Jumlah
1	Medis	90	4	4	0	12	110
2	Keperawatan	344	74	16	46		480
3	Kebidanan	34	4	10	0		48
4	Farmasi	31	31	1	0		63
5	Kesehatan Masyarakat	11	8	2	0		21
6	Gizi	15	4	0	0		19
7	Keterapian Fisik	19	1	1	0		21
8	Ketehnisan Medik	69	21	5	13		108
9	Non Kesehatan	126	24	60	61		271
	Jumlah	**739**	**171**	**99**	**120**	**12**	**1141**

Grafik 3. 21 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan



Manajemen rumah sakit terus mengupayakan program pemberdayaan sumber daya manusia melalui moratorium penerimaan pegawai, hal ini dilaksanakan guna efisiensi serta efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan di lingkungan RS Soeradji Tirtonegoro. Untuk analisis atas efisiensi penggunaaan sumber daya manusia, RS Soeradji Tirtonegoro memberikan tanggungjawab kinerja kepada bagian yang berhubungan

dengan target kinerja dan setiap pegawai melaksanakan kinerja sesuai tupoksi masing-masing serta membuat laporan kinerja berupa log book.

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

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara adalah sebagai berikut:

BMN EKSTRAKOMTABLE			
Posisi Awal (1 Januari 2023)	:	Rp	1.053.937.335,00
Penambahan	:	Rp	147.087.910,00
Pengurangan	:	Rp	133.647.910,00
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	:	Rp	1.067.377.335,00
BMN INTRAKOMTABLE			
Posisi Awal (1 Januari 2023)	:	Rp	1.088.772.725.630,00
Penambahan	:	Rp	84.580.332.292,00
Pengurangan	:	Rp	18.354.729.103,00
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	:	Rp	1.154.998.328.819,00
BMN Gabungan INTRA dan EKSTRA			
Posisi Awal (1 Januari 2023)	:	Rp	1.089.826.662.965,00
Penambahan	:	Rp	84.727.420.202,00
Pengurangan	:	Rp	18.488.377.013,00
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	:	Rp	1.156.065.706.154,00

3. Sumber Dana/Anggaran

Sumber dana/Anggaran RS Soeradji Tirtonegoro Tahun 2023 berjumlah Rp.446.884.839.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp. 69.074.485.000,- dan anggaran Badan Layanan Umum (BLU) Rp. 377.810.354.000,-. Penyerapan tahun 2023 dari anggaran rupiah murni sebesar Rp 68.826.363.642,- atau 99.64%, penyerapan dari anggaran Badan Layanan Umum Rp. 361.923.877.454,- atau 95.80%. Penyerapan anggaran rupiah murni dan Badan Layanan umum tahun 2023 sebesar Rp.396.223.029.551,- atau 96.39% dari pagu.

4. Efisiensi

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

- Efisiensi pengadaan barang/jasa. Proses pengadaan dilakukan oleh PPK melalui lelang LPSE maupun e catalog;
- Efisiensi Keuangan:
  - ✓ Pengiriman SDM yang melakukan perjadin sangat selektif
  - ✓ Penyelenggaraan rapat-rapat didalam kantor, tidak dihotel/diluar.
  - ✓ Persetujuan Anggaran hanya bagi unit kerja yang sudah menyampaikan usulan melalui RKT/RBA
- Efisiensi SDM;
- Efisiensi Waktu;
- Efsiensi Pemanfaatan Fasilitas dan Aset.

4.b Analisa Efisiensi secara kuantitatif

Selama kurun waktu satu tahun pelaksanaan anggaran, khususnya dalam pemenuhan sarana prasarana dilaksanakan oleh ULP melalui metode lelang LPSE, lelang cepat, e-catalog, dan metode pengadaan lainnya. Adapun Efisiensi pengadaan barang dan jasa adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 5 Efisiensi pengadaan barang dan jasa

Metode Pemilihan	Nilai RAB	Nilai Kontrak	Efisiensi
Tender	67.350.499.717	54.499.601.637	12.850.898.080
E-Katalog	37.961.121.451	34.286.590.591	3.674.530.860
Pengadaan/ penunjukan langsung	14.395.851.322	12.821.804.587	1.574.046.735
Jumlah	119.707.472.490	101.607.996.815	18.099.475.675

A.5. Analisa Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Indikator Kinerja

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

A. Realisasi Kinerja

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

Tabel 3. 6 Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja

No	BELANJA	TAHUN 2023			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
A	**Rupiah Murni**				
1	Pembayaran Gaji dan Tunjangan PNS	52.559.881.000	52.439.594.632	120.286.368	99,77
2	Pembayaran Gaji dan Tunjangan PPK	5.714.604.000	5.624.623.690	48.817.717.248	98,43
3	Operasional dan Pemeliharaan	203.006.000	202.577.613	0	99,79
4	Langganan Daya dan Jasa	10.596.994.000	10.559.567.707	0	99,65
	Jumlah Anggaran RM (1s/d 5)	**69.074.485.000**	**68.826.363.642**	**248.121.358**	**99,64**
B	**Badan Layanan Umum**				
1	Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	15.912.148.000	15.912.145.232	2.768	100,00
2	Obat-Obatan dan BMHP	90.788.401.000	87.733.323.474	3.055.077.526	96,63
3	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai	2.903.094.000	2.882.767.850	20.326.150	99,30
4	Belanja Modal Gedung dan Bangunan - BLU	49.925.844.000	47.134.175.087	2.791.668.913	94,41
5	Bahan Makanan Pasien dan PDTT	7.048.632.000	6.444.935.865	603.696.135	91,44
6	Operasional dan Pemeliharaan RS	39.100.895.000	35.349.019.477	3.751.875.523	90,40
7	Dukungan Pelayanan Melalui Pihak Ketiga-Belanja Barang	29.498.817.000	29.058.148.278	440.668.722	98,51
8	Insentif Pelayanan	6.650.386.000	6.622.428.392	27.957.608	99,58
9	Belanja Gaji dan Tunjangan	120.000.000.000	119.934.539.098	65.460.902	99,95
10	Pengembangan SDM	4.971.086.000	3.780.268.409	1.190.817.591	76,05
11	Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan di UPT Vertikal	74.826.000	74.825.100	900	100,00
12	Fasilitasi Pengelolaan Manajemen Proyek Penguatan Pusat Pelayanan Kanker Terpadu (IsDB) - LR	10.898.525.000	6.997.301.192	3.901.223.808	64,20
13	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan Pelaksanaan Proyek IsDB Penguatan Pelayanan	37.700.000	0	37.700.000	0,00
	Jumlah Anggaran BLU (1s/d13)	**377.810.354.000**	**361.923.877.454**	**15.886.476.546**	**95,80**
	Jumlah Anggaran RM dan BLU	**446.884.839.000**	**430.750.241.096**	**16.134.597.904**	**96,39**

Tabel 3. 7 Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU

Belanja:	Pagu Anggaran (Rp)	Realisasi Belanja (Rp)	% dari pagu
RM	**69.074.485.000**	**68.826.363.642**	**99,64**
Pegawai	58.274.485.000	58.064.218.322	99,64
Barang	10.800.000.000	10.762.145.320	99,65
BLU	**377.810.354.000**	**361.923.877.454**	**95,80**
Barang	302.431.435.000	290.885.730.528	96,18
Modal	75.378.919.000	71.038.146.926	94,24
Jumlah	**446.884.839.000**	**430.750.241.096**	**96,39**

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

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

Tabel 4. 1 Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100,00	100%	Tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	93,92	110%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
3	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90,80	107%	Tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,64	170%	Tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,4	11,14	0,00	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2,00	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	82,74	103%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2,00	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2,00	100%	Tercapai
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	89,44	105%	Tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	95	97,80	103%	Tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	35	40,00	114%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	88	98,12	112%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85	92,77	109%	Tercapai
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL								
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	< 2,5	0,68	172,68%	Tercapai
11	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	17	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	1	0,00	0,00	Tidak Tercapai
		18	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70	100,00	143%	Tercapai
		19	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80	42,49	53%	Tidak Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
		20	Penundaan waktu Operasi Elektif	%	≤3	1,00	166,67%	Tercapai
		21	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	45,09	56%	Tidak Tercapai
		22	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	≥ 80	70,57	88%	Tidak Tercapai
		23	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	layanan	1	6,00	600%	Tercapai
12	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	24	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	≥ 80	82,74	103%	Tercapai
		25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
		26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
13	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	1	1,00	100%	Tercapai
14	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	%	60	67,38	112%	Tercapai
		29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	%	100	96,00	96,00%	Tidak Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92,5	100,00	108%	Tercapai
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	127,52%	134,23%	Tercapai
		32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	99,64%	102,72%	Tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	95,80%	104,00%	Tercapai
		34	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe organisasi 3 10%	15,72	157%	Tercapai
	Capaian Kinerja						118,58%	

Dari 34 indikator yang ada, tercapai sebanyak 28 indikator dan belum tercapai sebanyak 6 indikator. Prosentase capaian terhadap target sebesar 118.58%. Indikator yang belum tercapai pada tahun 2023 adalah sebagai berikut:

1. Angka Kematian Bayi di RS
2. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
3. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
4. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
5. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI
6. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan RS Soeradji Tirtonegoro antara lain:

8. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
9. Melengkapi sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan subspesialis.
10. Membangun kerjasama yang sinergis antara Bidang Pelayanan dengan Instalasi Pemasaran dan Humas serta meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.
11. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial
12. Direktur Medik dan Keperawatan mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
13. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
14. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2023

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Endang Widyaswati, M. Kes

Jabatan : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 2 Januari 2023

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP. 197106262000031002

Pihak Pertama

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar	Persentase Kompetensi SDM Kesehatan	100%
2	Terpenuhinya sarana, prasarana, dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%
	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL		
3	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	85%
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	<2%
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	4,4%
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat 2
	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL DAN PERSPEKTIF KONSUMEN		
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	Tingkat Kepuasan Pasien	80%
		Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor 2
		Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	2 layanan
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	Tingkat kepuasan peserta didik	85%
		Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/tahun	95%
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	35 penelitian
		Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	Skor 2
	PERSPEKTIF KEUANGAN		
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	88%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	INDIKATOR WAJIB		
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
	INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL		
10.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
11	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80%
	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Layanan
	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
	Indikator RPJMN	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	30 menit
	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan

2. Capaian Indikator RSB Tahun 2023

CAPAIAN INDIKATOR RSB TAHUN 2023
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100,00	100%	Tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	93,92	110%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
3	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	3	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90,80	107%	Tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,64	170%	Tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,4	11,14	0,00	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	82,74	103%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2,00	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2,00	100%	Tercapai
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	89,44	105%	Tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	95	97,80	103%	Tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	35	40,00	114%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2,00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	88	98,12	112%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85	92,77	109%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL								
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	< 2,5	0,68	172,68%	Tercapai
11	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	17	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	1	0,00	0,00	Tidak Tercapai
		18	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70	100,00	143%	Tercapai
		19	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80	42,49	53%	Tidak Tercapai
		20	Penundaan waktu Operasi Elektif	%	≤3	1,00	166,67%	Tercapai
		21	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	45,09	56%	Tidak Tercapai
		22	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	≥ 80	70,57	88%	Tidak Tercapai
		23	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	layanan	1	6,00	600%	Tercapai
12	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	24	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	≥ 80	82,74	103%	Tercapai
		25	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
		26	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12	12,00	100%	Tercapai
13	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	27	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	1	1,00	100%	Tercapai
14	Indikator RPJMN	28	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	%	60	67,38	112%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2023			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	
		29	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	%	100	96,00	96,00%	Tidak Tercapai
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	30	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92,5	100,00	108%	Tercapai
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	127,52%	134,23%	Tercapai
		32	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	99,64%	102,72%	Tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	95,80%	104,00%	Tercapai
		34	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe organisasi 3 10%	15,72	157%	Tercapai
	Capaian Kinerja						118,58%	

Perspektif	Pertumbuhan Dan Pembelajaran
Sasaran Strategis	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar
IKU	Prosentase Kompetensi SDM
Definisi Operasional	Persentase jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial Komite Medik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
Periode Pelaporan	Bulanan
Formula	Jumlah tenaga kesehatan yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Nakes Lain dibagi jumah tenaga kesehatan dikalikan 100% Kriteria Exclusi: Pegawai baru pindahan yang belum memenuhi persyaratan kredensial, pegawai lama yang karena alasan tertentu beralih ke kelompok umum
PIC	Subtansi SDM
Sumber Data	Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Nakes Lain
Target	100%

Perspektif	Pertumbuhan Dan Pembelajaran
Sasaran Strategis	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
IKU	Efisiensi sarana prasarana RS (OEE /Overall Equipment Effectivenes)
Definisi Operasional	Suatu cara untuk mengukur kinerja mesin yang terdiri dari 3 komponen utama pada mesin produksi yaitu *Availability* (Waktu Kesediaan Mesin), *Performance* (Kemampuan Produksi) dan *Quality* (Mutu yang dihasilkan).
Periode Pelaporan	Bulanan
Formula	*Rata-Rata hasil perhitungn ((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*)))
PIC	Substansi Pelayanan Penunjang
Sumber Data	Substansi Pelayanan Penunjang, Radiologi, ISSB, Inst Kesling dan K3
Target	85%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Meningkatnya tata kelola RS yang bik dan bersih dengan zona integritas
IKU	Persentase (skor) nilai Factor pengungkit dan faktor hasil ZI
Definisi Operasional	Jumlah Skor *self assessment* penilaian ZI yang terdiri dari faktor pengungkit dan factor hasil ZI
Formula	Skor Nilai ZI
Bobot IKU (%)	4
PIC	Dir SPU
Sumber Data	Tim ZI
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	85%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
IKU	Angka kematian ibu di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jumlah kematian ibu di rumah sakit terkait proses kehamilan, persalinan, dan nifas yang dilayani di rumah sakit selama periode satu tahun, dibandingkan dengan jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan, dan nifas dalam periode tahun yang sama
Formula	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas meninggal}}{\text{Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas yang dilayani}} \times 100\%$ Cara Penilaian: AKI < 1 = 2 1 ≤ AKI < 2 = 1,5 2 ≤ AKI < 3 = 1 AKI ≥ 3 = 0 Kriteria Exclusi = Ibu hamil, bersalin dan nifas yang meninggal disebabkan di luar penyakit terkait masa kehamilan, persalinan dan nifas
PIC	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
Sumber Data	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Instalasi Rekam Medik
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	<2%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
IKU	Angka kematian bayi di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jumlah kematian bayi lahir hidup 0-28 hari di rumah sakit selama periode satu tahun, dibandingkan dengan jumlah bayi lahir hidup 0-28 hari yang dilayani dalam periode tahun yang sama.
Formula	kematian bayi lahir hidup 0-28 hari x 100% jumlah bayi lahir hidup 0-28 hari
PIC	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
Sumber Data	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Instalasi Rekam Medik
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	4.4%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Meningkatkan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi
IKU	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data
Definisi Operasional	Big data atau mahadata merupakan istilah yang digunakan untuk menyebut segala himpunan data (data set) dalam jumlah yang sangat besar, rumit dan tidak terstruktur sehingga menjadikannya sukar ditangani apabila hanya menggunakan sistem manajemen basis data biasa atau aplikasi pemroses data konvensional. Karakteristik big data diantaranya: 1. Volume, big data memiliki jumlah data yang sangat besar sehingga dalam proses pengolahan data dibutuhkan suatu penyimpanan yang besar dan dibutuhkan analisis yang lebih spesifik. 2. Velocity, big data memiliki aliran data yang yang cepat dan real time. 3. Variety, big data memiliki bentuk format data yang beragam baik terstruktur ataupun tidak terstruktur dan bergantung pada banyaknya sumber data.
	Level 1 : Tersedia modul aplikasi berbasis big data yang memiliki fitur pengolahan dan penyajian data. Level 2 : Tersedia modul aplikasi berbasis big data dengan kemampuan analisis data yang dapat digunakan sebagai pendukung keputusan. Level 3 : Teknologi big data telah dikembangkan dalam bentuk aplikasi berbasis kecerdasan buatan (artificial inteligent).

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Formula	Nilai untuk target Level 1 - Tersedia modul aplikasi berbasis big data yang memiliki fitur pengolahan dan penyajian data, nilai 100%. - Tersedia modul aplikasi berbasis big data tetapi belum diimplementasikan, nilai 50%. - Aplikasi berbasis big data masih dalam tahap penyelesaian, nilai 25%.
	Nilai untuk target Level 2 : - Tersedia modul aplikasi berbasis big data dengan kemampuan analisis data yang dapat digunakan sebagai pendukung keputusan, nilai 100%.. - Tercapai hanya sesuai target Level 1, nilai 50%. - Belum tercapai target Level 1, nilai 0.
	Nilai untuk target Level 3 : - Tercapai implementasi teknologi big data telah dikembangkan dalam bentuk aplikasi berbasis kecerdasan buatan (artificial inteligent), nilai 100%. - Tercapai hanya sesuai target Level 2, nilai 50%. - Tercapai hanya sesuai target Level 1, nilai 25%. - Belum tercapai target Level 1, nilai 0.
PIC	SIM RS
Sumber Data	SIM RS
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	Tingkat 2

Perspektif	Konsumen
Sasaran Strategis	Mengutakan dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
IKU	Tingkat Kepuasan Pasien
Definisi Operasional	Angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
Formula	$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times \text{Bobot}$
Bobot IKU (%)	4
PIC	Sub Substansi Hukormas
Sumber Data	Sub substansi Hukormas
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	80%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Mengutakan dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
IKU	Pertumbuhan jumlah pasien kanker
Definisi Operasional	Angka peningkatan kunjungan pasien kanker rawat jalan dan rawat inap dalam periode satu tahun dibandingkan dengan angka kunjungan tahun sebelumnya
Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan Pasien Kanker pada tahun berjalan}}{\text{jumlah kunjungan pasien kanker pada tahun lalu}}$ Kriteria skor: PPK $\geq$ 1,1 = 2 1,00 $\leq$ PPK < 1,10 = 1,5 0,95 $\leq$ PPK < 1,00 = 1,25 0,90 $\leq$ PPK < 0,95 = 1 0,85 $\leq$ PPK < 0,90 = 0,5 PPK < 0,85 = 0
PIC	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Instalasi Rekam Medik
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	skor 2

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Mengutakan dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
IKU	Jumlah Pengembangan Layanan Subspesialis
Definisi Operasional	Layanan subspesialis baru yang dikembangkan setiap tahun yang dihitung dalam satuan
Formula	Jumlah layanan subspesialis baru yang dikembangkan setiap tahun
PIC	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
Sumber Data	Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
Periode Pelaporan	tahunan
Target	2 layanan

Perspektif	Konsumen
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS
IKU	Tingkat Kepuasan Peserta Didik
Definisi Operasional	Pernyataan tentang persepsi peserta didik terhadap pelayanan pendidikan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan peserta didik dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampaui harapan peserta didik
Formula	Hasil Penilaian IKPD x 100% Skala Maksimal Nilai IKPD
Bobot IKU (%)	4
PIC	Substansi Diklit, Komkordik
Sumber Data	Substansi Diklit
Periode Pelaporan	3 bulan
Target	85%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS
IKU	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan /th
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluarr umah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Formula	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20jam per tahun X 100% Jumlahseluruhkaryawan di rumahsakit
PIC	Substansi Diklit
Sumber Data	Substansi Diklit
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	95%

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS
IKU	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional
Definisi Operasional	Jumlah penelitian pada tahun berjalan yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional
Formula	Jumlah Penelitian dipublikasikan pada tahun berjalan
PIC	Substansi Diklit
Sumber Data	Substansi Diklit
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	35 penelitian

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS
IKU	Tingkat implementasi AHS UGM
Definisi Operasional	Merupakan jumlah kegiatandalam harmonisasi integrasi program pendidikan, pelayanan dan penelitian rumah sakit jejaring AHS UGM (Implementasi AHS UGM menuju ke Jangka Menengah dan Jangka Panjang berupa Produk Harmonisasi antara lain renstra bersama, penelitian translasional bersama, workshop bersama dll)
Formula	Skor 1= ≤1 produk harmonisasi bersama dlm 1th Skor 2 =2–3 produk harmonisasi bersama dlm 1th Skor 3 = >3 produk bersama dalam setahun
PIC	Substansi Diklit
Sumber Data	Substansi Diklit, Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Substansi SDM, Substansi Anggaran
Periode Pelaporan	Semesteran
Target	Skor 2

Perspektif	Finansial
Sasaran Strategis	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya
IKU	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)
Definisi Operasional	Perbandingan antara pendapatan PNBP dengan biaya operasional
Formula	Pendapatan PNBP / Biaya Operasional x 100%
PIC	Substansi Akuntansi dan BMN
Sumber Data	Substansi Akuntansi dan BMN
Periode Pelaporan	12 bulan
Target	88%

Sasaran Strategis	Peningkatan akses dan mutu pelaynan rujukan terintegrasi
IKU	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam
Formula	Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi total kasus yang ditindaklanjuti
PIC	Subtansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
Target	85

3. SK Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj)

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

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.1.1/ 3928 /2021

TENTANG

TIM PENYUSUNAN LAPORAN KINERJA (LKj)
DI RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO,

Menimbang :

a. bahwa dalam upaya percepatan penyusunan laporan kinerja (LKj), perlu dibentuk Tim Penyusunan Laporan Kinerja di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
b. bahwa pegawai yang identitasnya tercantum pada Lampiran Keputusan Direktur Utama ini dipandang mampu dan memenuhi syarat untuk ditunjuk sebagai Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2018 tentang Pedoman Akuntansi dan Penyusunan Laporan Keuangan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
5. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 220/PMK.05/2016 tentang Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/5650/2018 Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
7. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/IO/KES/PMDN/2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan	:	KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO TENTANG TIM PENYUSUNAN LAPORAN KINERJA (LKj) DI RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO.
KESATU	:	Menetapkan Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
KEDUA	:	Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertugas: 1. Mengumpulkan dan menyusun laporan data situasi awal organisasi dan melakukan analisis situasi organisasi; 2. Membuat pengelolaan data kinerja yang mencakup penetapan *breakdown* target tahunan RSB menjadi target bulanan RSB; 3. Mengumpulkan data dan penyusunan laporan pengukuran kinerja rumah sakit; 4. Mengumpulkan, mengolah, dan mengevaluasi data atau bahan yang diperlukan dalam rangka penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro; 5. Melakukan analisa kinerja untuk setiap sasaran strategis atau hasil program atau kegiatan dan kondisi terakhir yang seharusnya terwujud dan juga mencakup analisa efisiensi penggunaan sumber daya yang ada; 6. Menyusun Laporan Kinerja (LKj) pada akhir tahun dan melaporkan hasil kegiatan kepada Direktur Utama; 7. Mempublikasikan melalui *website* RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan *upload* di aplikasi e-Performance; 8. Melakukan pengarsipan atau pendokumentasian data penyusunan Laporan Kinerja (LKj) untuk data dukung saat dilakukan reviu oleh Inspektorat Jenderal; 9. Melaksanakan evaluasi setelah dilakukan reviu oleh APIP dan mengupayakan perbaikan atau tindak lanjut atas rekomendasi dari Tim Reviu.
KETIGA	:	Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama melalui Direktur Perencanaan, Keuangan, dan BMN.
KEEMPAT	:	Segala biaya yang timbul terkait dengan Keputusan ini dibebankan pada DIPA RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro.
KELIMA	:	Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 25 Februari 2021

DIREKTUR UTAMA

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

ENDANG WIDYASWATI

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Nomor : HK.02.03/III.1.1/ 3928 /2021
Tanggal : Februari 2021
Tentang : Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

SUSUNAN KEANGGOTAAN
TIM PENYUSUNAN LAPORAN KINERJA (LKj)
DI RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

No	Nama / Jabatan	Kedudukan Dalam Tim
1	2	3
JABATAN *EX-OFFICIO*		
1	Direktur Perencanaan Keuangan, dan Barang Milik Negara	Penanggung jawab
2	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Ketua
3	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	Sekretaris
4	Kepala SPI	Anggota
5	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang	Anggota
6	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan	Anggota
7	Kepala Bagian Anggaran	Anggota
8	Kepala Bagian Akuntansi dan BMN	Anggota
9	Kepala Bagian Sumber Daya Manusia	Anggota
10	Kepala Bagian Organisasi dan Umum	Anggota
11	Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian	Anggota
12	Kepala Sub Bagian Perencanaan Program	Anggota
13	Kepala Seksi Pelayanan Medik	Anggota
14	Suatmi, SE (Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan)	Anggota

DIREKTUR UTAMA

ENDANG WIDYASWATI